



Aufbaustudium

Medizinrecht

Wissenschaftliche Leitung:

Univ. Prof. Dr. Reinhard Resch
Hon. Prof. KAD Dr. Felix Wallner

**Der Leitende Notarzt im Spannungsfeld
zwischen Berufsrecht, Landesrecht und
Dienstrecht**

MASTER THESIS

zur Erlangung des akademischen Grades

Professional Master of Laws (Medical Law)

Eingereicht von:
Dr. Klaus Hellwagner
Akad. Health Care Manager

Beurteilung:
Honorarprofessor SC Dr. Gerhard Aigner

Wien, 21. April 2011

Dr. Klaus Hellwagner
Baumeistergasse 114
1160 Wien
klaus.hellwagner@aon.at

Eidesstattliche Erklärung:

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Master Thesis selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, 21. April 2011

.....
Klaus Hellwagner

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text auf die Ausführung der femininen Schreibweise verzichtet, die maskuline Schreibweise bezieht sich im Folgenden auf Personen beiderlei Geschlechts.

Danksagung:

Für die mir entgegengebrachte Geduld und Unterstützung meiner akademischen Ambitionen bin ich meiner Frau und meinen beiden Söhnen zu großem Dank verpflichtet.

Meinem Betreuer danke ich dafür, dass er sich trotz seiner umfassenden Verpflichtungen meines Themas angenommen und viele Stunden seines knappen Zeitbudgets in die Beurteilung meiner Thesis investiert hat.

Inhaltsverzeichnis:

I. Einleitung und Methodik	Seite 8
II. Geschichte und Zielsetzung der Einführung des Leitenden Notarztes (LNA) in die Notfallmedizin	Seite 11
III. Europäisches Umfeld	Seite 15
IV. Berufsrechtliche Regelungen	Seite 16
A. Kompetenzlage der berufsrechtlichen Regelungen im Gesundheitswesen	Seite 16
B. Regelungskompetenz des Berufsrechtes im Gesundheitswesen	Seite 16
C. Spezielle Regelungen im Rettungswesen – SanG, ÄrzteG	Seite 18
D. Fortbildung des LNA – Rezertifizierungspflichten	Seite 22
E. Regelungen des Berufsrechtes in Bezug auf Notärzte und Leitende Notärzte	Seite 23
1. Weisungsrecht des LNA	Seite 28
2. Umfang des Weisungsrechtes	Seite 31
3. Wie wird ein LNA lt. berufsrechtlicher Intention grundsätzlich in Funktion gesetzt	Seite 33
4. Funktion des ersten eintreffenden Notarztes im Großschadenfall, „LNA ad interim“, provisorischer LNA	Seite 35
V. Landesgesetzliche Regelungen	Seite 40
VI. Rotes Kreuz	Seite 66
VII. Bundesheer	Seite 69
VIII. Flugrettung	Seite 72
A. Ambulanz-, Such- und Rettungsflugabkommen	Seite 74

IX. Dienstrechtliche Aspekte	Seite 76
A. Der Notarzt als freier Dienstnehmer	Seite 77
B. Der Notarzt als unselbständig erwerbstätiger Dienstnehmer	Seite 78
C. Weisungsbindung des Notarztes und des Leitenden Notarztes (LNA)	Seite 79
X. Verhältnis Bundesrecht zu Landesrecht	Seite 82
XI. Großveranstaltungen/Katastrophenhilfe	Seite 86
A. Verantwortlichkeit des LNA im Einsatz	Seite 91
B. Abschnittsleitung	Seite 93
C. Internationale Katastrophenhilfe	Seite 95
XII. Haftungsrechtliche Problemstellungen des LNA	Seite 98
XIII. Zusammenfassung	Seite 101

Abkürzungsverzeichnis:

AHG	Amtshaftungsgesetz
ALS	Advanced Life Support
AMPDS	Advanced Medical Priority Dispatch System
ÄrzteG	Ärztegesetz 1998
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz BGBl. 1930/1 (Wv)
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DHG	Dienstnehmerhaftpflichtgesetz
EuGH	Europäischer Gerichtshof
ETC	European Trauma Course
ITLS	International Trauma Life Support
idgF.	in der gültigen Fassung
K-VAG	Kärntner Veranstaltungsgesetz 1997
K-KHG	Kärntner Katastrophenhilfegesetz
leg. cit.	legis citatae
LGBl	Landesgesetzblatt
LNA	Leitender Notarzt
MA	Magistratsabteilung
MANV	Massenanfall von Verletzten
MGA	Manz'sche Große Gesetzesausgabe
MTD-G	Medizinisch-technischen Dienste Gesetz
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFS	Notfallsanitäter
NÖ	Niederösterreich
OÖ	Oberösterreich
OÖ KatschG	Oberösterreichisches Katastrophenschutzgesetz
OGH	Oberster Gerichtshof
OrgHG	Organhaftpflichtgesetz
OrgL	Organisatorischer Einsatzleiter
ÖBH	Österreichisches Bundesheer
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support

RdM	Recht der Medizin
RKT	Rettungs- und Krankentransportdienst
San-AV	Sanitäter-Ausbildungsverordnung
SanG	Sanitätsgesetz 2002
VbVG	Verbandsverantwortlichkeitsgesetz
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WKKG	Wiener Katastrophenhilfe- und Krisenmanagementgesetz
WRKG	Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz
ZARV	Zivilluftfahrzeug- Ambulanz- und Rettungsflugverordnung 1985

I. Einleitung und Methodik

Ärzte arbeiten innerhalb sehr genau gesteckter rechtlicher Grenzen. Dieser Umstand ist den meisten im Berufsleben stehenden Medizinern nicht immer bewußt bzw. wird er von vielen Ärzten aus ihrer Arbeit ausgeblendet.

Nicht alle Bestimmungen, die Eingang in das Ärzterecht oder andere Berufsgesetze im Gesundheitswesen gefunden haben, sind in der Wirklichkeit der Arbeitswelt einfach und konfliktfrei umzusetzen.

Dies führt oft dazu, dass Bestimmungen des Ärzterehtes von den Normadressaten fehlinterpretiert oder fallweise nur unvollständig in den beruflichen Alltag umgesetzt werden.

Zusätzlich führt die, durch den föderalistischen Aufbau der österreichischen Verwaltung bedingte, Vielfalt an Rechtsnormen im Gesundheits-, Rettungs-, und Katastrophenwesen zu einer schweren Überschaubarkeit. Der Wechsel von einem Bundesland in das nächste kann zu völlig unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen der Berufsausübung führen. Die Überblickbarkeit dieser Rahmenbedingungen wird für in Gesundheitsberufen tätige Personen zunehmend schwieriger und erzeugt damit oft das subjektive Gefühl während der Berufsausübung „mit einem Fuß im Kriminal“ zu stehen.

Die präklinische Notfallmedizin wurde in den letzten 25 Jahren einer grundlegenden gesetzlichen Neuordnung unterzogen. Die Einführung einer verpflichtenden notfallmedizinischen Fortbildung mit der die Tätigkeitsbezeichnung und Berechtigung Notarzt erworben wird, die Einführung einer Fortbildung und Regelungen zum Leitenden Notarzt (LNA), sowie zuletzt die 2002 erfolgte gesetzliche Regelung des Berufes und der Tätigkeiten der Sanitäter im Sanitätergesetz 2002 (SanG)¹ sind Ausdruck dieser Neuordnung.

¹ BGBl. I Nr. 30/2002 idF. BGBl. I Nr. 57/2008

Damit wurde die präklinische Notfallmedizin sowohl einem eigenen nicht ärztlichen Gesundheitsberuf, als auch einem speziell fortgebildeten Teil der Ärzteschaft zugeordnet.

Während im Bereich der Sanitäter sowohl die berufliche als auch die freiwillige Tätigkeit den, entsprechend dem SanG 2002 ausgebildeten, Personen zugeordnet wurde, ist bei der Ärzteschaft nicht die Notfallmedizin als Teilgebiet der Medizin, sondern nur die Tätigkeit in organisierten Notarztdiensten den entsprechend fortgebildeten Notärzten zugewiesen worden.

In der Notfallmedizin besteht immer Zeitdruck und die Arbeit wird oft in örtlich und zeitlich prekären Situationen ausgeübt. Trotzdem muss die Tätigkeit im Rahmen der gültigen Gesetze und der bestehenden Rechtsordnung ausgeübt werden. Die Schlüssigkeit und Kenntnis dieser Rechtslage ist daher für eine sichere Berufsausübung unumgänglich.

Der „Leitende Notarzt“ (LNA) wurde in die österreichische Rechtsordnung eingeführt, damit bei Großunglücken und Massenunfällen der Einsatz der Kräfte des Rettungspersonales optimal erfolgen kann. Die Ausübung der Tätigkeit eines LNA gestaltet sich jedoch aufgrund der, vor allem für Ärzte, unübersichtlichen Rechtslage als sehr schwierig. Neben den bekannten berufsrechtlichen Bestimmungen im Ärztegesetz 1998 idgF. (ÄrzteG) sind noch die landesrechtlichen Bestimmungen in den einzelnen Rettungs- und Katastrophenhilfegesetzen, sowie die dienstrechtlichen Vorgaben der Rettungsorganisationen zu beachten und umzusetzen.

Art. 15 B-VG sieht die ausschließliche Zuständigkeit der Länder zur Gesetzgebung und Vollziehung vor, mit Ausnahme der dem Bund vorbehaltenen Zuständigkeiten.²

Art. 118 Abs. 3 Z 7 B-VG stellt die Zuständigkeit der Gemeinde für die örtliche Gesundheitspolizei, insbesondere auch auf dem Gebiet des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen und Bestattungswesens fest.

Aufgrund der Bestimmungen des Art. 15 B-VG in Verbindung mit Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG, der das „Rettungswesen“ ausdrücklich von der

² Art. 15 Abs. 1 B-VG: Soweit eine Angelegenheit nicht ausdrücklich durch die Bundesverfassung der Gesetzgebung oder auch Vollziehung des Bundes übertragen ist, verbleibt sie im selbständigen Wirkungsbereich der Länder.

Zuständigkeit des Bundes für das Gesundheitswesen ausnimmt, obliegt daher die Gesetzgebung in Angelegenheiten des „Gemeindesaniätätsdienstes und des Rettungswesens“ den Ländern. Im örtlichen Bereich ist die Vollziehung Aufgabe der Gemeinden.

In Umsetzung dieser verfassungsrechtlichen Kompetenzaufteilung obliegt auch die allfällige Umsetzung der berufsrechtlichen Bestimmungen über den LNA in den rettungsdienstlichen Alltag daher den Ländern und ist unterschiedlich geregelt. Zusätzlich zu den gesetzlichen Bestimmungen des Berufsrechts und des landesgesetzlich zu regelnden Organisationsrechts, unterliegt jede berufliche Tätigkeit auch dienstrechtlichen Bestimmungen. Dies führt in der Praxis immer wieder dazu, dass von Seiten der Dienstgeber unterschiedliche Interpretationen zu den Vorgaben des Berufsrechts und des Organisationsrechts erfolgen.

Für Ärzte bzw. Notärzte erzeugt diese nicht leicht überblickbare Vielfalt an rechtlichen Vorgaben ein massives Spannungsfeld, in dem potentielle Leitende Notärzte ihre Tätigkeit ausüben müssen.

Ziel dieser Arbeit ist es, dieses Spannungsfeld darzustellen und aufzuarbeiten.

Diese Arbeit wurde mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Gesetzestexte, Büchern und Literatur aus eigenem Besitz sowie aus Beständen der Nationalbibliothek verfasst.

Weiters waren literarische Recherchen im Internet – die Seiten des Rechtsinformationssystems des Bundeskanzleramtes und die Rechtsdatenbank „RDB“ (MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH) – von Bedeutung zur Nachforschung einzelner Quellenangaben und Texte.

II. Geschichte und Zielsetzung der Einführung des Leitenden Notarztes (LNA) in die Notfallmedizin.

Erste notfallmedizinische Verfahren sind bereits aus dem 13. Jahrhundert vor Christus bekannt. Ein Ausschnitt aus einem Relief im Ramesseum in Westtheben zeigt Versuche, den in der Schlacht von Kadesh ertrunkenen König der Hethiter wiederzubeleben.³

In der Geschichte der Medizin gab es danach viele Versuche und medizinische Ansätze Tote wiederzubeleben und organisierte Erste-Hilfe zur Verfügung zu stellen, deren Zusammenfassung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Die moderne präklinische Notfallmedizin beginnt im Wesentlichen mit Dominique- Jean Larrey (1766-1842), dem Leibarzt Napoleons und seit 1805 Generalinspekteur des Militärsanitätswesens. Larrey richtete erstmals fliegende Ambulanzen (Ambulance volante) ein. Diese Ambulanzen brachten Ärzte und Sanitäter zum verwundeten Soldaten und nicht umgekehrt. Es wurden alle Verletzten rein nach medizinischer Dringlichkeit und nicht mehr nach Stand und Herkunft gereiht und behandelt. Larrey kann damit als Vater der heutigen Notfallmedizin angesehen werden.⁴

Einer der absoluten Pioniere auf dem Gebiet des zivilen Rettungswesens war Dr. Jaromir (Freiherr von) Mundy. Er gründete am 9. Dezember 1881 in Folge des Ringtheaterbrandes mit 384 Todesopfern die Vorläuferorganisation der Wiener Rettung, die „Freiwillige Wiener Rettungsgesellschaft“. Von den ersten Tagen ihrer Gründung wurden Ärzte im Rettungsdienst eingesetzt. Oft war es in den Anfangstagen der Rettungsgesellschaft Dr. Mundy selbst, der als Kutscher, Sanitäter (ursprünglich „Sanitätsdiener“) oder Rettungsarzt tätig wurde.⁵

Aufgrund dieses Beispiels wurden von Österreich und später Deutschland ausgehend im mitteleuropäischen Rettungsdienst zunehmend Ärzte in der präklinischen Versorgung tätig. Es setzte sich die von Larrey

³ Brandt in Hempelmann, Notfallmedizin, Historische Einführung Abb. 1.1, S. 2.

⁴ <http://www.onmeda.de/lexika/persoenlichkeiten/larrey.html>

⁵ http://de.wikipedia.org/wiki/Jarom%C3%ADr_Mundy

begründete Ansicht durch, dass nicht der Patient zum Arzt, sondern der Arzt zum Patienten gebracht werden muss.

Die zunehmenden notfallmedizinischen Anforderungen führten sowohl in Deutschland als auch in Österreich zu eigenen Fortbildungsordnungen für den Arzt im Rettungsdienst. Im Deutschen Sprachraum setzte sich ab Mitte der 1950er Jahre die Bezeichnung Notarzt für die in der präklinischen Notfallversorgung tätigen Ärzte durch.⁶

In Österreich wurde der erste offiziell bezeichnete und definierte Notarztwagen am 1. Februar 1974 in Linz stationiert.⁷

Letztlich wurde die Bezeichnung Notarzt in den entsprechenden Fortbildungsordnungen rechtlich umgesetzt und damit vereinheitlicht.

Eine gesetzliche Regelung der Fortbildung und Stellung für präklinisch tätige Ärzte in Österreich war einerseits durch die wissenschaftlichen und damit fachlichen Fortschritte der Notfallmedizin, andererseits durch die Existenz der sog. Fachbeschränkung notwendig.

Gemäß § 31 Abs. 3 des ÄrzteG 1998 idgF., aber auch gemäß den Regelungen der historischen ÄrzteG seit 1949, haben Fachärzte in Österreich ihre Tätigkeit grundsätzlich auf ihr Sonderfach zu beschränken.

Notärztliche Tätigkeit erfordert aber die notärztlich-fachliche Fähigkeit und rechtliche Erlaubnis zum ärztlichen Eingreifen (Diagnostik und Therapie) auf fast allen Gebieten der Medizin, so dass mit der 1987 erstmals erfolgten gesetzlichen Regelung des Notarztes in Österreich sowohl die notärztliche Mindestfortbildung, als auch die fachübergreifende Tätigkeit im notärztlichen Dienst normiert und damit offiziell gesetzlich ermöglicht wurde.⁸

⁶ Notarztwagen Köln ab 3. Juni 1957 im permanenten Betrieb.

⁷ In Wien wurde bis zur gesetzlichen Regelung die Bezeichnung „Rettungsarzt“ verwendet.

⁸ § 31 Abs. 3 ÄrzteG 1998 idgF.: Fachärzte haben ihre fachärztliche Berufstätigkeit auf ihr Sonderfach zu beschränken. Dies gilt nicht für

1. Tätigkeiten als Arbeitsmediziner im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes,

2. Fachärzte, die unter den Voraussetzungen des § 40 in organisierten Notarzdiensten (Notarztwagen bzw. Notarzhubschrauber) fächerüberschreitend tätig werden, sowie für

3. Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie,

Zunehmend komplexere Einsätze, Großunfälle und sanitätsdienstliche Großeinsätze zeigten zusätzlich die Notwendigkeit einer koordinierten medizinischen Führung und die Notwendigkeit behördliche und organisatorische Einsatzleitungen entsprechend fachlich fundiert zu beraten.

Im Österreich wurde, durch die Normierung der Mindestfortbildung⁹ und der Befugnisse¹⁰ des sog. „Leitenden Notarztes“ (LNA) im ärztlichen Berufsrecht, dieser Anforderung Rechnung getragen.

Innere Medizin und Unfallchirurgie, sofern diese auf Grund krankenanstaltenrechtlicher Organisationsvorschriften im Rahmen sofortiger notfallmedizinischer Versorgung tätig werden und eine Fortbildung gemäß § 40 absolviert haben.

(4) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 156/2005)

(5) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 156/2005)

⁹ § 40 Abs 4 und 5 leg cit.: ... (4) Notärzte, die beabsichtigen, eine leitende notärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste auszuüben, haben einen Lehrgang gemäß Abs. 5 im Gesamtausmaß von 60 Stunden zu besuchen. Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Lehrgang ist eine mindestens dreijährige Tätigkeit als Notarzt im Rahmen eines organisierten Rettungsdienstes oder eine zumindest gleich lange Ausübung einer notärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer Krankenanstalt.

(5) Der Fortbildungslehrgang gemäß Abs. 4 hat in Ergänzung zur jeweiligen fachlichen Ausbildung eine theoretische und praktische Fortbildung auf folgenden, für Großeinsatzfälle organisierter Rettungsdienste relevanten Gebieten zu vermitteln:

1. Lagebeurteilung,
2. Feststellung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes,
3. Sammeln und Sichten von Verletzten,
4. Festlegung von Behandlungsprioritäten,
5. medizinische Leitung von Sanitätshilfsstellen,
6. Abtransport von Verletzten einschließlich Feststellung der Transportpriorität und des Transportzieles,
7. Beurteilung des Nachschubbedarfs,
8. ärztliche Beratung der Einsatzleitung,
9. Zusammenarbeit mit anderen Einsatzleitern,
10. Mitarbeit in Evakuierungsangelegenheiten,
11. Mithilfe bei der Panikbewältigung,
12. Einsatzleitung bei Großeinsätzen,
13. medizinische Dokumentation.

(6) Zusätzlich zum Lehrgang gemäß Abs. 5 ist mindestens alle vier Jahre, gerechnet ab dem Abschluss des Lehrganges gemäß Abs. 5 (Stichtag), eine Fortbildungsveranstaltung, die mindestens 15 Stunden Planspiele oder Großübungen sowie fünf Stunden Theorie umfasst, zu besuchen. Diese Fortbildungsveranstaltung ist im Zeitraum vom 43. bis zum 54. auf den Stichtag folgenden Monat zu absolvieren.

¹⁰ § 40 Abs. 8 und 9 leg. cit.: ... (8) Ärzte im Sinne des Abs. 1, die die Voraussetzungen für die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztendienste gemäß Abs. 2 und 3 erfüllen und eine solche Tätigkeit ausüben, dürfen zusätzlich die Bezeichnung „Notarzt“ führen. Ärzte im Sinne des Abs. 4, die die Voraussetzungen für die Ausübung einer leitenden notärztlichen Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste gemäß Abs. 4 bis 6 erfüllen und eine solche Tätigkeit ausüben, dürfen zusätzlich die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ führen.

Den Erläuterungen zur Regierungsvorlage¹¹ ist zu entnehmen, daß der LNA Führungseinrichtungen auf allen Ebenen mit seinem medizinischen Fachwissen zu unterstützen hat sowie alle medizinischen Maßnahmen am Schadensort koordinieren und überwachen soll.

(9) Der „Leitende Notarzt“ ist gegenüber den am Einsatz beteiligten Ärzten und Sanitätspersonen weisungsbefugt und hat zur Kennzeichnung Schutzkleidung mit der Aufschrift „Leitender Notarzt“ zu tragen.

¹¹ 1386 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XX. GP., S. 94.

II. Europäisches Umfeld

Im europäischen Umfeld kennen die deutschen Rettungsdienste und Rettungsdienste in einigen Schweizer Kantonen einen LNA in ähnlicher Ausprägung und Funktion.¹²

Im Rahmen von groß angelegten Übungen wie zum Beispiel im Muttenzer Auhafen im Kanton Basel (Katastrophenübung „Protector“) im Jahr 2009, sowie einer internationalen Katastrophenübung auf dem Rhein im Jahr 2006 (Regio Cat 2006), wurde auch in der Schweiz die Notwendigkeit einer regelmäßigen notärztlichen Leitungsfunktion bei Grosseinsätzen als dringendes Problem erkannt.¹³

Die Bestimmungen der meisten deutschen Bundesländer konstituieren die medizinische Einsatzleitung mit dem LNA und dem Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL). In dieser medizinischen Einsatzleitung obliegt dem OrgL in der Regel die Organisation und Führung der sanitätsdienstlichen Einsatzkräfte inklusive der Organisation des Nachschubes und dem LNA die Führung der Ärzte, die Festlegung der Behandlungsgrundsätze, sowie die grundsätzliche Abtransportkoordination in Bezug auf die Kapazität der Zielspitäler.¹⁴

¹² Vgl. *Binz*, Konzept zur Bewältigung ausserordentlicher sanitätsdienstlicher Lagen mit Massenanfall von Patienten, Gesundheitsamt Kanton Solothurn, Feb. 2008, S. 24.

¹³ *Cassidy*, Es braucht mehr Notärzte, Artikel in der Basler Zeitung, 24.11.2009.

¹⁴ Vgl. *Bittger*, Großunfälle und Katastrophen, Schattauer 1996.

III. Berufsrechtliche Regelungen:

A. Kompetenzlage der berufsrechtlichen Regelungen im Gesundheitswesen

Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG ordnet die berufsrechtliche Ausgestaltung der Gesundheitsberufe in Gesetzgebung und Vollziehung dem Bund zu („Gesundheitswesen“).

In Umsetzung dieser Bundeskompetenz wurden die Berufsgruppen im Rettungswesen geregelt.

Auf ärztlicher Seite wurde der Notarzt zur Gewährleistung eines hohen Niveaus der notfall- und katastrophenmedizinischen Versorgung geschaffen. In weiterer Folge wurde der Leitende Notarzt (LNA) für die Wahrnehmung medizinischer Führungsaufgaben gesetzlich normiert. In die berufsrechtlichen Regelungen des LNA wurde auch ein weitgehendes berufsgruppenübergreifendes Weisungsrecht integriert.

Berufsrechtlich nicht normiert werden konnte die Art und Weise der Berufung bzw. die „in Funktion Setzung“ des LNA, sowie die Einbindung in die rettungsdienstliche Struktur der Länder, da dies einen Eingriff in die Organisation des Rettungs- und Katastrophenabwehrwesens bedeutet hätte, die gem. der Bestimmungen des Art. 15 B-VG in Verbindung mit Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG in autonome Länderkompetenzen fällt.

Es besteht jedoch überwiegend Einigkeit, dass sich ein LNA nicht selbst in Funktion setzen kann, sondern von einer offiziellen Institution, einer behördlichen Einsatzleitung oder durch landesgesetzlich geregelte Verfahren in seine Funktion berufen werden muss.

B. Regelungskompetenz des Berufsrechtes im Gesundheitswesen

Wie bereits beschrieben obliegt die Kompetenz berufsrechtliche Regelungen zu schaffen dem Bundesgesetzgeber. Die Länder können

jedoch über das Instrument des Konsultationsmechanismus¹⁵ entscheidenden Einfluss auf die Ausgestaltung berufsrechtlicher Bestimmungen nehmen.

In diesem Sinne sind die meisten berufsrechtlichen Bestimmungen im Gesundheitswesen immer als Kompromiss zwischen modernen Erfordernissen der Berufs- und Arbeitswelt, den Partikularinteressen einzelner Berufsgruppen und den dadurch für die Bundesländer bzw. Rechtsträger entstehenden Kosten zu sehen.

Berufsrechtliche Regelungen beinhalten Bestimmungen über die zu erreichenden Qualifikationen und die damit verbundenen Tätigkeitsberechtigungen sowie Berufs- und Tätigkeitsvorbehalte. Weiters werden Struktur und Dauer der Ausbildungen geregelt, sowie der Bereich des Gesundheitswesens, in dem die erworbene Qualifikation entfaltet werden darf.

Generell regelt das Berufsrecht das „Dürfen“ und setzt damit den maximalen Rahmen der Tätigkeitsmöglichkeiten fest, was davon zum „Müssen“ wird, ist dienstrechtlich und organisationsrechtlich auszugestalten.

Über das Rechtsinstrument des tätig werden auf „ärztliche Anordnung“ wird eine Abhängigkeit der Tätigkeit von einer ärztlichen Beurteilung bzw. Diagnostik geschaffen. Zusätzlich wird über die ärztliche Anordnung ein Tätigkeits- bzw. Behandlungsrahmen festgelegt der, im Sinne eines koordinierten und zielführenden ärztlichen Behandlungsplanes, nicht verlassen werden darf.

Der Literatur nicht eindeutig zu entnehmen ist, ob die ärztliche Anordnung an einen eigenverantwortlich tätigen gehobenen Gesundheitsberuf einer fachlichen Weisung entspricht, da eine Weisung in der Regel eine hierarchische Unterordnung einer Berufsgruppe unter die Andere impliziert. Allgemein anerkannt ist aber, dass es trotz medizinisch-therapeutischer Tätigkeiten, die nur auf ärztliche Anordnung hin durchgeführt werden dürfen, zu keiner regelhaften hierarchischen

¹⁵ BGBl. I Nr. 35/1999, Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften gem. Art. 15a B-VG.

Unterordnung von grundsätzlich eigenverantwortlich tätigen Gesundheitsberufen unter die Ärzteschaft kommt.

Von einer reinen Ermächtigung zum Tätig werden kann jedoch auch nicht uneingeschränkt ausgegangen werden. Der anordnende Arzt muss sich darauf verlassen können, dass seiner Anordnung genau Folge geleistet wird. Ein Heilplan und darauf folgende ärztliche Therapieschritte bauen darauf auf, dass Therapieverfahren die an andere Gesundheitsberufe über Anordnung abgegeben wurden auch im angeordneten Umfang bzw. mit vorgegebenen Einschränkungen durchgeführt werden.

Einer ärztlichen Anordnung wird daher nicht die Rechtswirkung einer dienstrechtlichen Weisung zukommen können, trotzdem bindet sie den ausführenden Gesundheitsberuf in hohem Ausmaß an die angeordnete Tätigkeit bzw. Therapie.

Über die ärztliche Anordnung wird auch das im § 11 Abs. 3 MTD-G normierte Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung definiert. Erst mit der „ärztlichen Anordnung“ ist die Heilbehandlung durch den Angehörigen des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes legitimiert.¹⁶

Unabhängig davon ist die Pflicht eigenverantwortlich und selbständig tätiger Gesundheitsberufe zu sehen, Weisungen und Anordnungen auf ihre Konkludenz und Vereinbarkeit mit der „Lex Artis“ (Regel der Kunst) zu prüfen und bei Bedenken eine Korrektur oder nochmalige Bestätigung der Anordnung einzufordern.

C. Spezielle Regelungen im Rettungswesen – SanG, ÄrzteG

Für das Rettungswesen und die damit verbundene präklinische notfallmedizinische Versorgung hat der Bundesgesetzgeber zwei Berufsgruppen vorgesehen und gesetzlich geregelt. Auf der einen Seite die zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärzte, wobei für die regelmäßige Tätigkeit im organisierten Rettungs- bzw. Notarztdienst eine

¹⁶ Vgl. *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis II, 5.5.3.

Zusatzqualifikation zu erwerben ist, die zum Führen der Bezeichnung Notarzt berechtigt.¹⁷

Auf der nicht ärztlichen Seite wurden die Sanitäter durch das Sanitätergesetz 2002 (SanG) als Gruppe normiert, wobei das SanG zwischen Tätigkeiten und Beruf unterscheidet. Tätigkeiten eines Sanitäters im Sinne des SanG werden von freiwilligem Personal regelmäßig ausgeübt, wobei die Ausbildung der freiwilligen Sanitäter um die spezifisch arbeitsrechtlichen Inhalte reduziert ist.¹⁸

Durch das SanG ist eine regelmäßige Tätigkeit von Pflegepersonal oder Medizinerinnen ohne entsprechende Ausbildung im Rettungsdienst bzw. Notarztendienst nicht mehr möglich, da durch das SanG dieser Bereich der Gesundheitsversorgung im nicht ärztlichen Bereich den Sanitätern umfassend vorbehalten wird.

Unstrittig ist, dass das Berufs- und Tätigkeitsbild der Sanitäter nicht zur Gänze von der ärztlichen Berufsausbildung abgedeckt wird.

Strittig ist in der Literatur aber, ob mit dem SanG 2002 in den Berufs- bzw. Tätigkeitsvorbehalt der Ärzte im Sinne einer Begrenzung eingegriffen wurde. *Andreas* vertritt die Ansicht, dass sich mit der gesetzlichen Regelung des Berufes der Sanitäter die Tätigkeit und Zuständigkeit der Notärzte entscheidend verändert hat.¹⁹ Im speziellen steht *Andreas* auf dem Standpunkt, dass die Rettungs- und Bergetechnik seit Einführung des SanG gänzlich den Notärzten entzogen wurde. Weiters meint *Andreas*, dass es im Rahmen der Gesundheitsberufe eine strikte Trennung der Zuständigkeiten gibt, woraus sich dieser umfassende Tätigkeitsvorbehalt im Sinne einer

¹⁷ Die Tätigkeitsberechtigung als Notarzt ist die einzige ärztliche Qualifikation die nur über eine innerhalb eines zweijährigen Intervalls gesetzlich verbindlich geregelte Fortbildung behalten werden kann.

Dem gegenüber wird die Ermächtigung zum flugmedizinischen Sachverständigen gem. § 34 Abs. 4 Luftfahrtgesetz auf 3 Jahre befristet, die Ermächtigung zum sachverständigen Arzt gem. § 34 Abs. 1 Führerscheingesetz auf 5 Jahre und die Ermächtigung zur umfassenden Substitutionsbehandlung gem. § 3 Abs. 1 Z 3 Weiterbildungsverordnung orale Substitution auf 3 Jahre.

Eine genaue rechtliche Regelung des Fortbildungsumfanges besteht nur für Notärzte und für zur umfassenden Substitutionsbehandlung ermächtigte Ärzte.

¹⁸ Zusammengefasst im sog. Berufsmodul

¹⁹ *Andreas*, Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation Univ. Wien 2009, S. 174ff.

Entziehung einzelner Bereiche der präklinischen Versorgung aus der ärztlichen Kompetenz ableiten lässt.

Dem ist aus praktischer Sicht entgegenzuhalten, dass eine strikte Trennung der Zuständigkeiten und Kompetenzen der Gesundheitsberufe nicht der Realität entspricht. Im Übrigen ist auch aus rechtlicher Sicht festzustellen, dass es ähnlich den Abgrenzungen zwischen den ärztlichen Sonderfächern weite Tätigkeitsbereiche gibt, die von mehreren Gesundheitsberufen abgedeckt werden. Die Grenzen sind immer unscharf.

Speziell im Bereich der Notfallmedizin ist eine strikte Trennung zwischen der „Medizin“ und der „Sanitätshilfe“ sowie „Bergetechnik“ nicht haltbar. Verletzungen und Erkrankungen verlangen aus medizinischen Gründen verschiedene Arten des Transportes, daher sind aus notärztlicher Kompetenz die Vorgaben für den Transport zu geben.

Der Begriff „Sanitätshilfe“ umfasst bereits in der Diktion der Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) weite Bereiche die üblicherweise der „Medizin“ zugeordnet werden.²⁰ Wenn man sich der Rechtsmeinung anschließt, dass Kompetenzen und vor allem Abgrenzungen weitgehend aus den Ausbildungsordnungen erschlossen werden können²¹, wäre praktisch die gesamte präklinische Notfallmedizin durch die Zuordnung zum Ausbildungskatalog in „Sanitätshilfe“ den Notärzten entzogen worden.²² Damit scheint klar, dass eine derartige Abgrenzung bzw. „Entziehung“ von Tätigkeiten nicht gemeint sein kann.

Um einen vom Arztvorbehalt gänzlich unberührten Bereich zu schaffen, hat sich der Gesetzgeber immer der Betonung der berufsspezifischen wissenschaftlichen Grundlage bedient. Im Rahmen der gesetzlichen Regelung für die Psychotherapeuten war dies die psychotherapeutisch-wissenschaftliche Grundlage und im Rahmen der Neuregelung für den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst die pflegerisch-wissenschaftliche Grundlage.

²⁰ Sanitäter-Ausbildungsverordnung BGBl. II Nr. 420/2003.

²¹ Vgl. *Skiczuk*, Berufs- und Tätigkeitsschutz der österreichischen Gesundheitsberufe, nwV 2006, S. 159.

²² Vgl. *Andreas*, aaO., S. 237.

Eine „sanitätsdienstlich-wissenschaftliche“ Grundlage wurde nicht normiert. Es wurde zwar der ärztliche Tätigkeitsvorbehalt mit dem SanG durchbrochen, ein von der medizinischen Wissenschaft rechtlich abgetrenntes Gebiet der Gesundheitsversorgung wurde nicht geschaffen. Damit beruhen die Tätigkeit und der Beruf des Sanitäters im Wesentlichen auf notfallmedizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen. Die im notfallmedizinischen Bereich entwickelten evidenzbasierten Kurse (PHTLS - Prehospital Trauma Life Support²³, ETC - European Trauma Course, ITLS - International Trauma Life Support, ALS - Advanced Life Support Course²⁴) beziehen ihre Thematik und Techniken inklusive der Rettungs- und Bergetechniken aus der anerkannten, Evidenz basierten medizinisch-wissenschaftlichen Forschung.

Die These, dass durch das SanG ein Entzug von Tätigkeiten gegenüber der Ärzteschaft geschaffen wurde, ist damit nicht mehr haltbar. Der Beruf des Arztes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeübt wird. „Dass eine Tätigkeit in das Aufgabengebiet anderer (Gesundheits-)Berufe fällt, schließt eine gleichzeitige Zuordnung zur ärztlichen Berufsausübung nicht zwingend aus.“²⁵

Tätigkeiten und Kompetenzen, die vor Inkrafttreten des SanG in ärztlicher Kompetenz lagen, sind weiterhin von der (not-)ärztlichen Kompetenz umfasst.

Das SanG schließt aber aus, dass allein durch die Ausbildung zum Arzt oder Notarzt eine Tätigkeits- oder Berufsberechtigung als Sanitäter erworben wird. Damit wurde eine Bestimmung geschaffen, die im Wesentlichen mit den Regelungen der gehobenen medizinisch-technischen Berufe bzw. dem Hebammenberuf übereinstimmt. Auch die gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder der Beruf der Hebamme sind nicht von der ärztlichen Berufsausbildung abgedeckt. Trotzdem kann ein Arzt in weiten Bereichen, die diese Gesundheitsberufe

²³ *Solomone/Pons, ed., PHTLS Prehospital Trauma Life support, Elsevier Inc. 2007.*

²⁴ *Nolan/ Gabbott/Lockey/Mitchell/Perkins/Pitcher/Soar, Erweiterte lebensrettende Maßnahmen (Advanced Life Support, ALS)⁵, European Resuscitation Council 2008.*

²⁵ *Aigner/Kierein/Kopetzki, ÄrzteG 1998³, Manz 2007, § 2 FN 7.*

abdecken, Tätigkeiten und Behandlungen durchführen und entsprechende ärztliche Anordnungen geben.

Ein umfassender Tätigkeits- und Berufsvorbehalt auf Bereiche der präklinischen Notfall- und Katastrophenmedizin sowie Sanitäts- und Bergetechniken kann schlüssig daher nur gegenüber anderen, nicht ärztlichen, Gesundheitsberufen wirken. Ein Vorbehalt, der Notärzten ausgewählte Zuständigkeiten oder Tätigkeiten im Rahmen eines Rettungseinsatzes explizit und komplett entzieht und damit auch verbietet, wurde im SanG nicht normiert. Der Tätigkeitsvorbehalt der Sanitäter zwingt aber zur Teamarbeit in der Notfallmedizin. Das SanG trägt diesem Umstand Rechnung, indem es im § 10 Abs. 1 Z 2 leg. cit. normiert, dass der Notfallsanitäter (NFS) den Arzt bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen zu unterstützen hat.²⁶

Aus diesen Überlegungen ergibt sich eine grundsätzliche notfallmedizinische und katastrophenmedizinische Gesamtzuständigkeit und Verantwortlichkeit der Notärzte bzw. Leitenden Notärzte für den Ablauf eines Einsatzes bzw. Großeinsatzes.

D. Fortbildung des LNA – Rezertifizierungspflichten

Die Fortbildungsziele für den LNA decken vor allem die Führung der medizinischen Bereiche eines rettungsdienstlichen Großeinsatzes oder eines Katastropheneinsatzes ab.

Im Rahmen der Lagebeurteilung soll Art und Schwerpunkt des medizinischen Einsatzes erfasst werden, sowie die entsprechenden Behandlungsprioritäten und der Nachschubbedarf festgelegt werden können. Zusätzlich muss in Zusammenarbeit mit anderen Einsatzleitern von sog. Blaulichtorganisationen und ev. militärischen Einheiten der medizinische Einsatz abgewickelt werden bzw. das notfall- und katastrophenmedizinische Fachwissen im Rahmen von Panikbewältigung

²⁶ Zustimmend dazu *Wallner*, der feststellt, dass nichtärztliche Gesundheitsberufe ihre Leistungen regelmäßig nur in Zusammenarbeit mit Ärzten erbringen können. Vgl. *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht (2011), S. 103.

und Evakuierungsangelegenheiten eingebracht werden. Behördlichen Einsatzleitungen hat der LNA medizinisches notwendiges Fachwissen für die Einsatzleitung zu vermitteln.

Die Einsatzleitung bei Großeinsätzen muss ebenfalls beherrscht werden, wobei die entsprechenden Abgrenzungen zu anderen rettungsdienstlichen Führungskräften zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden.

Ähnlich den Regelungen für Notärzte unterliegen auch Leitende Notärzte Rezertifizierungspflichten. Spätestens alle vier Jahre muss ein Auffrischkurs besucht werden, der auch ein Planspiel einzuschließen hat.

Somit unterliegen alle notärztlichen Funktionen und Qualifikationen einer im Umfang genau gesetzlich geregelten Rezertifizierungspflicht und einem damit definierten Zeitablauf.

E. Regelungen des Berufsrechtes in Bezug auf Notärzte und Leitende Notärzte

Wie bereits angeführt ist auch für Ärzte eine regelmäßige bzw. berufliche Tätigkeit im organisierten Notarzdienst und Rettungsdienst nur nach Absolvierung einer gesetzlich geregelten Fortbildung möglich. Die erfolgreiche Absolvierung berechtigt zur Führung der Bezeichnung „Notarzt“, solange eine entsprechende Tätigkeit im Rettungswesen ausgeübt wird.

Erfahrene Notärzte können darüber hinaus eine Weiterbildung absolvieren, die zur Qualifikation „Leitender Notarzt“ (LNA) führt. Die gesetzlich vorgesehene Erfahrung im Notarzdienst wird nach dreijähriger notärztlicher Tätigkeit ex lege angenommen, wobei unerheblich ist in welchem Tätigkeitsbereich (klinisch oder präklinisch) die notärztliche Erfahrung erworben wurde.²⁷

²⁷ § 40 Abs. 4 ÄrzteG 1998.

Die Bezeichnung LNA darf nur geführt werden, wenn eine entsprechende Tätigkeit ausgeübt wird. Während dieser Tätigkeit hat sich der LNA entsprechend sichtbar zu kennzeichnen.

Im ÄrzteG konnte nicht geregelt werden, wer leitende Notärzte in Funktion setzen darf, da es sich um ein reines Berufsgesetz handelt.

In der Literatur zum ÄrzteG wird angenommen, dass ein LNA nur von der örtlich zuständigen Behörde in Funktion gesetzt werden kann.^{28,29} Dem ÄrzteG kann diese Annahme aus o.g. Gründen nicht entnommen werden.

Auf den ersten Blick erscheint klar, dass sich Leitungsfunktionen nicht selbständig und unaufgefordert einer örtlich zuständigen Organisation, in diesem Fall einer Rettungsorganisation oder einer Katastrophenhilfseinheit, voran stellen können. Andererseits sind Unfälle bzw. Großunfälle und Katastrophen, die notfallmedizinisches Eingreifen erforderlich machen, in den seltensten Fällen vorhersehbar. Behördliche Einsatzleitungen konstituieren sich in der Regel erst lange nach dem primären Einschreiten der Hilfsorganisationen. Vor allem die notfallmedizinische Versorgung ist zu diesem Zeitpunkt bereits voll angelaufen oder schon im Abschluss begriffen.

D.h. es müssen bereits weitreichende und umfassende notärztliche Koordinations- und Behandlungsentscheidungen vor Tätig werden einer allfällig in Erscheinung tretenden behördlichen Einsatzleitung getroffen werden (die Probleme der Überleitung der Einsatzleitung werden in Kapitel XI besprochen).

Ein mögliches Modell ist hier die Funktion des „provisorischen LNA“ oder „LNA ad interim“³⁰, die durch den ersten eintreffenden Notarzt des örtlich zuständigen Rettungsdienstes wahrgenommen werden soll, wenn sich dieser entsprechend qualifiziert fühlt.³¹ Sollte der ersteingetroffene Notarzt sich nicht entsprechend qualifiziert fühlen, wird einer der nächsteintreffenden Notärzte diese Aufgabe übernehmen müssen.

²⁸ Vgl. *Stärker in Emberger/Wallner, Ärztegesetz 1998 mit Kommentar*, Verlagshaus der Ärzte 2004, § 40 FN16.

²⁹ *Wallner* stellt dagegen in seinem Handbuch nur allgemein fest, dass Leitende Notärzte ‚in Funktion gesetzt werden‘ müssen, um die Weisungsbefugnis (§ 40 Abs. 9 ÄrzteG) zu erlangen. Vgl. *Wallner*, aaO., S. 76.

³⁰ *Binz*, aaO. S. 15.

³¹ *Hellwagner in Radner, Arbeitsrechtsfragen für Ärzte und kooperierende Gesundheitsberufe*, Universitätsverlag Trauner, 2003, S. 101ff.

Andreas vertritt die Ansicht, dass ein „in Funktion setzen“ im Großschadenfall nicht notwendig ist und allein die Ausbildung zum LNA und örtliche Zuständigkeit im Rahmen des organisierten Rettungsdienstes entscheidend ist.³²

Andreas begründet jedoch in seinen Ausführungen nicht warum eine berufsrechtliche Bestimmung in Organisationen wirken kann, deren Rechtsgrundlagen durch landesgesetzliche Bestimmungen zu regeln sind.

Zu erwägen ist aber, ob der § 48 ÄrzteG im dem Sinn interpretiert werden kann, dass eine Pflicht zur Übernahme der Funktion eines provisorischen LNA besteht.

Im § 48 ÄrzteG wird bestimmt, dass der Arzt im Falle der drohenden Lebensgefahr die Erste-Hilfe nicht verweigern darf.

Unter dem Begriff Erste-Hilfe versteht man definitionsgemäß Maßnahmen, die eigentlich Jedermann verinnerlicht haben sollte. Diese Maßnahmen, bei denen es sich um wenige Handgriffe handelt, sollen dazu dienen Menschenleben zu retten bis am Ort des Geschehens professionelle Hilfe in Form des Rettungsdienstes oder eines Arztes eintrifft. Maßnahmen der Ersten-Hilfe, sind zunächst einmal das Absetzen eines Notrufes, sowie das Absichern der Unfallstelle und natürlich auch die Betreuung des Verletzten.³³ Es könnte hier argumentiert werden, dass Erste-Hilfe damit nur unbedingt notwendige medizinische Sofortmaßnahmen zur Rettung des Lebens beinhaltet.

Da der Begriff Erste-Hilfe, der primär für die Hilfeleistung durch Laien geprägt wurde, in das ÄrzteG aufgenommen wurde, muss er in diesem Zusammenhang weiter ausgelegt werden. Medizinische Definitionen und Begriffe unterliegen einem stetigen, durch den Fluss der Wissenschaft hervorgerufenen Wandel. Es kann daher der Begriff „Erste-Hilfe“ nicht im Sinne einer „Versteinerung“ interpretiert werden sondern muss gemäß dem wissenschaftlichen Wissenszuwachs und in Zusammenhang mit den

³² *Andreas*, aaO., S. 238-240.

³³ http://de.wikipedia.org/wiki/Erste_Hilfe

umfassenderen ärztlichen Kenntnissen objektiv-teleologisch³⁴ interpretiert werden.

Als Argumentationshilfe können auch die Auslegungsregeln des ABGB für Gesetzesnormen herangezogen werden. Diese sind nicht nur auf die bürgerlichen Gesetze anwendbar, sondern auf alle Gesetze, die diese Anwendung nicht ausdrücklich oder schlüssig ausschließen.³⁵ Nach § 6 ABGB darf einem Gesetz kein anderer Verstand beigelegt werden, als welcher aus der eigentümlichen Bedeutung der Worte in ihrem Zusammenhang und aus der klaren Absicht des Gesetzgebers hervorleuchtet. § 7 ABGB bestimmt: ‚lässt sich ein Rechtsfall weder aus den Worten, noch aus dem natürlichen Sinn eines Gesetzes entscheiden, so muss auf ähnliche in den Gesetzen bestimmt entschiedenen Fälle, und auf die Gründe anderer damit verwandter Gesetze Rücksicht genommen werden.‘

‚Bleibt der Rechtsfall noch zweifelhaft, so muss solcher mit Hinsicht auf die sorgfältig und reiflich erwogenen Umstände nach den natürlichen Rechtsgrundsätzen entschieden werden. Voraussetzung für einen derartigen Analogieschluss ist eine planwidrige Gesetzeslücke.‘³⁶

‚Eine Lücke ist dort anzunehmen, wo das Gesetz, gemessen an seiner eigenen Absicht und immanenten Teleologie, unvollständig ist und wo seine Ergänzung nicht etwa einer vom Gesetz gewollten Beschränkung widerspricht.‘³⁷

Im Falle der Normierung des LNA kann angenommen werden, dass es nicht im Sinne des Gesetzgebers war, die Alarmierungszeit eines eingeteilten LNA oder gar das Fehlen eines organisierten LNA-Dienstes als Zeit des medizinisch unorganisierten Chaos festzuschreiben, was letztendlich Verlust von Versorgungsqualität und damit Menschenleben bedeuten würde.

Im § 48 leg. cit. wird bestimmt, dass der Arzt im Falle der drohenden Lebensgefahr die Erste Hilfe nicht verweigern darf.

³⁴ Vgl. *Koziol/Welser*, Bürgerliches Recht¹³ I (2006), S 25, d) Objektiv-teleologische Interpretation.

³⁵ MGA ABGB³⁵ § 6/E1/2 und die dort angeführte Lehre und Rechtsprechung.

³⁶ Vgl. JBl.1975, 151; SZ 49/5, 55/51, 60/128; EvBl. 1992/166.

³⁷ ÖBA 1994, 891.

Diese Rechtsnorm soll sicherstellen, dass Patienten deren Leben bedroht ist, die im Einzelfall notwendige ärztliche Soforthilfe erhalten. Kein Arzt darf diese unbedingt notwendige Hilfe verweigern.³⁸

Wie bereits oben erwähnt, definiert die medizinische Wissenschaft was die dringende medizinische Hilfeleistung im Einzelfall ist. Im Anlassfall des Großunfalls kann primär nicht die Versorgung des nächstliegenden Opfers als die vordringliche Erste-Hilfe gesehen werden, sondern der Aufbau einer schlagkräftigen Organisation vor Ort, die das Überleben möglichst vieler Opfer sichert.

Im Sinne der bereits zuvor diskutierten objektiv-teleologischen Interpretation dieser Gesetzesstelle ist m.E. daher diese planwidrige, vom Gesetzgeber nicht gewollte Lücke im Wege der Analogie zu schließen, Kraft dessen die Rechtsfolgen nach ihrer Tatbestandsformulierung unmittelbar gar nicht passender Normen auf den ähnlichen Fall erstreckt werden. Dabei bestimmt sich die Ähnlichkeit nach den „Gründen des Gesetzes“, nicht nach äußerlichen Ähnlichkeiten des Sachverhaltes.

Aufgrund des Fehlens expliziter rechtlicher Regelungen bezüglich des ärztlichen Verhaltens bei gleichzeitigem Anfall einer größeren Anzahl von erkrankten oder verletzten Personen muss der § 48 daher im Sinne der Analogie auch für die Übernahme und Ausübung der Funktion eines provisorischen LNA durch den ersteintreffenden Notarzt des zuständigen Rettungsdienstes bzw. dem höchstqualifizierten Notarzt vor Ort herangezogen werden. Diese Analogie ist auch in den Bundesländern zu führen, die keinen LNA in ihren Rettungsgesetzen vorsehen.

Im Sinne der konsequenten Umsetzung der o.g. Rechtsansicht besteht nicht nur eine Berechtigung, sondern wenn man diese Bestimmung im Sinne der Definition einer Schutznorm gem. § 1311 ABGB auslegt, auch eine Verpflichtung die Funktion des provisorischen LNA zu übernehmen. Zu diskutieren ist aber, ob damit auch alle im ÄrzteG 1998 normierten Weisungsrechte verbunden sind oder nur eine medizinische Koordination der Einsatzkräfte vor Ort im Sinne von sog. Sofortmaßnahmen.

³⁸ In diesem Sinne kann der § 48 ÄrzteG 1998 idgF als Schutzgesetz gem. § 1311 ABGB angesehen werden. Vgl. *Hellwagner/Hellwagner*, Turnusärzte im Rettungsdienst, eine rechtliche Zwickmühle?, RdM 6/2000.

1. Weisungsrecht des LNA

Im § 40 Abs. 9 des ÄrzteG ist ein umfassendes Weisungsrecht des LNA gegenüber am Einsatz beteiligten Sanitätern und Ärzten vorgesehen.

Bei Analyse der im Gesundheitswesen relevanten Berufsgesetze wird auffällig, dass in keinem anderen Berufsgesetz ein ausdrückliches Weisungsrecht normiert wird.

Wenn eine ärztliche Einflussnahme auf eigenverantwortliche Berufsgruppen vorgesehen ist wird in allen relevanten berufsrechtlichen Bestimmungen der Begriff „nach ärztlicher Anordnung“ verwendet.

Ob es sich dabei um eine fachliche Weisung im dienstrechtlichen Sinne handelt war in der Vergangenheit strittig, da eine Weisung eine zwingende Umsetzung verlangt und die Umsetzung nur bei strafrechtlichen Einwänden verweigert werden kann.^{39,40} Eine Weisung ist regelmäßiger Ausfluss von Arbeitsverhältnissen, also von Rechtsverhältnissen, die per definitionem eine einseitige Verfügung des Vertragspartners im Hinblick auf Arbeitszeit, Arbeitsort und das arbeitsbezogene Verhalten darstellen. Allerdings ist das Institut der Weisung nicht auf den Dienstvertrag oder sein Pendant – das öffentlich rechtliche Dienstverhältnis – beschränkt; punktuelle Weisungsrechte können vielmehr auch durch freie Dienstverhältnisse oder Verträge sui generis begründet werden.⁴¹

Die sog. ärztliche Anordnung an eigenverantwortlich tätige Gesundheitsberufe lässt einen größeren Interpretationsspielraum zu und verlangt auch eine eingehende Prüfung durch den Adressaten der Anordnung, ob sich die Anordnung innerhalb der anerkannten Regeln der Kunst bewegt. Sie kann damit auch ohne Vorliegen strafrechtlich relevanter Einwände zurückgewiesen bzw. eine entsprechende Befolgung abgelehnt werden. Der Arzt gibt durch die ärztliche Anordnung einen genauen Spielraum vor, innerhalb dem ein eigenverantwortlicher Gesundheitsberuf tätig werden kann um das übergeordnete Therapieziel

³⁹ Vgl. *Beran/Fritz/Haslinger/Bumberger*, Das Recht der Krankenpflege, Med techn Dienste 96, 1994.

⁴⁰ Vgl. OGH 10 Ob 2348/96

⁴¹ *Mazal in Radner aaO.*, S. 16.

des Arztes zu unterstützen und der eigenmächtigen Heilbehandlung zu entgehen.

Die ärztliche Anordnung unterscheidet sich daher von der Weisung und ermöglicht aus diesem Grund auch entsprechende organisationsrechtliche und dienstrechtliche Spielräume. Soll in bestimmten Organisationseinheiten der ärztlichen Anordnung Weisungscharakter zukommen ist dies mit organisations- oder dienstrechtlichen Maßnahmen zu verankern.

Das im ÄrzteG normierte Weisungsrecht des LNA lässt bei dieser Betrachtung keine Spielräume offen und richtet sich an das Sanitätspersonal und alle am Einsatz beteiligten Ärzte.

Auffällig ist jedoch, dass eine zu den Bestimmungen des ÄrzteG korrespondierende Bestimmung im SanG fehlt. Damit wird das Sanitätspersonal berufsrechtlich nicht an Weisungen eines LNA gebunden. Die Pflicht ärztliche Anordnungen zu befolgen ist daher dem SanG nur in medizinisch begründeten Fällen, entsprechend der o.g. Grundsätze für eigenverantwortlich tätige Gesundheitsberufe, zu entnehmen.⁴²

Das Rettungswesen ist gemäß der Kompetenzregelungen des B-VG im selbständigen Bereich der Länder gesetzlich zu regeln.⁴³

Somit liegt es in der Kompetenz landesgesetzlicher Bestimmungen den organisationsrechtlichen Rahmen für die in ihrem Bereich tätigen Rettungsorganisationen festzulegen.

Dem Bundesgesetzgeber ist in diesen Fragen durch das B-VG auch keine Kompetenz zur Erlassung einer Grundsatzbestimmung eingeräumt worden.

Die Normierung eines umfassenden Weisungsrechtes in berufsrechtlichen Bestimmungen ist aber eine deutliche Beschränkung bzw. Vorgabe an das Organisationsrecht.

Es stellt sich daher die Frage, ob hier der Bundesgesetzgeber nicht seine Gesetzgebungskompetenz überspannt hat.

⁴² Vgl. §10 Abs. 1 Z 2 leg. cit..

⁴³ Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG in Verbindung mit Art. 15 B-VG.

Es obliegt dem Bundesgesetzgeber im Rahmen des Berufsrechtes einheitliche Qualitätsstandards in der Ausbildung festzusetzen. Damit verbunden ist auch die Gestaltung des Rahmens der Tätigkeitskompetenzen der einzelnen Gesundheitsberufe. Diese Normierung des Tätigkeitsbereiches, der grundsätzlichen Grenzen dieser Tätigkeitsbereiche und die Definition der Personen die diesen Rahmen im Zuge von Anordnungen individuell begrenzen können, stellt ebenfalls eine detaillierte Vorgabe an das Organisationsrecht dar.

Im ÄrzteG wird daher nur allgemein ein Weisungsrecht gegenüber allen am Einsatz beteiligten Sanitätern und Ärzten normiert.

Ein rechtliches Novum ist aber die Tatsache, dass damit im Berufsrecht eine organisationsrechtliche Hierarchie innerhalb der medizinischen Berufsgruppen normiert wird.

Diese hierarchische Überordnung des ärztlichen Personals kann sonst keinen berufsrechtlichen Bestimmungen entnommen werden. Diese Bestimmung ist aber insofern wieder zu relativieren, da der Gesetzgeber andere Berufsgruppen berufsrechtlich nicht an die Bestimmungen des ÄrzteG bindet.

Der Gesetzgeber hat im § 48 Abs. 9 ÄrzteG das Weisungsrecht eines LNA eindeutig definiert. Durch die Landesgesetzgebung bzw. interne dienstrechtliche Bestimmungen kann dieses Weisungsrecht grundsätzlich nicht mehr in Frage gestellt werden.⁴⁴ Es ist allenfalls eine Anpassung der im ÄrzteG allgemein ausgeführten Bestimmungen an lokale Besonderheiten denkbar.

Ein in LNA-Funktion tätiger Arzt kann aber nur dann eine Befolgung seiner organisatorischen Weisungen bzw. medizinischen Weisungen gegenüber anderen Ärzten einfordern, wenn seine Funktion entweder dienstrechtlich oder organisationsrechtlich vorgesehen ist.

⁴⁴ Bundesstaatliches Berücksichtigungsgebot, siehe Kapitel X.

2. Umfang des Weisungsrechtes

Das ÄrzteG lässt in der Frage des Weisungsrechtes mehrere Interpretationen zu. In einem Extrem kann davon ausgegangen werden, dass es sich nur um ein medizinisches Weisungsrecht handeln kann, welches mit der Organisation des Einsatzes nichts zu tun hat. Im anderen Extremfall kann auch interpretiert werden, dass der LNA der letztverantwortliche Einsatzleiter ist.

Indirekt kann man über die Themen und Fächer der Ausbildung der Leitenden Notärzte einen Schluss auf den beabsichtigten Verantwortungsumfang ziehen:

1. Lagebeurteilung,
2. Feststellung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes,
3. Sammeln und Sichten von Verletzten,
4. Festlegung von Behandlungsprioritäten,
5. Medizinische Leitung von Sanitätshilfsstellen,
6. Abtransport von Verletzten einschließlich Feststellung der Transportpriorität und des Transportzieles,
7. Beurteilung des Nachschubbedarfs,
8. Ärztliche Beratung der Einsatzleitung,
9. Zusammenarbeit mit anderen Einsatzleitern,
10. Mitarbeit in Evakuierungsangelegenheiten,
11. Mithilfe bei der Panikbewältigung,
12. Einsatzleitung bei Großeinsätzen,
13. Medizinische Dokumentation.

Während die Punkte 1 – 11 der Ausbildung eine deutliche Fokussierung auf medizinische Führungsaufgaben zeigen, wird im Punkt 12 „Einsatzleitung bei Grosseinsätzen“ deutlich, dass von Seiten des Bundesgesetzgebers hier keine einschränkende Vorgabe an die organisationsrechtliche Gestaltung der zuständigen sanitätsdienstlichen Einsatzleitungen gegeben wurde. Damit haben die Landesgesetzgeber bzw. die Rechtsträger in der Frage der sanitätsdienstlichen Einsatzleitung einen doch sehr weit reichenden Gestaltungsspielraum.

Es kann jedoch auch aus dem Punkt 8. „ärztliche Beratung der Einsatzleitung“ und 9. „Zusammenarbeit mit anderen Einsatzleitern“ nicht

der Umkehrschluss gezogen werden, dass der LNA in seinen medizinischen Kernaufgaben einem sanitätsdienstlichen Einsatzleiter unterstellt werden kann. Hier wird der Passus des Weisungsrechtes gegenüber allen am Einsatz beteiligten Ärzten und Sanitätern schlagend werden müssen.

Ein sanitätsdienstlicher Großeinsatz ist immer mit einem übergeordneten Ereignis (Grossveranstaltung, Grossunglück, Terroranschlag, bewaffneter Konflikt, Naturkatastrophe, etc.) verbunden. Im Rahmen dieses umfassenden Ereignisses ist der Sanitäts- und Rettungsdienst nur ein Teilbereich des Gesamteinsatzes. Es ist unbestritten, dass je nach Einsatzschwerpunkt die übergeordnete Leitung des Einsatzes bei der zuständigen Behörde oder dem Veranstalter liegt.⁴⁵ Die Bestimmungen über Beratung und Zusammenarbeit können nur auf die Stellung der Leitenden Notärzte in Bezug auf diese behördlichen Einsatzleitungen oder einem Veranstalter verstanden werden.

Die Zusammenarbeit und Zuständigkeitsabgrenzung zwischen LNA und den Einsatz leitenden Sanitätern ist durch die Landesgesetzgebung und/oder dienstrechtliche Anordnungen und Maßnahmen weiter zu regeln. Da der LNA jedoch über Art und Schwerpunkt des medizinischen Einsatzes, die Behandlungsprioritäten und die Transportorganisation zu entscheiden hat, wird der Schwerpunkt der Leitungsaufgaben, bei rechtskonformer Ausgestaltung der Anordnungen, im sanitäts- und rettungsdienstlichen Bereich beim LNA liegen müssen. Die Personalführung und Organisation der Logistik durch den leitenden Sanitäter wird sich an den vom LNA festgelegten Versorgungsaufgaben und Prioritäten orientieren müssen, was den ev. autonomen Handlungsspielraum eines leitenden Sanitäters weitgehend einschränkt.

⁴⁵ Siehe auch Kap. IX. Dienstrechtliche Aspekte.

3. Wie wird ein LNA lt. berufsrechtlicher Intention grundsätzlich in Funktion gesetzt?

Mit den weit reichenden Kompetenzen und der Verantwortung der Leitenden Notärzte verbunden ist die Frage, wer einen leitenden Notarzt in Funktion setzen kann.

Wie bereits erwähnt, wird in der Literatur zum ÄrzteG davon ausgegangen, dass sich ein LNA nicht selbst in Funktion setzen kann, sondern dies nur durch eine übergeordnete Organisationseinheit bzw. entsprechende landesgesetzlich geregelte Voraussetzungen und Verfahren geschehen kann.⁴⁶

Andreas vertritt die Ansicht, dass es sich dabei um eine Mindermeinung handelt.⁴⁷

Er geht davon aus, dass der örtlich zuständige LNA die Leitung vor Ort übernimmt und bei mehreren Zuständigkeiten die fachliche Qualifikation ausschlaggebend ist.

Die Umsetzung dieser Rechtsmeinung scheint in der Realität schwer praktikabel. Es müsste eindeutig geklärt sein, welcher LNA örtlich zuständig ist. Dies setzt aber eine geklärte Situation voraus, womit der örtlich zuständige LNA wieder vorab in Funktion gesetzt wurde und als LNA im Sinne des Gesetzes organisations- oder dienstrechtlich definiert wird.

Bei tieferer Bearbeitung dieser Fragestellung muss man weitere Ebenen beachten. Zum einen ist zu klären, ob es sich um ein planbares Ereignis handelt wie die Betreuung einer Großveranstaltung, oder ein nicht vorhersehbares Ereignis.

Weiters darf man nicht mehr davon ausgehen, dass Rettungs- und Sanitätsdienst nur von einigen wenigen Organisationen mit vergleichbaren Strukturen betrieben wird. Gerade im großstädtischen Bereich zeigt sich, dass derzeit bis zu sieben Organisationen mit unterschiedlichen Führungsstrukturen am Rettungs- und Sanitätsdienst beteiligt sind und das Modell der reinen örtlichen Zuständigkeit nicht

⁴⁶ Stärker in *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz, S. 156 f.

⁴⁷ *Andreas*, aaO., S. 238 f.

immer eindeutig umsetzbar ist. Eine Klarstellung vorab wird in diesem Fall notwendig sein.

Im Katastrophenfall wird die Einsatzleitung durch die Sicherheitsbehörde unter Führung der Bezirks- bzw. Landeshauptleute gebildet. Ein Tätigwerden im Behördenrahmen kann nicht durch ein selbständiges in Funktion treten einer nicht amtlichen Person erfolgen, sondern wird im Rahmen einer Beleihung bzw. Ernennung erfolgen müssen.

Dem Bundesgesetzgeber und den Bundesbehörden kommen hier in der Regel keine entscheidenden Funktionen zu, so dass aus dem Berufsrecht keine Ermächtigung zum in Funktion treten abgeleitet werden kann.

Entsprechende Rahmenbedingungen und vorbereitende Maßnahmen auch in der personellen Beauftragung sind gem. der Kompetenzregelungen des B-VG durch Landesrecht bzw. daraus folgend auf Gemeindeebene zu regeln.

Anders stellt sich die Situation in der Initialphase eines ungeplanten Großeinsatzes dar. In dieser Phase wird noch keine Einsatzleitung gebildet sein und definierte Führungsfunktionen werden noch nicht vor Ort sein. Auch in dieser Phase des Einsatzes müssen Organisationsaufgaben übernommen werden. Es wird eine erste Abschätzung des Schadensausmaßes getroffen werden müssen, eine erste Gefahrenanalyse durchzuführen sein und es müssen erste räumliche Aufteilungen in Bezug auf Versorgungsstellen und Bewegungslinien getroffen werden.

Diese schwierigen Entscheidungen werden in Bezug auf die medizinischen Maßnahmen von den ersteintreffenden Kräften des Rettungsdienstes wahrzunehmen sein.

Wie bereits zuvor diskutiert, wurde in diesem Zusammenhang der Begriff des „LNA ad interim“ geprägt. Dieser „LNA ad interim“ setzt sich jedoch nicht selbst in Funktion und erklärt sich damit zum medizinischen Vorgesetzten aller weiteren Sanitäts- und Rettungsdienste. Die Funktion des „LNA ad interim“ oder „provisorischen LNA“ ist aus der Versorgungspriorität und der dadurch entstehenden Hilfsnotwendigkeiten ableitbar und in der Regel vom ersteintreffenden Notarzt zu übernehmen.

Die Funktion des regulären LNA muss jedoch von der des „LNA ad interim“ unabhängig betrachtet werden. Während die zweite Funktion durch unvorhersehbare das Ereignis und die damit eingetretene medizinische Notsituation erzwungen wird, ist die Funktion des LNA eine organisatorisch planbare. Die Funktion des „LNA ad interim“ wird im folgenden Abschnitt diskutiert.

Das ÄrzteG hat keine Vorgaben darüber getroffen, ab welcher Schadensschwelle bzw. ab welcher Veranstaltungsgröße ein LNA benannt werden muss oder welche formalen Voraussetzungen für diese Benennung, abgesehen von der gesetzeskonformen Ausbildung, eingehalten werden müssen.

Wie bereits diskutiert, kann aufgrund der Gesetzgebungskompetenz der Länder auf dem Gebiet des Rettungswesens von Seiten des Bundesgesetzgebers hier keine Vorgabe gegeben werden.

4. Funktion des ersten eintreffenden Notarztes im Großschadenfall, „LNA ad interim“, provisorischer LNA.

Es wurde bereits mehrfach ausgeführt, dass sich Großunfälle und Schadensereignisse mit Massenanfall von Verletzten (MANV) nicht im Voraus planen lassen. Somit werden Rettungskräfte anfänglich mit einer chaotischen Situation vor Ort konfrontiert sein.

Von Seiten der technischen Rettung ist in Österreich in den überwiegenden Fällen die Feuerwehr zuständig, für Aufgaben der Sicherheit die Bundespolizei bzw. die zuständigen Sicherheitsbehörden und fallweise für beide Zuständigkeiten das Österreichische Bundesheer im Rahmen einer Assistenzleistung.

Allen zuvor genannten Organisationen gemeinsam ist eine festgelegte strenge hierarchische Gliederung mit Zuweisung von Führungsaufgaben und Verantwortlichkeiten.

In der Abwicklung eines großen Einsatzgeschehens wird die Führung geordnet an den hierarchisch nächsthöheren Funktionsträger abgegeben.

Auf rettungsdienstlicher Seite ist die Situation nicht so einfach zu lösen. Die historisch bedingte faktische Monopolstellung des Roten Kreuzes im Rettungsdienst wird zunehmend durch Konkurrenz verdrängt.

Gerade in Großschadenssituationen kommen daher, wie bereits erwähnt, mehrere Rettungsorganisationen mit unterschiedlicher Gliederung zum Einsatz. Den militärähnlich aufgebauten Führungsstrukturen von Rotem Kreuz und Arbeiter-Samariterbund (ASB) stehen Organisationen wie die Johanniter-Unfallhilfe (JUH), der Malteser-Hospitaldienst (MHD), das Grüne Kreuz (GK), der Sozialmedizinische Dienst (SMD), die Österreichische Wasserrettung (ÖWR) und in Wien die Magistratsabteilung 70 – Wiener Rettung gegenüber, die derartige Gliederungen nicht in dieser paramilitärischen Ausprägung kennen.

Am Schadensplatz tätige Ärzte sind zumeist gar nicht in die Gliederung eingebunden wie etwa niedergelassene Ärzte oder Sprengel-/Gemeindeärzte bzw. bisher de facto nur auf Basis eines freien Dienstvertrages tätig (Notärzte) oder werden von einem Spitalsträger gestellt.

Es kann daher nicht uneingeschränkt auf interne Ablaufschemata und Organisations- bzw. Dienstvorschriften der einzelnen Rettungsorganisationen vertraut werden, sondern es muss bei nicht ausreichender rechtlicher Regelungsdichte auf internationale Gepflogenheiten ausgewichen werden.

International ist vorgesehen, dass in diesem Fall das erste eintreffende Rettungsteam die Führung und anfängliche Organisation vor Ort zu übernehmen hat, bis der örtlich zuständige Einsatzleiter des Rettungsdienstes eintrifft.

Derselbe Grundsatz trifft auch auf den ersten eintreffenden Notarzt zu.⁴⁸

Im Idealfall ist für den Rettungsdienst ein LNA von der zuständigen Behörde oder dem vertraglich zuständigen Rettungsdienstleister benannt, der in Folge die Funktion regulär übernimmt.

Wie bereits ausführlich diskutiert, würde die Konzentration auf die Versorgung des nächsten greifbaren Verletzten durch das erste

⁴⁸ *Hitzenstern, Ulrich v. Hrsg.*, Notarztleitfaden (1996) S. 40, Großschadensfall.

Rettungsteam zu einem protrahierten Chaos mit ev. zusätzlicher Verlagerung dieses chaotischen Zustandes in das nächste erreichbare Krankenhaus und prognostiziert zu einer weit größeren Zahl an Patienten mit Spätschäden oder gar zusätzlichen Todesopfern führen.

Das ersteintreffende Rettungsteam und hier vor allem der Notarzt ist daher angehalten und im Sinne der zuvor diskutierten Rechtsansicht auch verpflichtet diese erste medizinische Führungs- und Koordinationsaufgabe zu übernehmen.

Diese Rechtsmeinung ist nicht unumstritten, da eine auf dem § 49 Abs. 2 ÄrzteG begründete Rechtsauffassung darin besteht den ärztlichen Beruf unmittelbar auszuüben und Organisationsaufgaben nicht der unmittelbaren ärztlichen Berufsausübung entsprechen.⁴⁹ Nach diesem Ansatz hätte der Arzt dem nächsten hilfeschreitenden Opfer beizustehen, ungeachtet der weiteren möglichen Patienten am Schadensplatz. Diesem Ansatz ist entgegenzuhalten, dass damit im Schadensraum ein Ressourcenkampf um medizinische Versorgungsleistungen, geführt durch die noch bewegungs- und artikulationsfähigen Opfer, vorgezeichnet wird. Es wird damit den zum Teil schwer geschädigten Opfern eine Verantwortung aufgebürdet, die sie in dieser Ausnahmesituation nicht tragen können.

Im Sinne der Garantenstellung haben diese anfänglich nur beschränkt verfügbaren medizinischen Ressourcen Notärzte und Sanitäter der Rettungsdienste sicherzustellen und bestmöglich einzusetzen.

Um einen bestmöglichen Einsatz ärztlicher Ressourcen zu ermöglichen, wurden bereits in den folgenden Absätzen des § 49 ÄrzteG Bestimmungen normiert, die dem Umstand Rechnung tragen, dass der Arzt nicht jede medizinische Handlung selbst durchführen kann. Er kann sich daher Hilfspersonen bedienen und er kann einzelne Maßnahmen an

⁴⁹ § 49 Abs. 2 ÄrzteG 1998: Der Arzt hat seinen Beruf persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten auszuüben. Zur Mithilfe kann er sich jedoch Hilfspersonen bedienen, wenn diese nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen Aufsicht handeln.

entsprechend legitimierte Gesundheitsberufe (z.B. Notfallsanitäter mit Notkompetenzen) delegieren.⁵⁰

Der Sorgfaltsmaßstab der für die Tätigkeit dieses „LNA ad interim“ herangezogen wird, muss jedoch dem Ausbildungsstand und der Erfahrung des Notarztes angepasst werden, da die entsprechende Führungsausbildung nicht vorausgesetzt werden kann.⁵¹

Die Frage, ob diese interimistische Führung an einen später eintreffenden Notarzt mit entsprechender Ausbildung, der jedoch nicht offiziell mit der Funktion LNA betraut ist, abgegeben werden muss, kann nur aus der Situation vor Ort geklärt werden. In diese Entscheidung müssen die Führungsfähigkeiten und Kenntnisse des primären LNA ad interim, sowie der eintretende Informationsverlust durch mehrmalige kurzfristige Führungswechsel und der damit verbundene zwangsläufig lückenhafte Informationstransfer einfließen.

Bei fehlenden organisations- bzw. dienstrechtlichen Bestimmungen über einen LNA vor Ort, kann ein „LNA ad interim“ seinen Führungsanspruch nur über die Festlegung der notfallmedizinischen Behandlungs- und/oder Transportprioritäten durchsetzen. In der Regel wird dies an einem Schadensort mit hauptsächlich medizinisch- und feuerwehrtechnischen Schwerpunkten keinen großen Unterschied machen. Gegenüber Sanitätspersonal werden notfallmedizinisch bzw. katastrophenmedizinisch begründete Entscheidungen auch leicht durchsetzbar sein, da Sanitäter an medizinische Entscheidungen der Ärzte vor Ort weitgehend gebunden sind.

Schwierig kann die Durchsetzung des Führungsanspruches gegenüber ärztlichen Kollegen sein, da diese bei fehlenden dienst- bzw. organisationsrechtlichen Regelungen nur im Rahmen ihrer selbständigen und eigenverantwortlichen Berufsausübung tätig werden. Hier kann nur die notfallmedizinische Überzeugungskompetenz des „LNA ad interim“

⁵⁰ § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998: Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung. Die ärztliche Aufsicht entfällt, sofern die Regelungen der entsprechenden Gesundheitsberufe bei der Durchführung übertragener ärztlicher Tätigkeiten keine ärztliche Aufsicht vorsehen.

⁵¹ *Hellwagner in Radner aaO.*, S. 107.

und die Anerkennung des internationalen Grundsatzes des ersteintreffenden Notarztes wirksam werden, da eine Weisungsbindung ex lege nur einem offiziellen LNA gegenüber bestehen kann.

Trotz der zuvor diskutierten rechtlichen Beurteilung über den § 48 ÄrzteG wird ein „LNA ad interim“ auf einer bis dato unsicheren, da nicht ausjudizierten Grundlage handeln.

IV. Landesgesetzliche Regelungen

Der bundesgesetzlichen Verankerung der Ausbildung und grundsätzlichen Kompetenzen des LNA im ÄrzteG, steht die organisationsrechtliche Ausgestaltung dieser Funktion auf Landesebene gegenüber. Es kann jedoch der Aufarbeitung der Gesetzeslage in den einzelnen Bundesländern vorweggenommen werden, dass die landesgesetzliche Umsetzung des Konzeptes „Leitender Notarzt“ in der Regel nicht erfolgt.

Burgenland:

Im Burgenländischen Landesrettungsgesetz (Gesetz vom 5. Dezember 1995 über das Rettungswesen – Burgenländisches Rettungsgesetz 1995)⁵² wird eine Zuständigkeit des Landes für den Notarztrettungsdienst normiert.⁵³ Die Funktion eines LNA wird nicht in das Landesrecht übernommen.

Das Land kann zur Erbringung dieser Leistung anerkannte Rettungsorganisationen beauftragen.

Gemäß Landesrettungsgesetz hat die Landesregierung eine Durchführungsverordnung zu erlassen, die Einzelheiten wie Struktur und Ausbildungen im Bereich des Rettungsdienstes regelt.⁵⁴

In dieser Verordnung wird in § 13 (Leitstelle) und § 16 (Rettungsdienststelle) eine Medizinische Leitung bzw. ein ärztlicher Dienst normiert. Diese sind durch einen Arzt wahrzunehmen, diesem

⁵² Burgenländisches LGBl. Nr. 30/1996

⁵³ § 5 Abs. 3 leg. cit.: Unter Notarztrettungsdienst versteht man eine ärztliche Tätigkeit, die die notwendige notärztliche Versorgung von verletzten oder erkrankten Personen sicherstellt. Notärztliche Versorgung ist die unmittelbare, dringende, durch besonders geschulte Notärztinnen und Notärzte vorzunehmende medizinische Versorgung solcher Personen wegen einer akuten lebensbedrohenden Gesundheitsgefährdung. Dabei sind bedarfsorientiert geeignete Rettungstransportmittel – wie Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge oder Notarzhubschrauber – einzusetzen.

⁵⁴ Burgenländisches LGBl. Nr. 44/2007 Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 3. Juli 2007, mit der Richtlinien für den Rettungs- und Notarzdienst erlassen werden.

obliegt aber lediglich beratende Funktion in Bezug auf Vorschriften, Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals.

Aufgrund der ausdrücklich formulierten beratenden Funktion kann dieser Arzt ex lege keine verbindlichen Anordnungen treffen. Es wird auch keine spezielle Qualifikation dieses Arztes gefordert. Aufgrund der bundesgesetzlichen Bestimmung im ÄrzteG 1998 idgF. sollte jedoch davon ausgegangen werden, dass die Qualifikation Notarzt vorausgesetzt werden kann.

In unter Bgdl. LGBl. Nr. 44/2007, kundgemachten Durchführungsverordnung wird für die Betreiber von Notarztstützpunkten ein medizinisch verantwortlicher ärztlicher Leiter vorgeschrieben. Auch für diese Leitungsfunktion ist keine besondere Qualifikation vorgesehen. Aufgrund des systematischen Zusammenhanges kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Verordnungsgeber die Mindestqualifikation Notarzt vorgesehen hat.

Eine Bestimmung über Benennung, Einsatzschwelle und Verantwortlichkeiten von Leitenden Notärzten ist in der Durchführungsverordnung jedoch nicht zu finden.

Das burgenländische Veranstaltungsgesetz⁵⁵ gibt im § 19 der Veranstaltungsbehörde die Möglichkeit bei Erforderlichkeit einen ärztlichen Bereitschafts- oder Präsenzdienst mit den erforderlichen Hilfsmitteln vorzuschreiben.

Eine besondere Qualifikation der während einer Veranstaltung tätigen Ärzte wird durch das Gesetz nicht vorgesehen. Es kann aber im Sinne der ratio legis davon ausgegangen werden, dass es sich um Notärzte handeln muss. Keinerlei Aussage wird über die Erforderlichkeit einer medizinischen Einsatzleitung bzw. eines LNA bei Großveranstaltungen mit entsprechendem Gefahrenpotential getroffen. Der verpflichtende Einsatz von Sanitätern wird nicht gesetzlich normiert, es wird jedoch die

⁵⁵ LGBl. Nr. 2/1994 idF. LGBl. Nr. 7/2010

Möglichkeit geschaffen mit der Abwicklung des ärztlichen Dienstes eine Rettungsorganisation wie zum Beispiel das Rote Kreuz zu betrauen.

Im Katastrophenhilfegesetz (Gesetz vom 18. November 1985 über die Abwehr und Bekämpfung von Katastrophen) in der Fassung LGBl. Nr. 83/2009 wird ebenfalls kein Bezug auf die Funktion eines Leitenden Notarztes genommen.

Rettungsdienste werden im § 7 Abs 1 und 2 des Katastrophenhilfegesetzes als Teil des Katastrophenhilfendienstes benannt, jedoch wird keine Aussage über die Führungsverantwortlichkeiten getroffen.

Gemäß § 18 und § 19 des burgenländischen Katastrophenhilfegesetzes liegen die Kompetenzen zur Ausrufung einer Katastrophe und die Einsatzleitung beim Leiter der Bezirksverwaltungsbehörde.

Im § 19 Abs. 4 des Katastrophenhilfegesetzes wird eine Unterstellung der Einsatzleiter der Feuerwehr, der Rettungsdienste und sonstiger Hilfsdienste unter die Bezirkseinsatzleitung verfügt. § 19 Abs. 5 lässt es dem Einsatzleiter der Bezirksverwaltungsbehörde offen einen Führungsstab aus fachlich geeigneten Persönlichkeiten zu bilden. Hier könnte sich die Bezirksverwaltungsbehörde auch der Kenntnisse eines zum Leitenden Notarzt ausgebildeten Arztes bedienen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Land Burgenland die Funktion des LNA nicht explizit in die relevanten landesgesetzlichen Bestimmungen übernommen hat.

Die Landesgesetzgebung trifft auch keine Abstufung zwischen Katastrophe und Unfällen mit Massenanfall von Verletzten (MANV). Damit wird die Organisation der Abwicklung von Großunfällen unterhalb der nicht genau definierten Katastrophenschwelle der internen Organisationsstruktur der Rettungsdienste überlassen.

Eine Mitwirkung von Ärzten in der Führungsstruktur der Rettungsdienste (Leitstellen und Personal) wird gemäß den Richtlinien für den Rettungs-

und Notarztdienst⁵⁶ lediglich in beratender und überwachender Funktion vorgeschrieben. Es ist jedoch den entsprechenden Bestimmungen zu entnehmen, dass die medizinische Verantwortung diesen Ärzten obliegt. Es handelt sich daher bei den vorgenannten Funktionen eindeutig um medizinische (Anm.: eigentlich ärztliche) Leitungsfunktionen in einem organisierten Notarztdienst. Die Qualifikation LNA im Sinne des ÄrzteG idGF. wäre somit eindeutig zu fordern.

Kritikwürdig erscheinen auch die Bestimmungen des bgl. Veranstaltungsgesetzes, da auf die unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkte von (Not-) Ärzten und Sanitätern nicht eingegangen wird. Die fachlich korrekte Abwicklung der Rettungs- und Bergetechnik ist Schwerpunkt des Berufsbildes der Sanitäter. Die Abwicklung einer präklinischen Notfallsituation setzt damit das Zusammenwirken von (Not-) Ärzten und Sanitätern voraus. Diese notwendige Zusammenarbeit im Rahmen der Berufsbilder wird vom bgl. Veranstaltungsgesetz nicht abgebildet. Eine koordinierende medizinische Einsatzleitung bei Großveranstaltungen, die den Einsatz von mehreren (Not-) ärztInnen notwendig macht wird ebenfalls dem allfällig freien Ermessen der Veranstaltungsbehörde überlassen.

Somit wird in der burgenländischen Rechtslage der auf bundesgesetzlicher Ebene vorgegebene berufsrechtliche Rahmen nicht im vorgegebenen Umfang abgebildet.

Kärnten:

Im Gesetz vom 9. Juli 1992 über die Förderung anerkannter Rettungsorganisationen (Kärntner Rettungsdienst-Förderungsgesetz - K-RFG)⁵⁷ werden notärztliche Maßnahmen nicht erwähnt. Die Aufgabe der

⁵⁶ Burgenländisches LGBl. Nr. 44/2007

⁵⁷ Kärntner LGBl. Nr. 96/1992 idF. LGBl. Nr. 32/2008

Hilfs- und Rettungsdienste ist es Personen einer ärztlichen Hilfe zuzuführen. Die Zuführung notärztlicher Hilfe an den Notfallort ist in Kärnten gesetzlich nicht verbindlich vorgesehen. Im § 3 K-RFG wird auch die „Erste-Hilfeleistung“ bei Veranstaltungen als Aufgabe der Hilfs- und Rettungsdienste definiert.

Das Kärntner Veranstaltungsgesetz (K-VAG 1997)⁵⁸ ermächtigt die Veranstaltungsbehörde im § 19 Abs 5 einen ärztlichen Präsenzdienst vorzuschreiben, den der Veranstalter selbst oder eine befugte Organisation bereitzustellen hat.

Gesetzliche Vorgaben über die notwendige Stärke oder eine medizinischen Einsatzleitung durch einen LNA werden nicht getroffen. Es wird auch keine Aussage über den Einsatz und die notwendige Stärke von Sanitätspersonal getroffen.

Das Gesetz vom 26. Juni 1980 über Maßnahmen zur Bekämpfung von Katastrophenfolgen (Kärntner Katastrophenhilfegesetz - K-KHG)⁵⁹ stellt fest, dass bei Erstellung des Katastrophenschutzplanes eines Bezirkes die ansässigen Rettungsorganisationen zu hören sind. Da über die Gliederung einer Rettungsorganisation bzw. die notwendigen Funktionsträger in der Kärntner Landesgesetzgebung keine Aussage getroffen wird, ist unklar wer hier und vor allem mit welcher Qualifikation den fachlichen Input zu geben hat.

Ein leitender Notarzt kann allenfalls vom Bezirkshauptmann in der Bildung des Katastrophenstabes durch entsprechend qualifizierte Fachleute beigezogen werden. Eine Verpflichtung, die medizinische Leitung durch einen LNA durchführen zu lassen, besteht in der Kärntner Rechtslage nicht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Kärntner Gesetzeslage weder eine verpflichtenden Notarztendienst noch eine Verankerung des Leitenden Notarztes kennt.

⁵⁸ Kärntner LGBl. Nr. 95/1997

⁵⁹ Kärntner LGBl. Nr. 66/1989 idF. LGBl. Nr. 77/2005

Kritikwürdig erscheinen auch die Vorschriften bezüglich der notfallmedizinischen Absicherung von Großveranstaltungen, die sich rein auf einen verpflichtenden ärztlichen Präsenzdienst, ohne verpflichtende Unterstützung durch Sanitäter, beschränkt. Eine medizinische Einsatzleitung ist nicht vorgesehen.

Die offene Formulierung der Anhörung der Rettungsorganisationen bei Erstellung des Katastrophenplanes stellt keine qualitätssichernde Maßnahme dar, da eine Stellungnahme auf Vereinsebene durch Funktionäre mit oft eingeschränkter fachlicher Ausbildung erfolgen kann.

Der auf Bundesebene berufsrechtlich vorgegebene Rahmen im Bereich des Rettungsdienstes wird durch die Kärntner Landesgesetzgebung nicht abgebildet.

Niederösterreich:

Der Notarztrettungsdienst ist gemäß dem Niederösterreichischem Rettungsdienstgesetz⁶⁰ dem überregionalen Rettungsdienst zugeordnet, für den das Land Niederösterreich die Verantwortung zur Sicherstellung trägt. In Umsetzung dieser Landesverantwortung wurden in Niederösterreich 28 bodengebundene Notarztrettungsmittel geschaffen und 3 Notarztthubschrauber des ÖAMTC in den Dienst gestellt.⁶¹ Über „144-Notruf Niederösterreich“ wurde auch eine Vereinheitlichung der Leitstellen durchgeführt.

Eine verpflichtende (not)ärztlich-notfallmedizinische Qualitätskontrolle oder Leitung ist weder für den Rettungsdienstbetreiber noch für die Leitstellen landesgesetzlich vorgesehen.

Im Rahmen der Katastrophenhilfe ist dem Einsatzleiter gemäß § 6 Abs 3 freie Hand in der Bestellung der Leiter der einzelnen Hilfsdienste eingeräumt.⁶² Es besteht keine Verpflichtung, bei medizinisch relevanten Ereignissen einen LNA beizuziehen. In beiden gesetzlichen Regelungen

⁶⁰ NÖ LGBl. Nr. 4030-0 idF. LGBl. Nr. 4030-3

⁶¹ www.144.at

⁶² NÖ LGBl. 4450-0 idF. LGBl. 4450-5

ist auch keine Abstufung zwischen Großunfall mit MANV⁶³ und Katastrophe zu finden, so dass auch nicht eindeutig geklärt ist, ab wann die behördliche Einsatzleitung zum Tragen kommt.

Im Wirkungsbereich des NÖ-Veranstaltungsgesetzes⁶⁴ wird im § 5 Z 9 leg. cit. im Zuge der Anmeldung einer Veranstaltung die Vorlage u.a. eines sicherheits-, brandschutz- und rettungstechnischen Konzeptes gefordert, welches einen störungsfreien Ablauf der Veranstaltung gewährleistet.

Es werden keine weiteren Vorgaben zu diesem Konzept getroffen. Die Bestellung einer medizinischen Einsatzleitung mit LNA wird durch diese Bestimmung nicht gefordert, wäre aber durchaus möglich.

Zusammenfassend hat das Land Niederösterreich einige vorbildliche Ansätze in Bezug auf den Notarztrettungsdienst geschaffen und diesen flächendeckend umgesetzt. Trotzdem bleiben einige Kritikpunkte bestehen.

Der Umgang mit Großunfällen unterhalb der Katastrophenschwelle bleibt den anerkannten Rettungsdiensten weitgehend freigestellt, es ist auch nicht klar geregelt, ab welcher Schwelle das Katastrophenhilfegesetz anwendbar ist. Bis auf die Mitarbeit im Rahmen der Notarztmittel ist der bundesgesetzliche Rahmen im Bezug auf die verpflichtende ärztliche Aufsicht über die Rettungsorganisationen und den LNA in den Landesgesetzen nicht abgebildet.

Auch im Rahmen von Großveranstaltungen mit Einsatz mehrerer (Not-) Ärzte wird die Gestaltung des rettungstechnischen Konzeptes ohne weitere qualitätsichernde Vorgaben den Veranstaltern überlassen. Der Einsatzrahmen von LNA bleibt daher auch bei entsprechenden Großveranstaltungen in NÖ völlig offen bzw. im freien Ermessen der Veranstaltungsbehörde.

⁶³ Massenansturm von Verletzten

⁶⁴ NÖ LGBl. 7070-0

Oberösterreich:

Im OÖ-Rettungsgesetz 1988⁶⁵ wird als Aufgabe des örtlichen Rettungsdienstes im § 1 Abs 2 u.a. bestimmt, dass Personen, die eine erhebliche Gesundheitsstörung erlitten haben, mittels geeigneter Verkehrsmittel einer Krankenanstalt oder sonst der ärztlichen Versorgung zuzuführen sind. Weiterführende Bestimmungen über die Einrichtung eines notärztlichen Rettungsdienstes werden im OÖ-Rettungsgesetz nicht getroffen. Es gibt auch keinerlei landesgesetzliche Bestimmungen über die Vorgangsweise bei Großunfällen.

Eine Abstufung zwischen Katastrophe und Großunfall mit MANV bzw. entsprechende Einsatzschwellen wird nicht gesetzlich geregelt. In den Begriffsbestimmungen des § 2 Z 1 des OÖ-Katastrophenschutzgesetzes (OÖ KatschG) wird eine Katastrophe definiert als - ‚jedes durch elementare, technische oder sonstige Vorgänge ausgelöste, bereits eingetretene oder drohende Ereignis, das geeignet ist, in großem Umfang Personen- oder Sachschäden oder Schäden für die Umwelt zu bewirken und zu deren Abwehr und Bekämpfung organisierte Maßnahmen erforderlich sind.‘

Eine Besonderheit des OÖ KatschG ist die Definition des Einsatzstabes. Als Stab wird gem. § 2 Z 4 – ‚eine organisatorisch zusammengefasste Personengruppe zur Beratung und Unterstützung der Einsatzleiter oder Einsatzleiterinnen bei Wahrnehmung der Führungsaufgaben‘-, normiert. Wer diesem Stab anzugehören hat wird nicht näher bestimmt. Es wird auch im OÖ KatschG keine Aussage über einen allfällig zu bestellenden LNA getroffen. Eine geeignete Persönlichkeit kann allenfalls nach Ermessen der behördlichen Einsatzleitung beigezogen werden.

Gemäß den Bestimmungen des § 7 Abs. 3 des OÖ-Veranstaltungssicherheitsgesetzes⁶⁶ kann die Veranstaltungsbehörde Vorschriften über die Einrichtung eines ärztlichen Präsenzdienstes, sowie Vorschriften über die Verfügbarkeit eines allgemeinen oder

⁶⁵ OÖ LGBl. Nr. 27/1988 idF. LGBl. Nr. 13/2010

⁶⁶ OÖ LGBl. Nr. 78/2007

besonderen Hilfs- und Rettungsdienstes im Sinne des § 1 OÖ Rettungsgesetzes treffen.

Auffällig ist auch in der oberösterreichischen Gesetzeslage⁶⁷, dass nur ein ärztlicher und nicht ein notärztlicher Präsenzdienst gefordert wird. Im Sinne einer teleologischen Auslegung der Gesetzeslage wird aber von einem notärztlichen Präsenzdienst auszugehen sein. Eine Unterstützung des ärztlichen Präsenzdienstes durch Sanitäter oder die Betrauung eines medizinischen Einsatzleiters (LNA) bei entsprechender Veranstaltungsgröße wird nicht normiert.

Zusammenfassend bildet auch die oberösterreichische Gesetzeslage die Vorgaben der bundesgesetzlichen Bestimmungen nicht in der Landesgesetzgebung ab. Weder wird die vorgesehene ärztliche Aufsicht über die Tätigkeit des Sanitätspersonals in das OÖ-Rettungsgesetz übernommen, noch finden die bundesgesetzlichen Bestimmungen über den LNA Eingang in die gesetzliche Regelung des Katastrophenschutzes bzw. der notfallmedizinischen Betreuung von Veranstaltungen.

Salzburg:

In Salzburg wird das Rettungswesen im Gesetz vom 8. Juli 1981 über das örtliche Hilfs- und Rettungswesen im Lande Salzburg (Salzburger Rettungsgesetz) geregelt.⁶⁸ In § 1 Abs. 2 des Salzburger Rettungsgesetzes wird als Aufgabe des Rettungsdienstes in typischer Weise normiert, Personen, die eine erhebliche Gesundheitsstörung erlitten haben, Erste-Hilfe zu leisten, sie transportfähig zu machen und sie unter sachgerechter Betreuung mit geeigneten Verkehrsmitteln in eine Krankenanstalt u. dgl. zu befördern oder ärztlicher Versorgung zuzuführen.

Im § 5b des Salzburger Rettungsgesetzes schafft sich das Land die Möglichkeit im Rahmen einer Verordnung weitere Vorschriften über die ordnungsgemäße Besorgung der Aufgaben des Hilfs- und

⁶⁷ ähnlich der vorab zitierten veranstaltungsgesetzlichen Regelungen.

⁶⁸ Salzburger LGBl. Nr.78/1981 idF. LGBl. Nr. 114/2003

Rettungsdienstes sowie die dazu erforderliche Ausstattung zu erlassen. Im § 5c wird auch der notärztliche Zuständigkeitsbereich geregelt und ein Notfalltransport definiert; der die notärztliche Versorgung am Notfallort und den Transport von verletzten, erkrankten oder vergifteten Personen, bei denen lebensbedrohliche Störungen der lebenswichtigen Funktionen eingetreten sind, eintreten drohen oder vorhersehbar eintreten können (Notfallpatienten), und zwar im Liegen, umfasst.

In der aufgrund des § 5b des Salzburger Rettungsgesetzes erlassenen Salzburger Rettungsverordnung⁶⁹ werden sehr detaillierte Bestimmungen über Mindestausbildungserfordernisse des Personals, der Fahrzeugbesetzung und Ausstattung der Rettungs- und Krankentransportfahrzeuge erlassen.

Obwohl mehrfach auf Bestimmungen des SanG im Rahmen dieser Verordnung verwiesen wird, finden sich keine mit dem SanG korrespondierenden Bestimmungen über die Organisation der ärztlichen Aufsicht über Rettungsorganisationen.

Im Salzburger Veranstaltungsgesetz wird der Behörde die Möglichkeit eingeräumt bei Bedarf einen ärztlichen Präsenzdienst vorzuschreiben. Auffällig ist auch hier, dass die Qualifikation Notarzt im Salzburger Veranstaltungsgesetz nicht explizit gefordert wird, aber anzunehmen ist. Es fehlt auch im Salzburger Veranstaltungsgesetz die Vorschrift für geeignetes Sanitätspersonal vor Ort zu sorgen. Allenfalls kann aus der Formulierung ‚...einen ärztlichen Permanenzdienst mit den nötigen Hilfsmitteln einzurichten...‘ die Verpflichtung zur Beistellung von Sanitätspersonal entnommen werden.

Eine ärztliche Koordination mittels LNA bei einer Großveranstaltung ist ebenfalls nicht vorgesehen.

Im Katastrophenhilfegesetz⁷⁰ wird der Begriff mit ‚durch elementare oder technische Vorgänge ausgelöstes Ereignis, dessen Folgen in großem Umfang Menschen oder Sachen gefährden‘ umschrieben. Großunfälle

⁶⁹ Salzburger LGBl. Nr. 72/2001 idF. LGBl. Nr. 114/2003

⁷⁰ Salzburger LGBl. Nr. 3/1975 idF. LGBl. Nr. 50/2006

werden durch diese Definition nicht erfasst.

Einrichtungen und Einheiten des Roten Kreuzes sind automatisch Teil des Katastrophenhilfsdienstes, andere Rettungsorganisationen oder Einrichtungen finden nicht explizit Erwähnung.

Ärztliche Unterstützung der Einsatzleitung nach Salzburger Katastrophenhilfegesetz durch einen Leitenden Notarzt ist nicht vorgesehen und findet auch im entsprechenden Beirat keine Erwähnung.

Zusammenfassend wird auch in den landesgesetzlichen Bestimmungen des Landes Salzburg der bundesgesetzliche Rahmen über die leitende notärztliche Beteiligung am Rettungsdienst bzw. Katastrophenhilfsdienst nicht abgebildet. Diskussionswürdig erscheint auch die fehlende klare organisationsrechtliche Regelung der im SanG vorgesehenen ärztlichen Aufsicht über die medizinischen Tätigkeiten der Rettungsdienste.

Steiermark:

Das Steiermärkische Rettungsdienstgesetz⁷¹ normiert typischerweise als Aufgabe des Rettungsdienstes im § 2 Abs. 1 Z 1: ‚Personen, die sich in Lebensgefahr oder in einer akut gesundheitsgefährdenden Lage befinden, unter Anwendung von Maßnahmen der qualifizierten Ersten Hilfe und Sanitätshilfe, einschließlich diagnostischer und therapeutischer Verrichtungen und Rettungstechniken ärztlicher Versorgung zuzuführen.‘

Im Abs. 6 wird die Zuständigkeit des Landes für den überörtlichen Rettungsdienst normiert und der Notarztrettungsdienst als Teil dieses vom Land sicherzustellenden Bereiches des Rettungsdienstes bestimmt. Das Land muss den Notarztrettungsdienst nicht selbst durchführen, sondern kann mittels Vertrages einen Rechtsträger mit der Durchführung dieses Dienstes beauftragen.

Im § 2 Abs. 1a Z 4 wird anerkannten Rettungsdiensten die Bestellung eines ärztlichen Leiters zur Wahrnehmung der medizinischen Belange des Rettungsdienstes vorgeschrieben. Die im SanG vorgeschriebene

⁷¹ Steiermärkisches LGBl. Nr. 20/1990 idF. LGBl. Nr. 55/2009

allgemeine ärztliche Aufsicht über die Tätigkeit der Sanitäter und die damit beabsichtigte ärztliche Qualitätskontrolle ist damit auch auf landesgesetzlicher Ebene gewährleistet.

Im Steiermärkischen Katastrophenschutzgesetz⁷² wird auf die Mitwirkung von Ärzten im Rahmen der Einsatzleitung nicht Bezug genommen. Im Rahmen der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 4. Dezember 2000 über Vorbereitungsmaßnahmen zur Abwehr und Bekämpfung von Katastrophen⁷³ wird im § 2 Abs. 1 normiert, dass der behördliche Einsatzleiter aus Personen, die wegen ihrer Kenntnisse und Erfahrungen in besonderem Maße befähigt sind, auf dem Gebiet des Katastrophenschutzes tätig zu sein, eine Einsatzleitung zu bilden hat.

Weiters ist im Rahmen des Katastrophenschutzplanes die Anzahl der gemäß § 40 ÄrzteG ausgebildeten Leitenden Notärzte namentlich zu erfassen.

Daraus ist der Schluss zulässig, dass im Rahmen medizinischer Schwerpunkte einer Katastrophe im Sinne des Steiermärkischen Katastrophenschutzgesetzes Leitende Notärzte im Rahmen der Bildung einer Einsatzleitung herangezogen werden müssen.

Das Steiermärkische Veranstaltungsgesetz⁷⁴ legt über die Einrichtung eines ärztlichen Permanenzdienstes oder eines Sanitätsdienstes keine Vorschriften fest. Die Veranstaltungsbehörde ist daher nicht unbedingt verpflichtet einen derartigen Dienst vorzuschreiben.

Zusammenfassend bildet die Steiermärkische Landesgesetzgebung die bundesgesetzlichen Rahmenvorgaben im Bereich des Rettungsdienstes in weiten Bereichen ab. Für den normierten ärztlichen Leiter eines Rettungsdienstes ist keine besondere Qualifikation vorgesehen. Da es

⁷² Steiermärkisches LGBl. Nr. 62/1999 idF. LGBl. 56/2006

⁷³ Steiermärkisches LGBl. Nr. 80/2000

⁷⁴ Steiermärkisches LGBl. Nr. 192/1969 idF. LGBl. 13/2010

sich aber um eine „leitende notärztliche Tätigkeit“ handelt wird die Qualifikation LNA zu fordern sein.

Im Fall der Aufgaben und Stellung der Leitenden Notärzte ist durch die einzige Verankerung im Rahmen des Katastrophenschutzplanes nur eine sehr vage Festlegung getroffen worden.

Kritikwürdig erscheint der Verzicht auf Normierung einer ärztlichen und sanitätsdienstlichen Versorgung im Rahmen von genehmigungspflichtigen Veranstaltungen. Es ist damit der Veranstaltungsbehörde kein Rahmen bzw. Gefahrenpotential vorgegeben, ab dem sie einen derartigen Dienst vorzuschreiben hat, was theoretisch auch die Genehmigung von Großveranstaltungen ohne sanitätsdienstliche und notfallmedizinische Versorgung bzw. Absicherung möglich macht.

Tirol:

Das Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009⁷⁵ regelt sowohl den Krankentransport als auch die Notfallrettung. Die notärztliche Beteiligung wird im § 3 Abs. 1 in Abhängigkeit von den medizinischen Erfordernissen normiert. Das Land Tirol kann mit der Durchführung der Notfallrettung mittels Vertrages Rettungsorganisationen oder andere Organisationen betrauen, die über die entsprechende Eignung und technische Leistungsfähigkeit verfügen. Weiters kann das Land Tirol gem. § 3 Abs. 5 zur Sicherstellung der notärztlichen Versorgung auch Verträge mit den Trägern von Krankenanstalten über die Mitwirkung von Notärzten an der Notfallrettung abschließen.

Die mit der Notfallrettung betrauten Organisationen haben gem. § 5 Tiroler Rettungsdienstgesetz mit der zentralen Landesleitstelle⁷⁶ zusammenzuarbeiten und Einsatzaufträge entgegen zu nehmen.

Als Aufsichtsorgan über die Notfallrettung ist gem. § 6 Tiroler Rettungsdienstgesetz ein „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst“ zu bestellen,

⁷⁵ Tiroler LGBl. Nr. 69/2009

⁷⁶ Leitstelle Tirol Gesellschaft mbH.

dessen Aufgabe die Sicherung der Qualität der Leistungen des öffentlichen Rettungsdienstes ist. Dieser Ärztliche Leiter Rettungsdienst darf weder einer Rettungseinrichtung noch der Leitstelle Tirol durch Mitgliedschaft oder Dienstverhältnis angehören. Als Vertreter ist ein Amtsarzt gemäß Geschäftseinteilung des Amtes der Tiroler Landesregierung zu bestellen.

Als medizinisch-fachliche Qualifikation sind neben der Befugnis zur selbständigen Berufsausübung als Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin nur ausreichende notfallmedizinische Kenntnisse, sowie eine jeweils fünf Jahre umfassende klinische Praxis, sowie Einsatzerfahrung als Notarzt im Rettungsdienst erforderlich. Die Qualifikation „Leitender Notarzt“ gem. § 40 Abs. 8 ÄrzteG wird für den ärztlichen Leiter Rettungsdienst oder dessen Vertreter gesetzlich nicht gefordert. Der ärztliche Leiter Rettungsdienst wird auf 5 Jahre bestellt, ein Verlust der Tätigkeitsbezeichnung Notarzt, die bei fehlendem Fortbildungsnachweis erfolgt, führt nicht ex lege zur Beendigung der Stellung als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst.⁷⁷ Eine mögliche Austiegsklausel wurde unbestimmt mit dem Verlust der ausreichenden notfallmedizinischen Kenntnisse formuliert.⁷⁸ In den erläuternden Bemerkungen zum Gesetzesentwurf der Tiroler Landesregierung wird darauf hingewiesen, dass das im Gesetzestext taxativ angeführte Anforderungsprofil dem Umstand Rechnung trägt, dass die Tätigkeit des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst nicht nur eine einschlägige medizinisch-fachliche Ausbildung erfordert, sondern darüber hinaus weitere Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten notwendig sind, um die Aufgaben des

⁷⁷ § 6 Abs. 2 Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009: Zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst darf nur eine Person bestellt werden, a) die Facharzt oder Arzt für Allgemeinmedizin ist, b) die über ausreichende notfallmedizinische Kenntnisse verfügt, c) die über eine mindestens fünfjährige medizinische Praxis sowie über eine mindestens fünfjährige Einsatzerfahrung als Notarzt im Rettungsdienst verfügt und d) der im Hinblick auf ihre persönlichen Verhältnisse, insbesondere ihre berufliche Tätigkeit, die Erfüllung der Aufgaben als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst möglich und zumutbar ist.

⁷⁸ § 6 Abs. 4 leg. cit.: Die Bestellung zum Ärztlichen Leiter Rettungsdienst ist zu widerrufen, wenn die Voraussetzungen nach Abs 2 nicht mehr gegeben sind.

Ärztlichen Leiters Rettungsdienst wahrnehmen zu können.⁷⁹ Dies kann aber bei teleologischer Auslegung als Bezugnahme auf die Tätigkeitsberechtigung als Notarzt interpretiert werden.

Dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst sind gemäß § 7 Tiroler Rettungsdienstgesetz idgF. umfassende Aufgaben und Befugnisse in Bezug auf Qualitätskontrolle, Behandlungsrichtlinien und Kontrolle der Fortbildung sowohl bei den Rettungseinrichtungen als auch der Landesleitstelle eingeräumt.⁸⁰

⁷⁹ Regierungsvorlage betreffend ein Gesetz, mit dem der öffentliche Rettungsdienst in Tirol geregelt wird (Tiroler Rettungsdienstgesetz 2009) (Ausschuss für Rechts-, Gemeinde- und Raumordnungsangelegenheiten, Ausschuss für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Finanzausschuss), (318/09), S. 9.

⁸⁰ § 7 leg. cit.: (1) Dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst obliegen nach Maßgabe der zwischen dem Land Tirol und den Rettungseinrichtungen abgeschlossenen Verträge nach § 3 Abs. 3 insbesondere:

- a) die Überprüfung des Qualitätsmanagements bei den Rettungseinrichtungen,
- b) die Überprüfung der Einhaltung von Fortbildungsverpflichtungen für Ärzte und Sanitäter bei den Rettungseinrichtungen,
- c) die Überwachung der Patientenversorgung durch Ärzte und Sanitäter der Rettungseinrichtungen,
- d) die Erarbeitung von Empfehlungen zur Patientenversorgung für Ärzte der Rettungseinrichtungen und von Behandlungsrichtlinien zur Patientenversorgung für Sanitäter der Rettungseinrichtungen nach Anhören der Rettungseinrichtungen,
- e) die Erarbeitung von Vorschlägen zur Änderung der Strukturen oder Abläufe im Rettungsdienst,
- f) die Erarbeitung von Vorschlägen für eine möglichst einheitliche pharmakologische und medizintechnische Ausstattung und Ausrüstung der Rettungsfahrzeuge und Hubschrauber,
- g) die Überwachung der Zusammenarbeit der Rettungseinrichtungen mit den im Rettungsdienstbereich tätigen medizinischen Behandlungseinrichtungen und die Anregung notwendiger Verbesserungen auch gegenüber den Betreibern von Behandlungseinrichtungen.

(2) Dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst obliegen weiters:

- a) die Überprüfung des Qualitätsmanagements bei der zentralen Landesleitstelle,
- b) die Überprüfung der Einhaltung von Fortbildungsverpflichtungen für Ärzte und das nichtärztliche Personal bei der zentralen Landesleitstelle,
- c) die Überwachung der Einhaltung notfallmedizinischer Qualitätsstandards in Bezug auf die Disponierung, Alarmierung und Unterstützung der Einsätze des öffentlichen Rettungsdienstes durch die zentrale Landesleitstelle,
- d) die Überwachung der Zusammenarbeit der zentralen Landesleitstelle mit den im Rettungsdienstbereich tätigen medizinischen Behandlungseinrichtungen und die Anregung notwendiger Verbesserungen auch gegenüber den Betreibern von Behandlungseinrichtungen.

(3) Die Leitstelle Tirol Gesellschaft mbH hat die Überprüfung und Überwachung durch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst nach Abs. 2 zu ermöglichen, mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zusammenzuarbeiten und ihn zu unterstützen.

(4) Der Ärztliche Leiter Rettungsdienst hat dem Beirat für den Rettungsdienst jährlich einen Tätigkeitsbericht vorzulegen.

(5) Die Rettungseinrichtungen und die an der notärztlichen Versorgung nach § 3 Abs. 5 mitwirkenden Krankenanstalten sind nach Maßgabe des zwischen ihnen und dem Land Tirol

Im Tiroler Katastrophenmanagementgesetz⁸¹ ist die Mitwirkung von Ärzten bzw. Leitenden Notärzten im Rahmen der Einsatzleitungen nicht vorgesehen. Im Rahmen der Erstellung der Katastrophenschutzpläne⁸² sind zwar Gesundheitseinrichtungen und Rettungsdienste zu erfassen, die Führungsqualifikationen werden jedoch nicht explizit erfasst.

Das Veranstaltungsgesetz sieht ex lege keine Mitwirkung von Ärzten bzw. qualifizierten Leitenden Notärzten vor, es verlangt aber im § 6 Abs. 3 lit. a ab einer Besucher- oder Teilnehmeranzahl von 1000 Personen die Erstellung eines sicherheits- und rettungstechnischen Konzeptes. An dieser Erstellung haben der Träger des örtlichen Rettungsdienstes und erforderlichenfalls auch sonstige fachlich geeignete Personen mitzuwirken.⁸³

abgeschlossenen Vertrages verpflichtet, mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zusammenzuarbeiten und ihn zu unterstützen. Er kann im Rahmen seiner Aufgaben insbesondere verlangen, dass ihm Auskünfte erteilt werden und dass ihm Einsicht in die im Rettungsdienst erhobenen Daten sowie Dokumentationen in indirekt personenbezogener Form gegeben wird. Im Einzelfall kann der Ärztliche Leiter Rettungsdienst verlangen, den Personenbezug herzustellen, sofern dies für die Überprüfung im Interesse von Leben oder Gesundheit künftiger Notfallpatienten erforderlich ist.

(6) Die Krankenanstalten im Sinn des Tiroler Krankenanstaltengesetzes haben dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Auskünfte und die in der Krankenanstalt erhobenen Daten zur Weiterbehandlung von Patienten, die die Rettungseinrichtung übergeben hat, in indirekt personenbezogener Form zur Verfügung zu stellen. Im Einzelfall kann der Ärztliche Leiter Rettungsdienst verlangen, den Personenbezug herzustellen, sofern dies für die Überprüfung im Interesse von Leben oder Gesundheit künftiger Notfallpatienten erforderlich ist.

⁸¹ Tiroler LGBl. Nr. 33/2006

⁸² Tiroler LGBl. Nr. 15/2007, Verordnung der Landesregierung vom 5. Dezember 2006, mit der Richtlinien für die Erstellung der Gemeinde- und Bezirks- Katastrophenschutzpläne erlassen werden (Katastrophenschutzplanverordnung).

⁸³ § 6 Tiroler Veranstaltungsgesetz LGBl. Nr. 86/2003:

(1) Öffentliche Veranstaltungen sind bei der Behörde in einer der folgenden Arten schriftlich anzumelden:

- a) Einzelveranstaltungen;
- b) wiederkehrende Veranstaltungen innerhalb eines Zeitraumes von weniger als sechs Monaten oder
- c) ständige Veranstaltungen.

(2) Die Anmeldung muss bei Veranstaltungen, zu denen mehr als 300 Personen gleichzeitig erwartet werden, spätestens vier Wochen, ansonsten zwei Wochen vor dem geplanten Beginn der Veranstaltung bei der Behörde eingelangt sein.

(3) Die Anmeldung hat alle zur Beurteilung des Vorliegens der Voraussetzungen nach diesem Gesetz erforderlichen Angaben bzw. Unterlagen zu enthalten. Unterlagen über die vorgesehene Betriebsanlage sind in zweifacher Ausfertigung anzuschließen, bei Spielapparaten muss weiters eine eindeutige Zuordnung zu dem betreffenden Spielapparat möglich sein. Die Anmeldung hat jedenfalls zu enthalten:

Im Rahmen dieser Bestimmung könnten Ärzte mit der Qualifikation Leitender Notarzt sowohl als Experten bei der Erstellung des sicherheits- und rettungstechnischen Konzeptes als auch erforderlichenfalls bei dessen Umsetzung in der Funktion eines LNA mitwirken.

Zusammenfassend hat das Land Tirol mit dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst eine den Rettungsorganisationen übergeordnete sehr einflussreiche ärztliche Funktion geschaffen, ohne für diese leitende Funktion die entsprechende Qualifikation LNA ex lege zu fordern. Die Bundesrepublik Deutschland trennt aber die Funktion des sog. ärztlichen Leiters Rettungsdienst von der des LNA vor Ort.⁸⁴

-
- a) den Vor- und Zunamen, das Geburtsdatum, die Adresse sowie nach Möglichkeit die Telefax-Nummer und die e-mail-Adresse des Anmelders, bei juristischen Personen, Personengesellschaften des Handelsrechts und eingetragenen Erwerbsgesellschaften des Geschäftsführers, sowie die Bezeichnung des Rechtsträgers;
 - b) eine genaue Beschreibung der Art, des Ortes, der Zeit und der Dauer der geplanten Veranstaltung;
 - c) die Angabe, ob eine Betriebsanlage verwendet werden soll und gegebenenfalls genaue Angaben über die Art, Lage, Ausgestaltung und das Fassungsvermögen der Betriebsanlage sowie der Nachweis des Verfügungsrechtes hierüber;
 - d) bei Betriebsanlagen, die die Interessen nach § 3 Abs. 1 lit. b oder c beeinträchtigen können, eine genaue technische Beschreibung, aus der hervorgeht, wie eine Beeinträchtigung dieser Interessen vermieden oder vermindert werden kann und den letzten Überprüfungsergebnis;
 - e) bei Veranstaltungen, zu denen mehr als 1000 Besucher oder Teilnehmer gleichzeitig erwartet werden, ein unter Beiziehung der Sicherheitsbehörde und des Trägers des örtlichen Rettungsdienstes erstelltes sicherheits- und rettungstechnisches Konzept sowie Angaben über die zur Vermeidung von sonstigen Notfällen oder zur Verminderung ihrer Auswirkungen vorgesehenen Maßnahmen; sofern dies aufgrund der Art der Veranstaltung oder der Art und/oder des Umfangs der Betriebsanlage erforderlich ist, haben an der Erstellung des sicherheits- und rettungstechnischen Konzepts auch sonstige fachlich hierzu befähigte Personen mitzuwirken.

(4) Die Behörde kann auch aus besonderen, in der Art der Veranstaltung oder in den persönlichen Verhältnissen des Veranstalters gelegenen Gründen die Berechtigung auf einen kürzeren als den in der Anmeldung angegebenen Zeitraum beschränken, von Bedingungen abhängig machen oder den Nachweis des Abschlusses einer Haftpflichtversicherung bzw. der erforderlichen finanziellen Leistungsfähigkeit verlangen.

(5) Jede geplante wesentliche Änderung der einer Anmeldung zugrunde liegenden Betriebsanlage ist der Behörde schriftlich anzuzeigen. Eine Änderung ist wesentlich, wenn sie geeignet ist, die Erfordernisse nach § 3 Abs. 1 und 2 erheblich zu berühren, insbesondere aufgrund einer Änderung der Lage, der Beschaffenheit, des Verwendungszwecks oder des Betriebes einer Betriebsanlage. Der Austausch von gleichartigen Maschinen und Geräten sowie Maßnahmen zur Instandhaltung oder Instandsetzung von Anlagen gelten nicht als wesentliche Änderungen. Die Unterlagen können sich auf den betroffenen Teil der Betriebsanlage beschränken, wenn Auswirkungen auf den bestehenden Betrieb nicht zu erwarten sind. Die Abs. 2 bis 4 und § 7 Abs. 1 bis 3 gelten sinngemäß.

⁸⁴ DIN 13050: Der Leitende Notarzt (LNA) ist ein im Rettungsdienst tätiger Arzt, der am Notfallort bei einer größeren Anzahl Verletzter, Erkrankter oder bei außergewöhnlichen Ereignissen alle medizinischen Maßnahmen zu leiten, zu koordinieren und zu überwachen hat. Er

Der Landesgesetzgeber in Tirol dürfte diese bundesdeutschen Regelungen als Vorbild genommen haben, da dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst eher Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung, der Kontrolle der Fortbildungsmaßnahmen und der Vereinheitlichung der medizinischen Standards zukommen.

Der LNA ist der medizinische Einsatzleiter vor Ort oder der medizinische Experte im Rahmen einer behördlichen Einsatzleitung. Diese Funktion wird aber vom Tiroler Landesgesetzgeber nicht angesprochen.

Die österreichische Rechtslage definiert die Funktion des LNA allgemein als ärztliche Leitungsfunktion in organisierten Rettungsdiensten. Einzig den Erläuterungen⁸⁵ kann entnommen werden, dass damit primär die Koordination am Schadensort gemeint war. Bei wörtlicher Auslegung der Bestimmungen des ÄrzteG ist auch für den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst die Qualifikation LNA zu fordern.

Im Rahmen der Bewilligung von Großveranstaltung wird die sanitätsdienstliche Struktur ebenfalls nicht vorgegeben, es wird aber ein umfassendes sicherheits- und rettungstechnisches Konzept gefordert. Wenn man die internationale notfallmedizinische Literatur einem derartigen rettungstechnischen Konzept zugrunde legt, wird man auf die Bestellung eines LNA nicht verzichten können.⁸⁶ Da dieses Konzept dem Veranstaltungsbescheid zugrunde liegt wird im Rahmen eines derartigen Bescheides die Bestellung eines LNA für einzelne Großveranstaltungen vorzuschreiben sein.

verfügt über eine entsprechende Qualifikation. Der Leitende Notarzt übernimmt medizinische Führungs- und Koordinierungsaufgaben.

⁸⁵ 1386 d.B. XX. GP. aaO..

⁸⁶ *Seekamp/Dirks*, Großveranstaltungen – ÄLRD/LNA – Recht des Notarztes, Notfall & Rettungsmedizin 2004, S. 359-365.

Vorarlberg:

Im Gesetz über das Rettungswesen des Landes Vorarlberg⁸⁷ wird im § 1 Abs. 2 die Aufgabe des Rettungswesens im Sinne des Gesetzes definiert. Es wird zwischen einer Bergung aus Lebensgefahr oder einer beträchtlichen Gefahr für die Gesundheit, der Leistung der Ersten-Hilfe und der Durchführung des Krankentransportes unterschieden. Auf eine notärztliche Versorgung wird im Gesetz über das Rettungswesen nicht eingegangen. Stellung und Aufgaben eines LNA werden nicht definiert.

Das Rettungsgesetz lässt aber die Möglichkeit offen über den Verordnungsweg nähere Bestimmungen über das Rettungswesen zu erlassen.

Im Gesetz über die Hilfe in Katastrophenfällen⁸⁸ wird auf medizinische Belange nicht Bezug genommen, ein LNA ist nicht vorgesehen. Der Bürgermeister kann jedoch gemäß § 11 Abs. 1 aus Personen, die wegen ihrer Kenntnisse und Erfahrungen in besonderem Maße befähigt sind, auf dem Gebiet der Katastrophenhilfe in der Gemeinde tätig zu sein, eine Einsatzleitung bilden. Die Berufung eines LNA in die Einsatzleitung wäre in diesem Sinne möglich.

Im Gesetz über das Veranstaltungswesen⁸⁹ wird keine Aussage über die medizinische oder rettungsdienstliche Absicherung von Veranstaltungen getroffen.

Zusammenfassend sehen die landesgesetzlichen Vorschriften keine zwingende Beteiligung von Ärzten im Bereich des Rettungsdienstes oder bei der medizinischen Betreuung von Großveranstaltungen vor.

Es erfolgen auch keine organisationsrechtlichen Rahmenvorschriften über die ärztliche Aufsicht in den Rettungsorganisationen oder die Stellung eines Leitenden Notarztes im Rahmen von Großunfällen oder Großveranstaltungen. Das Land Vorarlberg weist damit eine sehr geringe gesetzliche Regelungsdichte in den diskutierten Bereichen auf.

⁸⁷ Vorarlberger LGBl. Nr. 46/1979 idF. LGBl. Nr. 8/2009

⁸⁸ Vorarlberger LGBl. Nr. 49/1979 idF. LGBl. Nr. 58/2001

⁸⁹ Vorarlberger LGBl. Nr. 01/1989 idF. LGBl. Nr. 03/2007

Wien:

Im Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz (WRKG)⁹⁰ wird zwischen Krankentransport und Rettungsdiensten unterschieden und deren unterschiedlichen Aufgaben normiert.⁹¹

Die Bereitstellung notärztlicher Hilfe bei unmittelbarer Lebensgefahr wird im § 1 Z 1 leg. cit. als Aufgabe eines Rettungsdienstes im Land Wien normiert.

Sowohl Rettungsdienste als auch Krankentransportdienste müssen gem. § 18 WRKG einen Ärztlichen Leiter bestellen, der für den gesamten medizinischen Bereich des Rettungs- oder Krankentransportdienstes verantwortlich ist.

Für Rettungsdienste muss dieser ärztliche Leiter die Qualifikation „Leitender Notarzt“ im Sinne des § 40 ÄrzteG besitzen.

Das Wiener Katastrophenhilfe- und Krisenmanagementgesetz (WKKG)⁹² legt gem. § 14 die Gesamteinsatzleitung vor Ort in die Hände des Einsatzleiters im Sinne des Wiener Feuerwehrgesetzes⁹³, die

⁹⁰ Wiener LGBl. Nr. 39/2004

⁹¹ § 1. leg. cit.: Aufgaben eines Rettungsdienstes sind:

1. Personen, die eine erhebliche Gesundheitsstörung oder erhebliche Verletzung erlitten haben, erste Hilfe zu leisten, sie transportfähig zu machen und sie erforderlichenfalls unter sachgerechter Betreuung mit geeigneten Transportmitteln in eine Krankenanstalt zu befördern oder ärztlicher Hilfe zuzuführen;
2. Personen wegen unmittelbarer Lebensgefahr sofortige erste notärztliche Hilfe zu leisten, die anders nicht gewährleistet ist;
3. den Transport von Personen durchzuführen, bei denen lebenswichtige Funktionen ständig überwacht oder aufrecht erhalten werden müssen;
4. akute Blut-, Blutprodukte- oder Organtransporte durchzuführen;
5. Sanitätsdienste zur Behandlung von akuten Erkrankungen oder Verletzungen bei Veranstaltungen mit dem hierfür erforderlichen Personal, den erforderlichen Einrichtungen und erforderlichen Transportmitteln bereit zu stellen;
6. die Bevölkerung in erster Hilfe zu schulen;
7. im zivilen Katastrophenschutz mitzuwirken.

Krankentransportdienst

§ 2. (1) Aufgabe eines Krankentransportdienstes ist es, Personen, bei denen während des Transports eine Betreuung durch Sanitäter medizinisch notwendig ist und die aus medizinischen Gründen kein gewöhnliches Verkehrsmittel benutzen können, unter sachgerechter Betreuung mit geeigneten Transportmitteln zu befördern.

(2) Der Transport von Personen, welche während des Transports nicht der medizinischen Betreuung durch Sanitäter bedürfen, ist von diesem Gesetz ausgenommen.

⁹² Wiener LGBl. Nr.60/2003 idF. LGBl. Nr.22/2009

⁹³ Wiener Feuerwehrgesetz LGBl. Nr. 16/1957 idF. LGBl. Nr. 79/2001

medizinische Einsatzleitung vor Ort obliegt jedoch dem Leitenden Notarzt des städtischen Rettungsdienstes. Da keine weiteren Leitungsfunktionen im WKKG vor Ort vorgesehen sind, ist unter medizinischer Einsatzleitung die Gesamtleitung des rettungsdienstlichen Teiles des Einsatzes zu verstehen.

Auf Landesebene ist gem. § 12 WKKG ein Krisenmanagement einzurichten, dessen Leitung, Einberufung und Zusammensetzung in der Kompetenz des Wiener Bürgermeisters liegt.

Das WKKG regelt nicht nur den Katastrophenfall, sondern gem. der Bestimmungen des § 1 Abs. 1 auch Großschadenereignisse und komplexe Schadensfälle.

Im Wiener Veranstaltungsgesetz⁹⁴ werden im § 24 (Erste Hilfe Leistung und ärztlicher Dienst) sehr detaillierte Anforderungen an den notärztlichen und sanitätsdienstlichen Bereitschaftsdienst gestellt. Bereits bei Veranstaltungen ab 1000 Zusehern müssen 1 Notarzt und ein Sanitäter anwesend sein. Ab 20 000 Zusehern ist ein zweiter Notarzt erforderlich und für jeweils 1000 Zuseher ist ein Sanitäter vorzusehen.

Eine Lockerung dieser Bestimmung gibt es gem. § 24 Abs. 8 leg. cit., wenn Veranstaltungen auf Grund einer Theater-, Varietee- oder Zirkuskonzession oder auf Grund einer rechtswirksam erstatteten Anmeldung von musikalischen Darbietungen (§ 6 Abs. 1 Z 1) in geschlossenen und gemäß § 21 geeigneten Räumen nicht nur fallweise durchgeführt werden sollen. In diesen Fällen kann bis 500 Teilnehmer ein ärztlicher Bereitschaftsdienst entfallen, über 500 Teilnehmer ist die Anwesenheit eines „Inspektionsarztes“ sicher zu stellen. Dieser Inspektionsarzt muss lediglich zur selbständigen Ausübung des ärztlichen

§ 2. Leitung der Feuerwehreaktionen: (1) Nimmt die Feuerwehr der Stadt Wien an einer Brandkämpfung oder einem Einsatz bei anderen öffentlichen Notständen innerhalb von Wien teil, so steht dem Kommandanten ihrer ausgerückten Kräfte jedenfalls die Leitung der Feuerwehreaktion zu. Solange die Feuerwehr der Stadt Wien nicht an einer Feuerwehreaktion teilnimmt, obliegt deren Leitung dem Kommandanten der Freiwilligen Feuerwehr, in Betrieben dem Kommandanten der Betriebsfeuerwehr.

(2) Wer berechtigt ist, eine Aktion öffentlicher Feuerwehren anzuordnen, bestimmen deren Dienstvorschriften.

⁹⁴ Wiener LGBl. Nr. 12/1971 idF. LGBl. 26/2010

Berufes gem. ÄrzteG befugt sein. Die für eine ausreichende Erste-Hilfe Versorgung der Veranstaltungsteilnehmer erforderliche medizinische Ausstattung ist sicher zu stellen.

Eine Fortbildung und Tätigkeitsberechtigung als Notarzt ist für die im § 24 Abs. 8 leg. cit. beschriebenen Veranstaltungen daher nicht erforderlich.

Die Stellung eines LNA ab einer bestimmten Veranstaltungsgröße wird nicht gefordert. Es ist jedoch ab einer absehbaren Zuseheranzahl von 20 000 Personen von der für den Rettungs- und Krankentransportdienst der Stadt Wien zuständige Dienststelle eine Stellungnahme über die erforderliche Anzahl von Notärzten, sowie die erforderliche Ausstattung und medizinische Ausrüstung einzuholen und im Eignungsfeststellungsbescheid vorzuschreiben.⁹⁵

Zusammenfassend hat das Land Wien weitgehend den bundesgesetzlichen Rahmen über die notärztliche Beteiligung, Aufsicht und Leitung im Rettungsdienst in der Landesgesetzgebung abgebildet.

Bundesländervergleich:

Im Vergleich der für den Rettungsdienst und die Katastrophenhilfe relevanten Gesetze der Bundesländer zeigt sich eine sehr buntes Bild über die Regelung der ärztlichen bzw. notärztlichen Beteiligung. Man könnte auch spitz formulieren, dass sich hier der Föderalismus in seiner umfassenden Ausprägung zeigt.

Der im ÄrzteG normierte Leitende Notarzt (LNA) mit weitreichender Weisungsbefugnis über am Einsatz beteiligte Ärzte, Notärzte und

⁹⁵ § 24 (2) leg. cit.: Veranstaltungen, an der 1 000 bis 20 000 Personen teilnehmen können, dürfen nur stattfinden, wenn mindestens ein Sanitätsgehilfe (pro 1 000 Besucher jeweils ein weiterer Sanitätsgehilfe) und in jedem Fall ein Notarzt anwesend sind. Ab einer Besucheranzahl von 20 000 Personen müssen mindestens ein weiterer Notarzt und pro 1 000 Besucher jeweils ein Sanitätsgehilfe anwesend sein, wobei die genaue Anzahl der Notärzte und die zur notfallsmedizinischen Abdeckung erforderliche Ausstattung und medizinische Ausrüstung sowie Gerätschaften vor der Veranstaltung von der für den Rettungs- und Krankentransportdienst der Stadt Wien zuständigen Dienststelle des Magistrates festzulegen und von der Behörde im Eignungsfeststellungsbescheid gemäß § 21 Abs. 5 vorzuschreiben ist.

Sanitäter, wird bis auf das Land Wien in keinem Bundesland in der Landesgesetzgebung umgesetzt und damit organisationsrechtlich in den ordentlichen Rettungsdienst integriert. Eine Rechtsunsicherheit auf diesem Gebiet wird anscheinend bewusst in Kauf genommen. Es wird auch in Kauf genommen, im Falle eines notfallmedizinischen Großereignisses auf ärztliche-notfallmedizinische Kompetenz zur übergeordneten Schadensabwicklung zu verzichten.

In Großschadenfällen müssen mittelbar für die betroffenen Patienten weitreichende medizinische Entscheidungen über Therapiemodifikationen, Behandlungs- und Transportprioritäten, sowie Zielspitäler getroffen werden. Bei sinngemäßer Auslegung des ÄrzteG handelt es sich dabei um den Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten. Diese Entscheidungen können daher nicht von sonstigen rettungsdienstlichen Einsatzleitern getroffen oder verantwortet werden. Der Verzicht auf die Bestellung von Leitenden Notärzten und die Umsetzung von Anordnungen nicht-ärztlicher Einsatzleiter auf medizinischem Gebiet und im Rahmen der übergeordneten medizinischen Versorgung können daher bei enger Auslegung einen Verstoß gegen das ÄrzteG mit entsprechendem verwaltungsrechtlichen Strafraumen für die betroffenen Einsatzleiter darstellen.

Wie bereits mehrfach vorab diskutiert, besteht weitgehende Einigkeit in der Literatur über die Tatsache, dass sich ein LNA nicht selbst in Funktion setzen kann.

Einzig das Land Wien hat normiert, dass für die Einsetzung eines Leitenden Notarztes bei einem Schadensfall im Sinne des WKKG der städtische Rettungsdienst zuständig ist.

Ärztliche Leiter eines anerkannten Rettungsdienstes und deren Stellvertreter müssen die Qualifikation „Leitender Notarzt“ im Sinne des § 40 ÄrzteG besitzen. Mit diesen detaillierten organisationsrechtlichen Bestimmungen hat das Land Wien als einziges Bundesland die Stellung und die Regelung des in Funktion Treten eines Leitenden Notarztes definiert.

Die Landesgesetzgebung im Burgenland sieht zwar ärztliche Leiter im Bereich der Rettungsdienste und der Leitstellen vor, teilt diesen jedoch im wesentlichen beratende Funktion zu und verlangt keine Ausbildung zum Leitenden Notarzt.

Tirol schafft ein Novum im Rettungsdienst und normiert einen, über den Rettungsorganisationen angesiedelten, „Ärztlichen Leiter Rettungsdienst“. Auch für diese Funktion wird die Qualifikation Leitender Notarzt nicht explizit gefordert. Im Sinne der umfassenden gesetzlichen Definition des LNA im ÄrzteG scheint jedoch der Verzicht auf die Qualifikation LNA nicht haltbar.⁹⁶

Allen Katastrophenhilfegesetzen, mit Ausnahme des Landes Wien, ist das Fehlen von Bestimmungen über eine medizinische Einsatzleitung gemein. Es fehlen damit auch organisationsrechtliche Vorgaben über das „in Funktion“ Setzen eines LNA. Einzig die zumeist den Bezirksverwaltungsbehörden eingeräumten Möglichkeiten Experten in die Einsatzleitungen zu berufen, kann zur Einsetzung eines Leitenden Notarztes durch den behördlichen Einsatzleiter führen.

Erschwerend muss hier aber die oft fehlende Information über die Verfügbarkeit entsprechend ausgebildeter notfallmedizinischer Experten gelten. Hier hat nur das Land Steiermark im Verordnungsweg die Erfassung der ausgebildeten potentiellen Leitenden Notärzte geregelt, so dass auf diese im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann.

Die Mitwirkung von sog. ärztlichen Leitern im Rettungsdienst in lediglich beratender und überwachender Funktion ist sicher diskussionswürdig, da im SanG im § 23 Abs. 1 vorgesehen ist, dass der Beruf bzw. die Tätigkeiten des Sanitäters nur in bestimmten Einrichtungen ausgeübt werden dürfen, sofern die Aufsicht durch einen Notarzt oder sonstigen fachlich geeigneten Arzt mit jeweils fünfjähriger einschlägiger Berufserfahrung gewährleistet ist.

⁹⁶ § 40 Abs. 2 leg.cit.: Notärzte die beabsichtigen eine leitende notärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste auszuüben, haben einen Lehrgang gem. Abs. 5 im Gesamtausmaß von 60 Stunden zu besuchen. ...

Der Begriff Aufsicht in der Diktion des § 23 SanG ist nicht gleich zu setzen mit der Funktion eines Linienvorgesetzten, umfasst aber mehr, als eine lediglich beratende, qualitätssichernde Funktion. *Badura/Huber*⁹⁷ vertreten die Ansicht, dass Aufsicht sowohl eine nachträgliche Korrektur als auch ein präventives Agieren zur Vermeidung von Nachteilen bedeutet.

Aufsicht in der Diktion des § 23 SanG bedeutet daher, dass auch mit verbindlichen Sanktionen in den organisatorischen Betrieb der Einrichtung eingegriffen werden kann.

*Hausreither/Kanhäuser*⁹⁸ stellen in ihrem Kommentar fest, dass im Rahmen der Aufsicht auf die konkreten Kenntnisse und Fertigkeiten der zu beaufsichtigenden Person abzustellen ist. Dies impliziert eine organisatorische Einbindung der aufsichtsführenden Ärzte in die Rettungsorganisation (Einrichtung) mit umfassendem Zugriff auf organisationsinterne Daten und Abläufe.

Fragwürdig scheinen in dieser Hinsicht auch die Organisation und der Betrieb von Leitstellen ohne ärztliche Leitung bzw. ohne notärztlichen Permanenzdienst in der Leitstelle zu sein.

Leitstellen disponieren Rettungsmittel und Notarztmittel nach notfallmedizinischen Leitsymptomen. Zusätzlich geben Leitstellendisponenten Anleitungen zu weitreichenden Erste-Hilfe-Maßnahmen in offensichtlich lebensbedrohenden Notfällen („Telefonreanimation“). Alle diese Maßnahmen sind bei strenger Auslegung auf „medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeiten, die mittelbar für den Menschen ausgeführt werden“. Es ist im modernen Leitstellenbetrieb personell nicht machbar und finanzierbar, dass alle Notrufe von einem Notarzt entgegen genommen und bearbeitet werden. Es ist auch sicher nicht jeder Notruf so komplex, dass die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung und

⁹⁷ *Badura/Huber in Schmidt-Assmann, BesVerwRecht*, 13. Auflage 2005 3. Kap. RN 46.

⁹⁸ *Hausreither/Kanhäuser, Sanitätärgesetz* (2004), S. 106.

der Literatur geforderte Erheblichkeitsschwelle überschritten wird.⁹⁹ Doch im Sinne der Qualitätskontrolle und der Vermeidung von Kollisionen mit dem ärztlichen Tätigkeitsvorbehalt sollte in jeder Rettungsleitstelle ein notärztlicher Permanenzdienst anwesend sein, der unmittelbar von den Disponenten kontaktiert und beigezogen werden kann, wenn vorgegebene medizinisch-wissenschaftlich evaluierte Algorithmen wie zum Beispiel das AMPDS¹⁰⁰ verlassen werden müssen.¹⁰¹

Da es sich in diesem Bereich um eine leitende und koordinierende notärztliche Tätigkeit handelt wäre die Qualifikation LNA zu fordern.

⁹⁹ Vgl. *Mazal*, Krankheitsbegriff 280f; OGH 4 Ob 166/03w, RdM 2004/27.

¹⁰⁰ AMPDS – Advanced Medical Priority Dispatch System.

¹⁰¹ Vgl. *Andreaus*, aaO. S. 73, 226 u. 239.

VI. Rotes Kreuz:¹⁰²

In Österreich werden ca. 80% der Rettungseinsätze von den Landesorganisationen des Roten Kreuzes durchgeführt.¹⁰³

In Wahrnehmung dieser Aufgaben hat das Österreichische Rote Kreuz eine „Rahmenvorschrift für den Rettungs- und Krankentransportdienst“¹⁰⁴ erlassen.

In dieser Rahmenvorschrift wird die zumindest beratende Tätigkeit der Landes-, Bezirks-, Orts- und Dienststellenärzte in medizinischen Fragen festgehalten. Die zuständigen Rotkreuzärzte haben im medizinischen Bereich die Einhaltung der Vorschriften und die Ausbildung der Mitarbeiter zu überwachen. Der Bundeschefarzt ist in medizinischer Hinsicht für die Durchführung des Rettungs- und Krankentransportes (RKT) verantwortlich. Eine notfallmedizinische Qualifikation wird für die Orts-, Bezirks-, Landes- oder Bundeschefärzte nicht gefordert.

Den im RKT eingesetzten Notärzten wird durch die Rahmenvorschrift die medizinische Leitung des Rettungsteams übertragen.

In einzelnen landesspezifischen Durchführungsbestimmungen wird aber die Einsatzleitung des Rettungseinsatzes dem ranghöchsten Sanitäter vor Ort zugewiesen und dem Notarzt lediglich eine Entscheidungsfreiheit und Kompetenz über die medizinische Therapie zugestanden.¹⁰⁵ Diese spezifischen dienstrechtlichen Bestimmungen erscheinen durchaus diskussionswürdig, da therapeutische Anordnungen des Notarztes inklusive der Transportvorgaben umgesetzt werden müssen. Damit stellt

¹⁰² Aufgrund der bestimmenden Stellung des Roten Kreuzes im österreichischen Rettungswesen wird auf die Organisationsvorschriften anderer Rettungsorganisationen in dieser Arbeit nicht eingegangen.

¹⁰³ Vgl. *Weisser*, Das österreichische Sanitätergesetz 2002, Diplomarbeit Univ. Wien 2009, S.14: Daten 2007: ÖRK: 1912 Fahrzeuge, 2615089 Transporte; ASBÖ: 325 Fahrzeuge, 404927 Transporte; JUH: 56 Fahrzeuge, 94558 Transporte; MA70: 61 Fahrzeuge, 176000 Transporte.

¹⁰⁴ Rahmenvorschrift für den Rettungs- und Krankentransportdienst, beschlossen in der 168. Sitzung des Arbeitsausschusses am 16.3.2000, letzte Änderung betreffend SanG beschlossen in der 177. Sitzung der Präsidentenkonferenz am 31.5.2002, http://www.rotekreuz.at/service/suche/?ipt_search=Rahmenvorschrift.

¹⁰⁵ Vgl. Stützpunkthandbuch Neulengbach, Version 1.2, 10.1.2011.

sich die Frage wie der Begriff „Einsatzleitung“ durch Sanitäter in diesem Zusammenhang definiert werden kann.

Eine Definition des Begriffes Einsatzleiter kann dem Internet entnommen werden.¹⁰⁶ Als Einsatzleiter wird die Person definiert, die für die technisch-taktische Einsatzdurchführung gesamtverantwortliche Führungskraft ist. Sie führt den Einsatz an der Einsatzstelle im Schadens- oder Übungsfall organisatorisch-taktisch sowie politisch und/oder rechtlich verantwortlich. Der Einsatzleiter ist allen Einsatzkräften weisungsbefugt.

Im Falle des Notarztes vor Ort kann diese Definition der Einsatzleitung nicht passen, da Sanitätspersonal dem Notarzt keine medizinischen Weisungen erteilen kann und die Erteilung von rein organisatorischen Weisungen im notfallmedizinischen Einsatz eigentlich kaum möglich ist. Im Falle der dringlich notwendigen Patientenversorgung kann Ärzten auch kein bestimmtes Verhalten oder Unterlassen vorgeschrieben werden. Daraus folgend kann aber der Sanitäter vor Ort weder organisatorisch-taktisch noch rechtlich allein verantwortlich sein. Somit erscheint der Begriff der Einsatzleitung durch den Notfallsanitäter in diesem Zusammenhang nicht passend bzw. muss genau definiert werden, welche Verantwortlichkeiten Sanitäter im Rahmen dieser Einsatzleitung wahrzunehmen haben. In Bezug auf die handelnden Ärzte vor Ort erscheinen nur Anordnungen in Bezug auf die Sicherheit der Einsatzstelle und des Einsatzpersonals denkbar, wobei auch in der Beurteilung der Sicherheit den eingesetzten Ärzten zumindest eine Mitverantwortung zukommt.

Im Anhang 6 der Rahmenvorschrift für den Rettungs- und Krankentransportdienst betreffend Ambulanzdienste wird die Bildung einer Einsatzleitung bei entsprechendem Einsatzumfang definiert, es wird auch die entsprechende Anzahl einzusetzender Notärzte vorgeschrieben, die Stellung eines Leitenden Notarztes für diese Ambulanzdienste wird nicht angesprochen.

¹⁰⁶ <http://p116282.mittwaldserver.info/462.0.html>

Das Österreichische Rote Kreuz hat zur einheitlichen Abwicklung von Großunfällen eine „Rahmenvorschrift Großunfälle“ beschlossen.¹⁰⁷

Über den Leitenden Notarzt wird im Abschnitt 4.3. der Rahmenvorschrift die Aussage getroffen, dass die Umsetzung nach den Vorgaben der Länder zu erfolgen hat. Für den Leiter der Sanitätshilfsstellen (SanHist) wird im Abschnitt 4.2 vorgeschrieben, dass die Leitung der SanHist im Einvernehmen mit dem Leitenden Notarzt zu erfolgen hat.

Dem RK-Einsatzleiter wird in dieser Rahmenvorschrift keine Zusammenarbeit oder Absprache mit einem Leitenden Notarzt aufgetragen. Diese, vom Roten Kreuz bereits eigenständig vorgeschriebene, Zuweisung des Leitenden Notarztes an den Leiter SanHist erscheint im Hinblick auf das im ÄrzteG normierte Weisungsrecht an alle eingesetzten Sanitäter und Notärzte diskussionswürdig. Auch wenn man davon ausgeht, dass das ÄrzteG eine Auslegungsbreite in Bezug auf die Gesamteinsatzleitung zulässt, kann die Befugnis des LNA im Kernbereich der medizinischen Tätigkeiten nicht eingeschränkt werden. Damit ist der LNA in Bezug auf diesen medizinischen Kernbereich allen Sanitätern und damit auch dem sanitätsdienstlichen Rot-Kreuz Einsatzleiter weisungsbefugt. Eine Beschränkung des LNA auf die medizinische Leitung der SanHist liegt damit nicht in der Auslegungsbreite der Bestimmungen des ÄrzteG.

Zusammenfassend lassen die Rahmenvorschriften des Österreichischen Roten Kreuzes die Einsetzung und Stellung des Leitenden Notarztes weitgehend offen und berufen sich auf die landesrechtlichen Bestimmungen.

¹⁰⁷ Rahmenvorschrift Großunfälle, beschlossen in der 168. Sitzung des Arbeitsausschusses am 16.3.2000, letzte Änderung 197. Präsidentenkonferenz am 11.5.2000, http://www.rotekreuz.at/service/suche/?ipt_search=Rahmenvorschrift.

VII. Bundesheer:

Militärärzte werden im ÄrzteG im § 41 Abs. 3 definiert.¹⁰⁸ Gemäß § 41 Abs. 7 sind sie Amtsärzten insoweit gleichgestellt, als sie als Amtssachverständige der Militärbehörden tätig sind.

Das bedeutet aber, dass Militärärzte im Rahmen ihrer kurativen Tätigkeit den übrigen Bestimmungen des ÄrzteG hinsichtlich Fachbeschränkung und notärztlicher Fortbildung unterliegen.¹⁰⁹

In den Organisationsplänen des österreichischen Bundesheeres (ÖBH) wird die notärztliche Fortbildung und Tätigkeitsberechtigung für alle im Feld tätigen Ärzte vorausgesetzt.

Die Qualifikation LNA findet derzeit in den Organisationsplänen des ÖBH keine Erwähnung und Abbildung.

In Folge ist zu diskutieren, in wie weit der Sanitätsdienst des österreichischen Bundesheeres als organisierter Notarztdienst einzustufen ist.

Das ÄrzteG normiert im § 40 Abs. 1, dass Approbierte Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, die beabsichtigen eine ärztliche Tätigkeit in einem organisierten Notarztdienst auszuüben, einen Lehrgang in der Dauer von zumindest 60 Stunden zu besuchen haben. Zusätzlich liefert der § 40 Abs. 1 auch eine Legaldefinition was unter Notarztdienst zu verstehen ist mit der Bezeichnung des sog. Notarzwagens bzw. Notarzthubschraubers.

Man könnte somit annehmen, dass damit das Einsatzgebiet von Notärzten abschließend beschrieben ist. Dem ÄrzteG ist aber bereits zu entnehmen, dass mit der Anführung des Notarzwagens bzw. Notarzthubschraubers eine abschließende Eingrenzung des

¹⁰⁸ § 41 Abs. 3 leg. cit.:

Militärärzte sind die als Offiziere des Militärmedizinischen Dienstes sowie die aufgrund eines Vertrages oder auf Grund einer Einberufung zum Präsenz- oder Ausbildungsdienst beim Bundesheer tätigen Ärzte.

¹⁰⁹ Aigner/Kierein/Kopetzki, ÄrzteG³ 1998 (2007) § 41 Anm. 13.

Tätigkeitsbereiches von Notärzten und damit der Notfallmedizin nicht beabsichtigt war, wird doch im § 31 Abs. 3 leg. cit. über die selbständige Berufsausübung die Qualifikation Notarzt auch für Fachärzte (Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Unfallchirurgie) normiert, die aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Organisationsvorschriften im Rahmen sofortiger notfallmedizinischer Versorgung tätig werden.

Der Gesetzgeber verwendet somit den Begriff Notfallmedizin nicht auf den Bereich Notarztwagen bzw. Notarztthubschrauber beschränkt.

Der im ÄrzteG angeführte ‚organisierte Notarztendienst‘ mit Notarztwagen oder Notarztthubschrauber kann in diesem Sinne nicht mehr als taxative Aufzählung verstanden werden, sondern ist im Wesentlichen als demonstrative Aufzählung zu bewerten. Eine sinngemäße Auslegung und Anwendung des Begriffs Notfallmedizin ist aufgrund dieser umfassenden Definition durch den Gesetzgeber nahe liegend.

Wenn daher eine medizinische Versorgungseinrichtung des Österreichischen Bundesheeres nicht der alleinigen truppenmedizinischen Versorgung in ortsfesten Sanitätseinrichtungen dient, sondern primär für die notfallmedizinische Erstversorgung im Einsatzfall vorgesehen ist, wird die Qualifikation Notarzt für die dort tätigen Ärzte zu fordern sein.

Werden aber Einrichtungen des Bundesheeres zur notfallmedizinischen Erstversorgung als organisierter Notarztendienst definiert, ist gemäß § 40 Abs. 4 ÄrzteG zur Übernahme einer leitenden notärztlichen Tätigkeit als ärztlicher Kommandant eine Ausbildung zum LNA zu fordern.

Dem Einwand, dass im ÄrzteG im Zusammenhang mit der leitenden notärztlichen Tätigkeit der Rahmen organisierter Rettungsdienste genannt wird, kann insofern entgegen getreten werden, als der Begriff Rettungsdienst im allgemeinen den Notarztendienst einschließt und damit eine umfassendere Zuständigkeit des Leitenden Notarztes definiert. Es wird auch keine Unterscheidung zwischen zivilen und militärischen Rettungsdiensten getroffen. In diesem Sinne sind die notfallmedizinische Versorgung verletzter Soldaten und die spätere Zuführung zur stationären

Endversorgung als militärischer Rettungsdienst einzustufen. Es wurde keine Ausnahme für militärische Rettungsdienste normiert.

Es wäre somit für die Leitung von Sanitätseinrichtungen des ÖBH, die der primären notfallmedizinischen Versorgung von Soldaten dienen, die Qualifikation Leitender Notarzt vorzusehen.

Es muss nicht jeder militärmedizinische Offizier LNA sein. Für den Kommandanten und stellvertretenden Kommandanten von notfallmedizinischen Einrichtungen (z.B. Sanitätszug) wäre diese Qualifikation zur Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften und im Sinne der gesicherten Qualität erforderlich.

VIII. Flugrettung:

Die grundsätzlichen Bestimmungen über Ambulanz- und Rettungsflüge wurden im Bundesgesetz vom 2. Dezember 1957 über die Luftfahrt (Luftfahrtgesetz) geregelt.¹¹⁰

Die Detailbestimmungen sind auf Grund des § 134 Abs. 2 leg. cit. und des § 131 Abs. 2 leg. cit. im Verordnungsweg zu regeln.

Aufgrund dieser Verordnungsermächtigung wurde die Verordnung des Bundesministers für öffentliche Wirtschaft und Verkehr vom 12. März 1985 über Ambulanz- und Rettungsflüge mit Zivilluftfahrzeugen (Zivilluftfahrzeug- Ambulanz- und Rettungsflugverordnung ZARV – 1985) erlassen.¹¹¹ Wenn Militärluftfahrzeuge im Rahmen der zivilen Luftrettung verwendet werden unterliegen sie gemäß § 22 Abs. 2 leg. cit. der ZARV.¹¹²

Die ZARV ist damit auf alle zivilen Rettungsflüge im österreichischen Bundesgebiet und alle Ambulanzflüge mit österreichischen Zivilluftfahrzeugen anzuwenden.

Ambulanzflüge dienen per definitionem (§ 2 ZARV) dem Transport bereits ärztlich versorgter schwer kranker oder schwer verletzter Personen oder von ‚Notfallpatienten‘¹¹³ von einer Krankenanstalt in eine andere.

Rettungsflüge sind Flüge zur Rettung von Menschen aus unmittelbar drohender Gefahr für ihr Leben oder ihrer Gesundheit. Dies können Flüge zur Bergung bzw. Versorgung von verunglückten oder lebensbedrohten Personen oder die Beförderung von noch nicht in einer Krankenanstalt ärztlich versorgten Personen sein. Weiters werden auch die Heranbringung von Rettungs- bzw. Bergungspersonal und der Transport von dringend benötigten Arzneimitteln oder medizinischen Geräten zu den Rettungsflügen gezählt.

¹¹⁰ BGBl. Nr. 253/1957 idF. BGBl. I Nr. 83/2008

¹¹¹ BGBl. Nr. 126/1985 idF. BGBl. II Nr. 466/2002

¹¹² § 22 Abs. 2 Luftfahrtgesetz: Militärisches Luftfahrtgerät ist Luftfahrtgerät, das ausschließlich der Landesverteidigung dient. Alles übrige Luftfahrtgerät ist ziviles Luftfahrtgerät.

¹¹³ Die ZARV verwendet in den Definitionen den Begriff „Notfallpatient“ statt Notfallpatient.

Als Notfallpatienten im Sinne der ZARV gelten Patienten, bei denen eine Störung lebenswichtiger Funktionen besteht, zu befürchten oder nicht auszuschließen ist.

Während bei Ambulanzflügen entweder auf einen begleitenden Arzt oder Sanitäter verzichtet werden kann, müssen an Rettungsflügen sowohl Arzt als auch Sanitäter und bei Notwendigkeit auch entsprechend ausgebildete Bergungsspezialisten inklusive dem notwendigen Gerät teilnehmen.

Bei Ambulanzflügen muss der begleitende Arzt zur selbständigen Berufsausübung auf einem Gebiet der Heilkunde je nach Erfordernissen des Einsatzes berechtigt sein, statt eines Sanitäters kann auch ein entsprechend geschulter Angehöriger des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienstes den Flug begleiten.

Rettungsflüge müssen medizinisch von einem Notarzt im Sinne des § 40 ÄrzteG und einem Sanitäter begleitet werden. § 4 Abs. 3 ZARV nennt Rettungssanitäter oder Notfallsanitäter je nach Erfordernissen des Einsatzes. Es ist damit von der sinngemäßen Anwendung des SanG auszugehen.

Grundsätzlich gelten daher die entsprechenden berufsrechtlichen Bestimmungen auch im Bereich der Rettungsflüge.

Die Bestimmung, dass bei Ambulanzflügen auch gehobenes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zum Einsatz kommen kann, erscheint in diesem Zusammenhang schlüssig und rechtskonform, da bei der Verlegung zwischen Krankenanstalten nicht die notfallmedizinische erste Hilfeleistung und Stabilisierung der Vitalparameter im Vordergrund steht, sondern eine kontinuierliche pflegerische Betreuung von Patienten bzw. sog. Intensivpatienten notwendig ist. Korrespondierend dazu ist auch der Verzicht auf die Forderung einer bestehenden Tätigkeitsberechtigung als Notarzt im Rahmen von Ambulanzflügen zu sehen, da bei Verlegungsflügen kein vorerst unbekanntes notfallmedizinisches Problem besteht, sondern der Patient einer hochqualifizierten fachärztlichen Betreuung bedarf.

Die medizinischen Anforderungen zwischen Ambulanzflug und Rettungsflug unterscheiden sich daher deutlich. Während im Ambulanzflug die kontinuierliche Weiterbetreuung des stationären Patienten mit speziellen medizinischen Problemen notwendig ist, benötigt der Notfallpatient eine schnelle Stabilisierung der Vitalparameter, eine Notfalldiagnose mit entsprechender Bergetechnik und Transport in eine zur primären Weiterversorgung geeigneten Krankenanstalt.

Im § 5 Abs. 3 ZARV werden die verantwortlichen Piloten bei der Durchführung des Fluges verpflichtet, die medizinisch begründeten Wünsche des Arztes oder Sanitäters zu berücksichtigen, wenn dadurch die sichere Durchführung des Fluges nicht beeinträchtigt wird. Damit wird der Pilot an die medizinischen Notwendigkeiten, die nur das medizinische Personal beurteilen und mitteilen kann gebunden, bleibt aber trotzdem letztentscheidender und verantwortlicher Experte für die Sicherheit des Luftfahrzeuges.

Bei Einsatz eines LNA werden Notärzte und Sanitäter, des im Rahmen des Großeinsatzes bzw. der Katastrophenhilfe eingesetzten Luftfahrzeuges bei entsprechender Weisungslage bzw. organisationsrechtlicher Regelungen an die Weisungen des LNA gebunden, nicht jedoch der Pilot. Dieser kann nur über Anwendung des § 5 Abs. 3 ZARV organisatorisch eingebunden und verpflichtet werden.

A. Ambulanz-, Such- und Rettungsflugabkommen:

Auf internationaler Ebene wurden bilaterale Abkommen zur Erleichterung von Ambulanz und Rettungsflügen geschlossen.¹¹⁴

¹¹⁴ Republik Ungarn: BGBl. Nr. 619/1995 vom 12. September 1995.

Italienische Republik: BGBl. Nr. 272/1991 vom 7. Juni 1991 idF. BGBl. III Nr. 140/2002 vom 28. Juni 2002.

Republik Slowenien: BGBl. III Nr. 188/2005 vom 4. November 2005.

Schweizerische Eidgenossenschaft: Abkommen zwischen der Republik Österreich und der Schweizerischen Eidgenossenschaft über die Erleichterung von Ambulanz- und Rettungsflügen, unterzeichnet am 3. 3. 2011, 1122 der Beilagen XXIV. GP.

Im wesentlichen Regeln diese Abkommen die Begriffsbestimmungen und Erleichterungen beim Grenzübertritt des medizinischen und fliegerischen Personals. Die Flüge in Österreich müssen bei der Austro Control Gesellschaft für Zivilluftfahrt mit beschränkter Haftung (ACC-Wien) als zuständige Flugsicherungsbehörde gemeldet werden. Flüge von Österreich in einen Vertragspartnersaat müssen vor Abflug mit den Kenndaten des Fluges der national zuständigen Flugsicherungsbehörde gemeldet werden. Im Gegensatz zu Ausnahmebestimmungen bei Katastrophenhilfeeinsätzen auf bilateraler Ebene dürfen Besatzungsmitglieder bei Ambulanz-, Such- und Rettungsflügen keinesfalls bewaffnet sein.

Über die Eingliederung der Luftfahrzeuge bzw. ihrer Besatzungen in nationale Organisationsstrukturen wird in den bilateralen Abkommen keine Aussage getroffen. Sollte eine Einsatzleitung mit einem LNA konstituiert sein, wird aber davon auszugehen sein, dass sich das medizinische Personal des ausländischen Luftfahrzeuges bei Teilnahme an einem nationalen Einsatz den örtlich geltenden Bestimmungen in Bezug auf die Führung zu unterstellen hat.

IX. Dienstrechtliche Aspekte:

Wenn man das Spannungsfeld in dem sich Leitende Notärzte bewegen differenziert aufarbeiten will, kommt man nicht umhin auch die dienstrechtliche Stellung der Notärzte näher zu betrachten.

Wie in vielen Bereichen des Gesundheitswesens zeigt sich auch hier ein durchaus vielfältiges Bild. Auf der einen Seite gibt es die verschiedensten Dienstgeber: Gebietskörperschaften oder Kapitalgesellschaften, gemeinnützige Dienstgeber und gewinnorientierte Unternehmen; auf der anderen Seite fast alle denkbaren Arbeitsverhältnisse: Vom freien Dienstnehmer über ein Dienstverhältnis nach Angestelltengesetz oder als Vertragsbediensteter einer Gebietskörperschaft bis zum Notarzt im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Beamter).

Die Notärzte können bei den Rettungsdiensten direkt angestellt bzw. für sie tätig sein. Es ist aber auch üblich, dass nur das Rettungsmittel von der Rettungsorganisation gestellt wird (NAW oder NEF), die Notärzte aber von einer Krankenanstalt beigestellt werden. Dienstgeber ist in diesem Fall der Rechtsträger der Krankenanstalt, dieser ist über eigene vertragliche Konstruktionen zur Stellung der Notärzte verpflichtet.

In Wien gibt es die Besonderheit, dass die Notärzte Angestellte des Magistrats der Stadt Wien sind und daher eine besondere dienstrechtliche Stellung haben. Sie sind damit theoretisch Teil der Sanitätsbehörde, obwohl ihnen bisher keine behördlichen Aufgaben übertragen wurden und sie daher nicht als Amtsärzte gelten.

Interessant im Zusammenhang mit den dienstrechtlichen Betrachtungen ist die Bewertung der Weisungsabhängigkeit der Notärzte, da diese unmittelbar Auswirkung auf das Verhalten am Notfallort hat.

A. Der Notarzt als freier Dienstnehmer

„Der freie Dienstvertrag begründet, ebenso wie der Arbeitsvertrag, ein Dauerschuldverhältnis oder, wie dies der VwGH ausdrückt, eine Gesamtverpflichtung, dh. eine Verpflichtung, auf längere Dauer Arbeitsleistungen zu erbringen.“¹¹⁵

„Wesentlich für den freien Dienstvertrag ist, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitskraft auf Zeit zur Verfügung stellt. Der freie Dienstnehmer arbeitet zwar überwiegend mit den Betriebsmitteln des Auftraggebers. Seine persönliche Unabhängigkeit zeigt sich

- in fehlenden Weisungsbindungen hinsichtlich Arbeitszeit, Arbeitsort und Verhalten bei der Arbeit,
- in fehlenden Kontrollbefugnissen des Auftraggebers und
- in einer fehlenden Einbindung bzw. Eingliederung in den Betrieb des Auftraggebers.“¹¹⁶

Das Recht auf Vertretung durch eine beliebige, fachlich geeignete Person ist ein wichtiges Indiz für die persönliche Unabhängigkeit des freien Dienstnehmers.

Mit dieser Definition des freien Dienstnehmers ist für die Berufsausübung des Arztes (Notarztes) primär das ÄrzteG maßgeblich, da die vertragliche Verpflichtung zum Rechtsträger des Rettungsdienstes in der Regel auf Erbringung der notärztlichen Leistung ausgelegt ist. Damit sind weitergehende Organisationsvorschriften des Dienstgebers nur dann bindend, wenn sie vom freien Dienstnehmer als Vertragsinhalt ausdrücklich anerkannt wurden.

Die Rettungsorganisation kann nicht voraussetzen, dass ihre Organisationsvorschriften automatisch vom dem, als freier Dienstnehmer tätigen Notarzt anerkannt wurden.

Damit besteht aber bereits ein weiteres Spannungsfeld zwischen dem oft persönlich unabhängig tätigen Notarzt und den, an ihre Dienstgeber

¹¹⁵ Tomandl, Grundriß Sozialrecht (2002) Rz 69.

¹¹⁶

http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=423637&DstID=0&titel=Freier,Dienstvertrag,-,arbeitsrechtlich

dienstrechtlich und durch Organisationsvorschriften gebundenen Sanitätern.

Als anschauliches Konfliktbeispiel kann die Zusammenarbeit von Notärzten mit dem Roten Kreuz dargestellt werden: Der Notarzt wird den Bestimmungen des ÄrzteG und der notfallmedizinischen Literatur folgend im MANV die Funktion eines „LNA ad interim“ am Notfallort beanspruchen, die Sanitäter des Roten Kreuzes müssen, ihren dienstrechtlich festgelegten organisatorischen Bestimmungen folgend, die Einsatzleitung vor Ort beanspruchen. Für beide Funktionen gibt es in fast allen landesrechtlichen Bestimmungen keine gesetzliche organisationsrechtliche Grundlage, sondern allein die internen Bestimmungen der Rettungsdienste.

Relevante Konflikte an Einsatzorten zwischen Ärzten und Sanitätern wurden bisher nur durch die offensichtlich hohe Professionalität, Kooperations- und Teamfähigkeit aller beteiligten Personen vermieden.

B. Der Notarzt als unselbständig erwerbstätiger Dienstnehmer

Ein zweiter oft beschrittener dienstrechtlicher Weg ist die Anstellung der Notärzte beim Rechtsträger einer Krankenanstalt, die auch als Notarztstützpunkt dient.

In diesem Fall steigen für den Notarzdienst eingeteilte Spitalsärzte zu dem vom Rettungsdienst gestellten Notarztrettungsmittel zu. Das Sanitätspersonal wird ebenfalls vom Rettungsdienst beigestellt.

In diesem Fall unterliegt der als Dienstnehmer tätige Notarzt den Weisungen seines Dienstgebers. Dieser ist jedoch nicht der Rettungsdienst sondern der Spitalsträger. Bei fehlender Abstimmung der Weisungslage des Spitalsträgers mit der des Rettungsdienstes kann es ebenfalls zu relevanten Problemen am Notfallort kommen.

Der in dieser dienstrechtlichen Konstellation tätige Notarzt kann aber in der Regel darauf vertrauen, dass im Schadensfall auch der Rechtsträger für seine Weisungen oder die Unterlassung von Klarstellungen haftet.

Eine mögliche Lösung zu Vermeidung von Spannungsfeldern wäre eine Vereinbarung zwischen den Rechtsträgern, dass die für den Rettungsdienst tätigen Ärzte für die Dauer dieser Tätigkeit der Weisungslage des Rettungsdienstes unterliegen.

Für Notärzte in einem öffentlich rechtlichen Dienstverhältnis sind das jeweilige Beamtendienstrecht und die Weisungslage der Dienststelle (Dienstbehörde) maßgeblich. Einzig eine strafrechtlich relevante Weisung darf nicht befolgt werden. Sollte die Weisungslage keinen Hinweis auf das Verhalten im MANV geben wird jedenfalls auf die Bestimmungen des ÄrzteG und die Lex Artis auszuweichen sein.

Im Sonderfall des Landes Wien sind die Notärzte Bedienstete des Magistrats der Stadt Wien. Es gibt sowohl Ärzte im öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis als auch vertragsbedienstete Ärzte.

Wien hat aber, als einziges Bundesland bisher, das rechtliche Spannungsfeld für die Notärzte weitgehend aufgelöst und gesetzlich eindeutige organisationsrechtliche Bestimmungen geschaffen. Für alle leitenden Ärzte von Rettungsdiensten wird die Qualifikation LNA gefordert. Der städtische Rettungsdienst bestimmt auch den LNA am Schadensort, der die Einsatzleitung der Rettungsdienste vor Ort inne hat. Somit ist die Abteilungsleitung der Magistratsabteilung 70 (MA 70) für die Bestellung des LNA zuständig, der in der Regel aus den Reihen der angestellten Ärzte der MA 70 stammt. Der LNA in Wien wird als Angehöriger der Sanitätsbehörde auf gesetzlicher Grundlage im Rahmen der allgemeinen Gefahrenabwehr tätig.

C. Weisungsbindung des Notarztes und des Leitenden Notarztes (LNA)

Wenn man davon ausgeht, dass ein LNA sich nicht selbst in Funktion setzen kann, sondern von einer übergeordneten Stelle bzw. Behörde bestellt werden muss, ist erkennbar, dass auch der LNA einer Weisungsbeziehung unterliegt.

Bereits den berufsrechtlichen Bestimmungen über den LNA ist zu entnehmen, dass er Weisungen einer behördlichen Einsatzleitung unterliegt und diese allenfalls beraten kann.

Im Rahmen der unselbständigen Tätigkeit als Dienstnehmer unterliegt der Notarzt dem Weisungs- und Direktionsrecht des Dienstgebers, das seine rechtliche Basis im Dienstvertrag oder auch den entsprechenden Dienstrechtsgesetzen (öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis) findet.¹¹⁷

Das Weisungsrecht des Dienstgebers erschöpft sich im medizinischen Kernbereich der ärztlichen Tätigkeit, wenn die erteilte Weisung nicht mehr mit den Regeln der ärztlichen Kunst vereinbart werden kann.¹¹⁸ Eine fachliche Weisungsgebundenheit auch im weiteren Sinne wird aber gegenüber vorgesetzten Ärzten bestehen, die in der Regel auch den fachlichen Hintergrund ihrer Weisung abdecken können. Eine Meinungsverschiedenheit ist nach *Mazal* im fachlichen Diskurs zu lösen.¹¹⁹

Ähnlich einem Spitalsarzt ist damit auch der angestellte Notarzt in einem Geflecht von Weisungszusammenhängen eingebettet.¹²⁰ Durch die Einbettung in dieses Weisungsgeflecht ist aber der Dienstgeber auch für das Erteilen bzw. die Unterlassung von organisatorischen Weisungen und Richtlinien verantwortlich.

Wenn die Weisungslage für den angestellten Notarzt keine Bestimmung über die Tätigkeit als LNA enthält und auch den landesrechtlichen Bestimmungen nichts entnommen werden kann, darf sich der Dienstnehmer auch nicht die Stellung eines LNA anmaßen. Im Anlassfall wird einzig die Position eines „LNA ad interim“ mit den notfallmedizinisch zu begründenden Koordinationstätigkeiten und medizinischen Anordnungen an das Sanitätspersonal zum Tragen kommen.

¹¹⁷ Vgl. *Grimm*, Die Weisungsbindung des Spitalsarztes (1999), S. 45.

¹¹⁸ *Wallner* vertritt dagegen eine noch weitergehende Weisungsfreiheit von Ärzten gegenüber „Nichtärzten“. Es ist Sinn des § 3 Abs. 2 ÄrzteG abzusichern, dass nicht nur im Interesse des Arztes, sondern vor allem im Interesse der Patienten, Ärzte autonom und ohne Einfluss durch Fachfremde Patienten betreuen können. Vgl. *Wallner* aaO., S. 47.

¹¹⁹ *Mazal*, Zusammenarbeit, S. 39, 41.

¹²⁰ Vgl. *Grimm*, aaO., S. 47.

Der Dienstgeber haftet aber damit auch für alle daraus entstehenden Folgeschäden an Patienten, die nicht sachgerecht versorgt werden konnten.

Sieht die lokale Weisungslage des ärztlichen Dienstgebers in Abstimmung mit dem Rettungsdienstträger jedoch einen leitenden Arzt bzw. LNA vor, dann sind für den Dienstnehmer die berufsrechtlichen Bestimmungen des ÄrzteG inklusive dem vorgesehen Weisungsrecht im Einsatz anwendbar bzw. hat der Dienstgeber unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben die dienstrechtliche Weisungslage entsprechend zu gestalten.

Auch in der Konstellation der Einbindung in ein dienstrechtliches Weisungsnetz können erhebliche Spannungsfelder für einen LNA auftreten. Als Beispiel kann hier wieder die Situation der Wiener Berufsrettung herangezogen werden, wenn der Abteilungsleiter der MA 70 selbst am Einsatz teilnimmt und nicht die Funktion eines LNA ausüben kann oder will. In diesem Fall wäre er als am Einsatz beteiligtes Sanitätspersonal oder Arzt dem LNA in Bezug auf den Einsatz weisungsgebunden, obwohl er dienstrechtlich dem LNA übergeordnet ist und in Bezug auf das Direktionsrecht dem LNA weisungsbefugt wäre.

Wie bereits erwähnt kann ein Konflikt auf dieser Ebene und für den Bereich des Einsatzes nach WKKG aus Sicht des Autors nur durch Enthebung des LNA und die Bestimmung eines neuen LNA gelöst werden, der dann im Sinne des Abteilungsleiters handelt.

Der behördliche Einsatzleiter nach WKKG, dem der LNA während des Einsatzes ex lege weisungsgebunden ist, wird durch die Feuerwehr der Stadt Wien gestellt.

X. Verhältnis Bundesrecht zu Landesrecht

An dieser Stelle ist zu diskutieren, wie sich eine bundesgesetzliche Bestimmung auswirkt, wenn bundesgesetzliche Vorgaben nicht im Landesrecht umgesetzt werden.

Grundsätzlich ist es möglich, dass Bund und Länder unter verschiedenen Gesichtspunkten ein und dieselbe Materie nicht nur in ähnlicher Weise, sondern auch unterschiedlich bzw. gegenläufig regeln. Als verfassungsrechtliche Schranke für diese Befugnis hat aber das bundesstaatliche Berücksichtigungsgebot zu gelten. Ein Kompetenzträger hat dabei im Rahmen der autonomen Kompetenzen stets auch die Ziele und Interessen des anderen Kompetenzträgers mit zu berücksichtigen. Gesetzliche Regelungen anderer Gebietskörperschaften dürfen durch eigene Bestimmungen nicht unwirksam gemacht werden. Wird eine derartige Wirkung erzielt, sind die betreffenden Bestimmungen wegen Widerspruches zum bundesstaatlichen Berücksichtigungsgebot verfassungswidrig.¹²¹

Es stellt sich die Frage, ob die Regelungen über den LNA in landesgesetzliche Bestimmungen übergeführt werden müssen bzw. werden die berufsrechtlichen Bestimmungen über den LNA in Bundesländern ohne gesetzliche Umsetzung unwirksam? Die Problemstellung entsteht durch die oft geäußerte Rechtsmeinung, dass sich der LNA nicht selbst in Funktion setzen kann.¹²²

Der LNA muss im Sinne der Rechtsmeinung von *Stärker* von der zuständigen Einrichtung bzw. zuständigen Behörde in Funktion gesetzt werden.

Man könnte daher schnell zu dem Schluss kommen, dass wenn ein LNA nicht in Funktion gesetzt wird bzw. wenn sich in den landesrechtlichen

¹²¹ *Stolzlechner*, Einführung in das öffentliche Recht⁴ (2007), RZ 279.

¹²² *Stärker* in *Emberger/Wallner* Ärztegesetz 1998 (2004) § 40 FN 16.

Bestimmungen kein Hinweis auf die Funktion eines LNA findet, dieser nicht existent ist.

Bei genauer Interpretation der Bestimmungen über den LNA stößt man jedoch auf mehrere Aspekte.

Entsprechend dem zuvor zitierten Berücksichtigungsgebot kann auch die fehlende korrespondierende gesetzliche Regelung einer Gebietskörperschaft nicht zur gänzlichen Unwirksamkeit bundesstaatlicher Regelungen im eigenen Wirkungsbereich führen.

Die im § 40 Abs. 4 ÄrzteG formulierten Bestimmungen können auch als qualitätssichernde Maßnahme interpretiert werden. Es wird normiert, dass alle Ärzte die beabsichtigen, eine leitende notärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste zu übernehmen, eine entsprechende Fortbildung gem. § 40 Abs. 5 leg. cit. zu absolvieren haben.

Es kann daher offensichtlich nicht davon abhängen, ob ein Landesgesetz einen LNA explizit erwähnt, sondern ob in den organisationsrechtlichen Bestimmungen über den Rettungsdienst eine leitende notärztliche Funktion vorgesehen ist (Stützpunktleiter, leitender Flugrettungsarzt, ärztlicher Leiter Rettungsdienst).

Die Übernahme einer derartigen Leitungsfunktion impliziert, dass eine entsprechende fachliche Qualifikation vorhanden sein muss.¹²³ In diesem Sinne wäre die Ausschreibung und Besetzung einer, als Leitungsfunktion im organisierten Rettungsdienst definierten Arztstelle mit Persönlichkeiten ohne die Qualifikation LNA oder zumindest einer vergleichbaren Qualifikation rechtswidrig. Rechtlich könnte für den einzelnen Arzt eine Einlassungsfahrlässigkeit schlagend werden, wenn er eine derartige Position ohne entsprechende Fortbildung übernimmt. Für den Rechtsträger wäre ebenfalls eine zivilrechtliche Haftung zu diskutieren. In bestimmten Fällen wäre auch eine Haftung im Sinne des Verbandsverantwortlichkeitsgesetzes (VbVG)¹²⁴ zu erwägen, für den Fall

¹²³ Vgl. §1299 ABGB.

¹²⁴ Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit von Verbänden für Straftaten (Verbandsverantwortlichkeitsgesetz - VbVG), BGBl. I Nr. 151/2005.

dass ein Pat. durch die bereits zuvor bekannte fehlende Qualifikation eines in leitender Funktion eingesetzten Notarztes zu Schaden kommt.

Im § 40 Abs. 9 leg. cit. wird die Stellung von Leitenden Notärzten im Einsatzfall beschrieben. Diese Bestimmung kann durchaus von den im Abs. 4 und 5 getroffenen Regelungen getrennt betrachtet werden.

Während die Stellung und Kompetenzen leitender Ärzte innerhalb der Rettungsdienste, durch die organisationsrechtlichen Bestimmungen der Landesgesetzgebung bzw. durch die dienstrechtlichen Regelungen der Rechtsträger ausgestaltet werden, sind im § 40 Abs. 9 leg. cit. die Stellung und Befugnisse eines LNA im Einsatzfall definiert.

Wenn der definierte leitende Arzt, einer mit dem Rettungsdienst betrauten Organisation, am Einsatz beteiligt ist, stehen ihm aufgrund der bisher diskutierten Rechtsmeinung die im § 40 Abs. 9 normierten Weisungsbefugnisse in Bezug auf das Personal des zugeordneten Rettungsdienstes ohne weiteren formellen Akt zu. Bei fehlenden landesgesetzlichen Regelungen kann aber der Träger des Rettungsdienstes mit dienstrechtlichen Maßnahmen Befugnisse und Verantwortlichkeiten des leitenden Arztes vor Ort entsprechend der eigenen Anforderungen modifizieren.

Im Sinne der Zuständigkeitsregelung können sich diese Weisungsbefugnisse nur auf die örtliche und sachliche Zuständigkeit des Leitenden (Not-)Arztes beschränken.

Da jeder leitende Arzt für eine Vertretung im Notfall zu sorgen hat kann dieser die Funktion auch auf andere vor Ort befindliche, entsprechend qualifizierte Ärzte übertragen.

In Bundesländern die keine weitergehenden organisationsrechtlichen Vorgaben an die Rettungsorganisationen bzw. Leitstellenbetreiber treffen, wird es von den organisatorischen Strukturen der, mit dem Rettungsdienst betrauten Rechtsträger abhängen, ob ein leitender (Not-)Arzt bestellt wird.

Da der § 23 Abs. 1 SanG für die fachliche Aufsicht einer Organisation, die Sanitäter beschäftigt keine bestimmte ärztliche Qualifikation, sondern nur

allgemein eine fachliche Eignung verlangt, kann diese Bestimmung nicht für die Definition der Stellung des leitenden Arztes einer Rettungsorganisation herangezogen werden. Es auch zu beachten, dass im SanG nicht die Struktur und Organisation des Rettungsdienstes, sondern nur die Tätigkeitsberechtigung von Sanitätern im Allgemeinen geregelt wird. Sanitäter können in allen Organisationen eingesetzt werden die sich mit dem Transport von Personen beschäftigen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen. Es muss sich nur um eine nach den entsprechenden landesrechtlichen Bestimmungen genehmigte Organisation oder um den Sanitätsdienst des Bundesheeres handeln.

Die Rechtsmeinung, dass sich ein LNA nicht selbst in Funktion setzen kann, ist durchaus schlüssig. Es muss, bei Fehlen entsprechender landesgesetzlicher Regelungen zumindest ein vertragliches oder dienstrechtlich geregeltes Verhältnis zum örtlich zuständigen Träger des organisierten Rettungsdienstes bestehen und ein LNA bzw. leitender Arzt dienstrechtlich vorgesehen sein.

Die Weisungsbefugnisse des, durch den Träger des Rettungsdienstes eingesetzten LNA erstrecken auf die Zuständigkeitsbereiche des Rettungsdienstes.

Als Spannungsfeld kann die Berufung von mehreren Rettungsorganisationen mit Notärzten an einen Einsatzort gesehen werden, wenn seitens des Landesgesetzgebers keine Bestimmungen über die Stellung eines LNA getroffen wurden. Hier kann im Wesentlichen nur die von den Beteiligten akzeptierte Stellung des ersteintreffenden Notarztes als „LNA ad interim“ zum Tragen kommen.

XI. Großveranstaltungen/Katastrophenhilfe

Im Rahmen von Großveranstaltungen kommen die veranstaltungsrechtlichen Bestimmungen der Bundesländer zur Anwendung. Hier ist die Fragestellung nach der Funktion und den Kompetenzen des LNA etwas schwieriger zu diskutieren und zu lösen.

Die Veranstaltungsgesetze sehen mit Ausnahme der Regelungen des Landes Wien, keinen zahlenmäßig quantifizierten sanitätsdienstlichen bzw. rettungsdienstlichen Permanenzdienst an Veranstaltungsorten vor. Die landesrechtlichen Bestimmungen einiger Bundesländer sehen vor, dass sich die Rettungsdienste an der sanitätsdienstlichen Absicherung von Veranstaltungen zu beteiligen haben.

Es obliegt aber zumeist den zuständigen Behörden einen derartigen Dienst und vor allem dessen personellen und materiellen Umfang vorzuschreiben.

Um keine Einlassungsfahrlässigkeiten zu begehen sind Rettungsorganisationen, die mit derartigen Permanenzdiensten beauftragt werden angehalten, eine auf wissenschaftlicher Grundlage basierende Gefahrenanalyse durchzuführen und den Personalbedarf entsprechend festzusetzen.

Eine international anerkannte Berechnungsgrundlage stellt die sog. Maurer-Formel dar, die mittels Bewertungen entsprechend der Teilnehmeranzahl und dem vorhandenen Gefahrenpotential eine notwendige Anzahl von Sanitätern und Notärzten vorgibt.¹²⁵ Da bei Einsatz einer größeren Anzahl von Einsatzkräften eine Führungsstruktur und damit auch eine Gliederung der Verantwortlichkeiten notwendig wird, muss auch über den Einsatz eines leitenden und damit medizinisch verantwortlichen (Not-)Arztes diskutiert werden. Mit Einsatz eines verantwortlichen Notarztes wird im Sinne der zuvor diskutierten

¹²⁵ Gattermann/Haschke/Hersche/Waldau/Zoratti, Handbuch für die Sicherheit von Großveranstaltungen, ÖISS, S. 104-111.

Rechtsmeinung automatisch ein LNA definiert, dessen Zuständigkeitsbereich die personelle und räumliche Ausdehnung der Veranstaltung umfasst.

Dieser Zuständigkeitsbereich ergibt sich aus dem Umfang des Auftrages an die, die Veranstaltung betreuende Rettungsorganisation.

Ein LNA in diesem Bereich wird natürlich nicht von einer Behörde berufen oder eingesetzt, sondern von der die Veranstaltung betreuenden Rettungsorganisation oder dem Veranstalter. Die Behörde kann allenfalls die Benennung eines verantwortlichen LNA im Rahmen des Genehmigungsbescheides vorschreiben.

Sollte durch die Leitung des rettungsdienstlichen Permanenzdienstes ein leitender Notarzt benannt werden, wird davon auszugehen sein, dass für diesen LNA in Bezug auf die im Rahmen der Großveranstaltung eingesetzten Ärzte und Sanitäter alle im § 40 Abs. 9 ÄrzteG genannten Weisungsrechte mit den damit verbundenen Verantwortlichkeiten zu gelten haben.

Da Nichtärzten gegenüber Ärzten in der Regel kein weitergehendes fachliches Weisungsrecht zukommt, haben auch Funktionäre und Repräsentanten der Rettungsorganisation, die als Sanitätspersonal am Einsatz teilnehmen, Weisungen des LNA in Bezug auf den Einsatz zu befolgen.

Dienstrechtliche Einschränkungen der Weisungsrechte des LNA gegenüber dem sanitätsdienstlichen Einsatzleiter würden der derzeit geltenden Rechtslage widersprechen. Sollten diese entweder durch den Veranstalter oder durch die betraute Rettungsorganisation festgelegt werden, kann eine entsprechende Haftung des Veranstalters oder der Rettungsorganisation bei daraus resultierenden Schadensfällen entstehen.

Ärzte, die Leitungsfunktionen mit derartig festgelegten Einschränkungen übernehmen, müssen beurteilen ob damit eine den Regeln der Kunst entsprechende Sanitätsversorgung möglich ist. Sollte die Beurteilung

negativ ausfallen und der Notarzt den Dienst als LNA trotzdem antreten wäre der Tatbestand einer Einlassungsfahrlässigkeit möglich.

Ein ev. unlösbarer Konflikt innerhalb der rettungsdienstlichen Einsatzleitung kann einzig dadurch bereinigt werden, dass der LNA durch die zuständigen, vertretungsberechtigten Funktionäre der Rettungsorganisation und damit dem dienstrechtlichen Vertragspartner abberufen wird.¹²⁶ Eine Korrektur der fachlich medizinischen Entscheidung steht Sanitätern in der Regel nicht zu.¹²⁷ Allenfalls ein neu bestellter LNA kann vorangegangene Entscheidungen, auch im Sinne der Einsatzdynamik, widerrufen.

Nach derzeitiger Rechtslage sieht aber kein einziges Veranstaltungsgesetz die verpflichtende Funktion eines LNA vor. Rettungsdienste können daher auch Führungsstrukturen ohne LNA zur Einsatzleitung bei Veranstaltungen vorsehen.

Im Schadensfall wird hier unter Umständen zu beurteilen sein, ob der fachliche und organisatorische Input eines LNA das Schadensausmaß, die Opferzahl und die Zahl der dauerhaft gesundheitlich geschädigten Personen minimiert hätte. In einer zweiten Analyse wird zu bewerten sein, ob die den Dienst ohne LNA durchführende Rettungsorganisation oder der Rechtsträger der für den Genehmigungsbescheid verantwortlichen Behörde im Rahmen der Amtshaftung für den Schaden zur Verantwortung gezogen werden kann. Für den Rechtsträger der Behörde kann die Amtshaftung insbesondere dann schlagend werden, falls nach entsprechender Gefahrenanalyse als nötig erkannte Auflagen (z.B. im Bereich des ärztlichen Dienstes) im Bewilligungsbescheid nicht ausgesprochen wurden.

Für vor Ort im Dienst stehende Notärzte mit LNA-Ausbildung stellt sich die Frage, ob sie verpflichtet sind bei MANV ad hoc die Funktion eines LNA ad interim zu übernehmen. Im Sinne der bereits diskutierten Rechtsmeinung ist diese Frage grundsätzlich positiv zu beantworten.

¹²⁶ Es kann natürlich auch zur Abberufung des OrgL kommen.

¹²⁷ Aufgrund der sich schnell ändernden Einsatzsituation kann dieser Grundsatz aber nur relativ gelten!

Im Katastrophenfall wird die medizinische Versorgung der Opfer in der Regel über den örtlich zuständigen Rettungsdienst erfolgen.

Die Einsatzleitung wird je nach Ausdehnung der Katastrophensituation der Bürgermeister oder der Bezirkshauptmann führen. Notärzte bzw. Leitende Notärzte werden bis auf die Wiener Rechtslage in keinem Katastrophenhilfegesetz erwähnt.

Es besteht in den meisten o.a. Katastrophenhilfegesetzen die Möglichkeit aber nicht die Verpflichtung einen Notarzt bzw. LNA in der Einsatzleitung beizuziehen. Aus dem ÄrzteG ist eine Verpflichtung einen LNA zu bestellen nicht abzuleiten. Dies entspricht den verfassungsrechtlichen (kompetenzrechtlichen) Vorgaben. Das ÄrzteG entfaltet in der Zuziehung von Ärzten in die Einsatzleitung auch keine Bindung an den behördlichen Einsatzleiter.

Das ÄrzteG gibt aber durch den im § 40 Abs. 5 vorgegebenen Fortbildungskatalog einen Wissensstand vor, der im Sinne der ärztlichen Qualitätssicherung beherrscht werden sollte, wenn man in einer Einsatzleitung tätig wird. Der unbezweifelbare Nachweis dieses Wissensstandes wird nur durch die Absolvierung der entsprechenden Fortbildung inkl. der regelmäßigen Refresher-Veranstaltungen erbracht werden können. Bei Fehlen der Fortbildung könnte bei Eskalation der sanitätsdienstlichen Belastung vor Ort in Richtung Katastrophenszenario im Rahmen von Veranstaltungen, die Behauptung haftungsrelevanter Fehler in der Einsatzführung bzw. die Behauptung einer fehlerhaften medizinischen Beratung der Einsatzleitung, eine Umkehr der Beweislast angedacht werden.

Grundsätzlich obliegt nach § 1296 ABGB der Beweis des Verschuldens dem Geschädigten. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht, wenn ein Schuldner seinem Gläubiger durch Verletzung einer vertraglichen oder gesetzlichen Verbindlichkeit, d.h. durch Verletzung einer bereits bestehenden schuldrechtlichen Sonderbeziehung, einen Schaden zufügt. In diesem Fall muss gemäß § 1298 ABGB der Schädiger beweisen, dass ihn daran kein Verschulden trifft (Beweislastumkehr). Der Beweis der

Kausalität obliegt auch in diesem Fall dem Geschädigten.¹²⁸ Im Rahmen von Großveranstaltungen wäre diese zivilrechtliche Konstellation denkbar, wenn man davon ausgeht, dass mittels Kauf einer Eintrittskarte ein Vertrag mit dem Veranstalter zustande kommt. Wird eine Sanitätsversorgung nach international anerkannten Regeln durch den Veranstalter zugesichert und von diesem vom vertraglichen Sanitätsdienst eingefordert, dann hat der Sanitätsdienst im Schadensfall zu beweisen diese Regeln eingehalten zu haben. Bei Fehlen eines verantwortlichen LNA wird dieser Nachweis nicht gelingen.

Die Frage, ob durch die fehlende Bestellung eines LNA eine Haftung nach § 1311 ABGB (Schutzgesetz) bestehen kann, wird zu diskutieren sein. Grundsätzlich sind nicht alle berufsrechtlichen Bestimmungen des ÄrzteG als Schutzgesetze aufzufassen. So hat der OGH kürzlich entschieden, dass die Abgrenzungsregeln des § 31 Abs. 3 leg. cit. nicht uneingeschränkt als Schutznorm zu gelten hat.¹²⁹ Andererseits wird das Bestehen von Schutznormen in ärztrechtlichen Bestimmungen durchaus angenommen.¹³⁰

Unterstellt man, dass durch die fehlende Benennung eines zur medizinischen Leitung qualifizierten Arztes im MANV Patienten unnötig Schäden erleiden werden könnte man zu dem Schluss kommen, dass es sich bei den Bestimmungen des § 40 ÄrzteG um Schutznormen im Sinne des § 1311 ABGB handelt. Andererseits müsste bereits durch das Fehlen eines LNA bereits eine Gefährdungssituation bestehen, was bei „normalen“ Einsatzbelastungen nicht der Fall ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Bestimmungen des § 40 Abs. 8 und 9 ÄrzteG nicht als Schutznormen zugunsten der Patienten im Sinne des § 1311 ABGB zu werten sind.

Für die behördliche Einsatzleitung die auf den fachlichen Input eines LNA in katastrophenmedizinisch relevanten Einsatzszenarien verzichtet, wird

¹²⁸ *Welser*, Bürgerliches Recht II¹³ (2007), S. 320.

¹²⁹ OGH 8 Ob 115/09h.

¹³⁰ *Krempel*, Die Beschränkung des Facharztes auf sein Sonderfach, *ÄrzteWoche*, 3.2.2011, S. 28.

ebenfalls eine Haftung zu diskutieren sein. In diesen Fällen werden aber die Bestimmungen des AHG¹³¹ bzw. OrgHG¹³² zum Tragen kommen.

A. Verantwortlichkeit des LNA im Einsatz

Das ÄrzteG 1998 legt die Verantwortung des LNA vor Ort und die Weisungsbindung der Sanitätskräfte im Sinne des § 48 Abs. 9 auf den sog. Einsatz fest.¹³³

Der Begriff Einsatz ist definiert als abgeschlossene Aktion zur Erledigung einer Aufgabe.¹³⁴ D.h. ein Einsatz hat eine zeitliche und räumliche Begrenzung.

Somit kann sich die Befehlsbefugnis eines LNA nach § 48 Abs. 9 leg. cit. nur auf den räumlichen Bereich und den Zeitraum beschränken für den er bestellt ist.

Der LNA eines Rettungsdienstbereiches wird daher für alle Großeinsätze innerhalb dieses Bereiches zuständig sein.

Etwas komplexer gestaltet sich die Beurteilung im Rahmen von Großveranstaltungen.

Sollte der Träger einer Sanitätsorganisation einen LNA für eine Veranstaltung wie zum Beispiel das Donauinselfest, den Vienna-City-Marathon oder ähnliche Ereignisse bestellen, werden medizinische Verantwortung und Weisungsbefugnis nur für das Sanitätspersonal (Notärzte und Sanitäter) bestehen, die eindeutig dieser Veranstaltung

¹³¹ Amtshaftungsgesetz, BGBl. Nr. 20/1949 idF. BGBl. I Nr. 194/1999.

¹³² Organhaftpflichtgesetz, BGBl. Nr. 181/1967 idF. BGBl. Nr. 104/1985.

¹³³ ÄrzteG 1998 idgF. § 40 Abs. 9:

Der „Leitende Notarzt ist gegenüber den am Einsatz beteiligten Ärzten und Sanitätspersonen weisungsbefugt und hat zur Kennzeichnung Schutzkleidung mit der Aufschrift „Leitender Notarzt“ zu tragen.

¹³⁴ <http://de.wiktionary.org/wiki/Einsatz>

zugeordnet werden können. Definitionsgemäß handelt es sich dabei um den „Innenbereich“ einer derartigen Veranstaltung.¹³⁵

Sollte es durch die Überbelastung der örtlichen Sanitätskräfte des Veranstaltungsbereiches zur Zuziehung übergeordneter Rettungskräfte kommen, wäre durch den übergeordneten Träger des örtlichen Rettungsdienstes zu klären in wie weit bereits eine behördliche Zuständigkeit durch Aktivierung entsprechender Katastrophenpläne besteht. Damit ist auch die Frage zu erörtern, wer die Funktion des LNA weiter ausübt bzw. ob die Behörde auf den fachlichen Rat und die medizinische Leitung eines LNA zurückgreifen will. Die Leitung des übergeordneten Rettungsdienstes könnte als mit behördlicher Funktion beliehene Einrichtung einen neuen LNA berufen.¹³⁶

Im Sinne der Einheit und Kontinuität der Führung und der internationalen Gepflogenheiten wird der für die Veranstaltung zuständige LNA bis zur allfälligen Übernahme durch den LNA des übergeordneten Rettungsdienstes weiter für den Einsatz zuständig bleiben. In diesem Fall wäre aber definitionsgemäß nunmehr von einem sog. „LNA ad interim“ im Sinne der Zuständigkeit der ersteintreffenden Kräfte auszugehen, da ein offizieller behördlicher Auftrag zur Übernahme der Leitungsfunktion in der Regel fehlen wird.

Kritisch und damit für fehlerhafte Abläufe anfällig bleibt aber die Zeit bis zur Übernahme der Leitungsfunktion durch die übergeordnete behördlich legitimierte Einsatzleitung. In der Literatur wird diese Zeitlücke als sog. „Umschaltpause“ bezeichnet. Die Zeitspanne dieser Umschaltpause wird mit mindestens 30-60 min angegeben. Offen ist in diesem Zusammenhang immer die Frage, wie sich die Rettungs- und Sicherheitsdienste vor Ort in diese neue Führungsstruktur integrieren. Dieser „Pferdewechsel im vollen Galopp“ ist bei derartigen Vorfällen die größte Sollbruchstelle in der Sicherheitskonzeption und dem Einsatzablauf.¹³⁷

¹³⁵ Hütte/ Peters, Geteilte Sicherheit – halbe Sicherheit?, in Rettungsdienst, 33. Jg., 2010, S. 33-36.

¹³⁶ Vgl. Andreaus, aaO., S. 46.

¹³⁷ Hütte/Peters, Geteilte Sicherheit-halbe Sicherheit?, aaO..

Im Falle einer rechtlichen Beurteilung von Schadensfällen wird sich daher immer die Frage stellen bis zu welchem Zeitpunkt die örtliche, auf privatrechtlicher Basis tätige, Führungsstruktur zuständig war bzw. ab wann die behördliche Zuständigkeit begonnen hat. Speziell für den bzw. die Leitenden Notärzte kann diese zeitliche Zuordnung von entscheidender haftungsrechtlicher Bedeutung im allfälligen Schadensfall sein.

B. Abschnittsleitung:

Wenn es die Größe eines Einsatzes erfordert, werden durch die Einsatzleitung Unterabschnitte gebildet, für die sog. Abschnittsleitungen zuständig sind. Entsprechend des Umfanges dieser Unterabschnitte eines Einsatzes wird auch die Abschnittseinsatzleitung zu besetzen sein. Diese kann ein einzelner Kommandant vor Ort sein, kann aber auch bis zu einem eingeschränkten Führungsstab ausgebaut werden.

Als Beispiel kann hier der Sanitätseinsatz zur Fußballeuropameisterschaft 2008 gesehen werden.¹³⁸ Sanitätsdienstlich bestand hier eine österreichweite koordinierende Gesamteinsatzleitung durch das Österreichische Rote Kreuz mit großer Stabsdienstbesetzung (Einsatzleiter, stv. Einsatzleiter, Stabsfunktionen S1-S6)¹³⁹ und entsprechend der Zuständigkeit der Bundesländer für den Rettungsdienst und Veranstaltungsbereich auf Länderebene nochmals jeweils eine Einsatzleitung mit vollständiger Stabsbesetzung.

Im Bereich des Landes Wien bestanden unterhalb der Landeseinsatzleitung noch weitere Großabschnitte wie die Public-

¹³⁸ *Führer/Gruß*, Einsatzhandbuch San-Versorgung Euro 2008.

¹³⁹

- S1: Personal
- S2: Lageführung
- S3: Einsatz
- S4: Material und Verpflegung
- S5: Presse und Öffentlichkeitsinformation
- S6: Information und Kommunikation

Viewing-Zone am Rathausplatz/Heldenplatz, das Wiener Ernst-Happel-Stadion und die Katastrophenvorsorge mit Mobilien Sanitätshilfeinheiten.

Im Beispiel Public-Viewing-Zone Rathaus/Heldenplatz waren an Spieltagen bis zu 150 Sanitäter und 9 Notärzte im Einsatz, wobei von einer Zuschauerkapazität von 75 000 Personen auszugehen war.

In diesem Fall stellt sich die Frage wo sich ein LNA für derartige Einsätze aufzuhalten hat.

Streng gesehen handelt es sich um ein Ereignis, welches in viele Teileinsätze auseinanderfällt. Diese Teileinsätze müssen vor Ort abgewickelt werden. Da ein LNA auf Landes- oder Bundesebene hier nicht den Überblick behalten kann, wird er sich ebenfalls einer ärztlichen Abschnittsleitung bedienen müssen, um nicht im Sinne einer Einlassungsfahrlässigkeit zu handeln. Diese würde eintreten wenn er einen Einsatzbereich übernimmt, der von der Größe nicht von einer einzelnen Führungskraft überblick- und führbar ist.

Legt man die Bestimmungen des § 40 ÄrzteG teleologisch im Sinne der ratio legis aus, dann kann der LNA aufgrund seiner Weisungsbefugnis ärztliche Abschnittsleitungen festlegen, die ihm verantwortlich sind. Die Übernahme einer leitenden notärztlichen Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste verlangt jedoch die entsprechende Qualifikation, so dass auch von den ärztlichen Abschnittsleitern die Fortbildung zum LNA vorausgesetzt werden muss.

Bei sinngemäßer Auslegung der Einsatzdefinition hat der ärztliche Abschnittsleiter für seinen Abschnitt die Befugnisse des LNA auszuüben, ist aber für die übergeordnete Koordination an die Weisungen des LNA der übergeordneten Gesamteinsatzleitung gebunden.

Ärztliche Abschnittsleitungen können abhängig von den Bestimmungen der Veranstaltungsgesetzgebung von der Behörde vorgegeben werden oder nach Lagebeurteilung vom LNA innerhalb seines Weisungsrechtes eingesetzt werden.

C. Internationale Katastrophenhilfe:

In der „Entscheidung des Rates vom 8. November 2007 über ein Gemeinschaftsverfahren für den Katastrophenschutz (2007/779/EG, Euratom)“ wurde auf Europäischer Ebene gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, insbesondere auf Artikel 308 und gestützt auf den Vertrag zur Gründung der Europäischen Atomgemeinschaft insbesondere Artikel 203 ein Gemeinschaftsverfahren zur Förderung einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen der Gemeinschaft und den Mitgliedsstaaten bei Katastrophenschutzmaßnahmen, in schweren Notfällen oder unmittelbar drohenden schweren Notfällen eingeführt (Art. 1).

Das Verfahren soll gem. Artikel 1 des zitierten Verfahrens vor allem den Schutz von Menschen gewährleisten, „aber auch die Umwelt und Sachwerte einschließlich Kulturgütern bei Natur- und von Menschen verursachten Katastrophen, Terroranschlägen und Technologiekatastrophen, Strahlen- und Umweltunfällen, einschließlich der unfallbedingten Meeresverschmutzung, die sich innerhalb oder außerhalb der Gemeinschaft ereignen, unter Berücksichtigung der besonderen Erfordernisse der abgelegenen Gebiete, der Regionen in äußerster Randlage und sonstiger Regionen oder Inseln der Gemeinschaft“ schützen. In Artikel 2 des zitierten Verfahrens werden die erforderlichen Maßnahmen und Komponenten die zur Umsetzung erforderlich sind beschrieben. Die folgenden Artikel des zitierten Verfahrens dienen der Begriffsdefinition und der Umsetzung der Maßnahmen in Vorsorge und Reaktion auf die beschriebenen Schutzobjekte.

Artikel 7 des zitierten Gemeinschaftsverfahrens bestimmt in Absatz 4, dass der hilfeersuchende Mitgliedsstaat für die Leitung der Hilfeleistungen zuständig ist. Die Einzelheiten der Ausführung bleiben aber dem vom hilfeleistenden Mitgliedstaat benannten Verantwortlichen überlassen.

Das Verfahren ist sowohl auf EU-Ebene anwendbar, als auch außerhalb der EU. Bei Aktionen außerhalb der EU obliegt die Koordination dem

jeweiligen Vorsitzland im Rat der Europäischen Union und vor Ort ist die Koordination und Zusammenarbeit mit der zuständigen Organisation der „Vereinten Nationen“ (UN) zu suchen.

Derartige Einsätze sind zumeist nicht auf eine medizinische Hilfeleistung beschränkt, so dass die Einsatzleitung nicht bei ärztlichem bzw. medizinischem Personal liegt. Die Leitung eines medizinischen Einsatzmoduls¹⁴⁰ wird aber in der Regel bei einem Arzt liegen. Die Ausbildung zum LNA kann auf europäischer und internationaler Ebene nicht verpflichtend gefordert werden, wird aber bei der Zusammenstellung der nationalen Module sicher ein Qualitätskriterium für die Befähigung zur Leitung notfallmedizinischer Einheiten darstellen können bzw. müssen.

Auf nationaler Ebene haben sowohl der Bund, als zum Teil auch die Länder bi- und multilaterale Abkommen im Bereich des Zivilschutzes abgeschlossen.¹⁴¹

In diesen Abkommen wird die freiwillige Hilfeleistung bei Katastrophen und schweren Unglücksfällen im anderen Vertragsstaat auf dessen Ersuchen geregelt. Es werden einheitliche Begriffe und Einsatzarten definiert und Zuständigkeiten sowie Ansprechpartner festgelegt.

Die Hilfsmannschaften trifft im Rahmen der Katastrophenhilfe kein Passzwang und sie sind vom Nachweis einer Aufenthaltsbewilligung oder eines Sichtvermerkes befreit. Lediglich der Leiter der Hilfsmannschaften

¹⁴⁰ „Modul“ (2007/779/EG, Euratom) ist eine unabhängige und autonome vorab festgelegte aufgaben- und bedarfsorientierte Zusammenfassung der Kapazitäten oder ein mobiles operatives Team der Mitgliedstaaten als Kombination aus personellen und materiellen Mitteln, das gekennzeichnet ist durch seine Fähigkeit zum Einsatz oder zur Aufgabenerfüllung.

¹⁴¹ Bundesrepublik Deutschland: BGBl. Nr. 489/1992 vom 6. August 1992.

Tschechische Republik: BGBl. III Nr. 215/2000 vom 19. Dezember 2000.

Republik Ungarn: BGBl. III Nr. 76/1998 vom 15. Mai 1998.

Slowakische Republik: BGBl. III Nr.155/1998 vom 2. Oktober 1998.

Republik Slowenien: BGBl. III Nr. 87/1998 vom 3. Juni 1998.

Fürstentum Liechtenstein: BGBl. Nr. 758/1995 vom 21. November 1995.

Schweizerische Eidgenossenschaft: BGBl. III Nr. 29/2002 vom 19. Februar 2002.

Republik Kroatien: BGBl. III Nr. 131/2006 vom 31.07.06.

Haschemitisches Königreich Jordanien: BGBl. III Nr. 119/2005 vom 12. Juli 2005.

Europäisches Rahmenabkommen über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit zwischen Gebietskörperschaften: BGBl. Nr. 52/1983.

kann zu einer Ausweiseleistung und dem Nachweis seiner Stellung aufgefordert werden.

Die Koordination und Einsatzleitung obliegt den Behörden des Einsatzstaates, wobei Aufträge an die Hilfsmannschaften des entsendenden Staates nur an die entsprechenden Leiter der Organisationseinheiten zu richten sind.

Sollte im Rahmen der Katastrophenhilfe eine zuständige österreichische Behörde einen LNA mit der medizinischen Einsatzleitung betrauen, kann dieser LNA gemäß der bilateralen Abkommen seine medizinischen Anordnungen an Sanitäter und Ärzte der entsendenden Nation nur im Wege der Einsatzleiter dieser Organisationseinheiten richten. Es werden daher im Rahmen der Katastrophenhilfe auf medizinischem Gebiet laufend umfassende Koordinationsmaßnahmen auf Leiterebene in Bezug auf die Kommunikationswege notwendig sein.

XII. Haftungsrechtliche Probleme des Leitenden Notarztes

Die Haftung leitender Notärzte ist ebenfalls, in Abhängigkeit vom Auftraggeber und dem damit vorgegebenen Verantwortungsbereich zu diskutieren.

Versicherungstechnisch werden Haftpflichtversicherungen von einem sog. Leiterrisiko ausgehen, da leitenden Notärzten ein umfangreiches Weisungsrecht in allen medizinischen Bereichen des Einsatzes zukommt. Im rettungs- und sanitätsdienstlichen Bereich sind medizinische Belange nicht immer eindeutig von organisatorischen zu trennen bzw. machen medizinische Anforderungen organisatorische Maßnahmen notwendig. Somit reicht das Weisungsrecht des LNA auch weit in rein organisatorische Belange des Einsatzes hinein und bindet den Organisatorischen Einsatzleiter.

Es kann daher nicht mehr vom allgemeinen ärztlichen Versorgungsrisiko ausgegangen werden, sondern es besteht eine Verantwortung für die gesamte Einsatzsituation inkl. des Personaleinsatzes.

Der Sanitätsdienst im Rahmen privater Großveranstaltungen wird durch einen privatrechtlichen Vertrag an eine Rettungsorganisation vergeben. Diese hat den Sanitätsdienst und den sog. ärztlichen Permanenzdienst gemäß den Vorgaben des Veranstaltungsbescheides zu organisieren.

Die Beauftragung eines fachlich geeigneten Arztes mit der Funktion des LNA erfolgt mittels vertraglicher Vereinbarung, in der Regel über einen freien Dienstvertrag, durch die Rettungsorganisation.

Es besteht somit ein privatrechtliches Vertragsverhältnis des LNA zur Rettungsorganisation und der Rettungsorganisation zum Veranstalter.

Im Falle eines Schadens besteht somit für geschädigte Personen die Möglichkeit aufgrund schuldhaften Verhaltens des LNA diesen direkt in Anspruch zu nehmen oder die Rettungsorganisation. Es besteht auch die Möglichkeit sowohl den LNA als auch die Rettungsorganisation zu belangen. Es könnte unter Umständen auch die mangelhafte Erfüllung

eines Behandlungsvertrages geltend gemacht werden. Obwohl der primäre Vertragspartner im Rahmen einer Veranstaltung der Rechtsträger des Veranstalters ist, der in der Regel auch die Tätigkeit des Sanitätsdienstes honoriert, kann trotzdem, vergleichbar einer Behandlung auf Sozialversicherungskosten, von einem Behandlungsvertrag bei in Anspruchnahme des Sanitätsdienstes ausgegangen werden. Die Honorierung der Leistung erfolgt über einen Vertrag zugunsten Dritter durch den Veranstalter, die Leistung kann aber erst nach Zustimmung des Patienten erbracht werden. Im Gegensatz zum öffentlichen Rettungsdienst stimmt der Besucher über die allgemeinen Geschäftsbedingungen einer Veranstaltung auch der Wahl des Sanitätsdienstes durch den Veranstalter grundsätzlich zu. Damit sind die von *Andreas* angeführten Einwände gegen das Bestehen eines „klassischen“ Behandlungsvertrages in Bezug auf das Tätig werden eines örtlichen Rettungsdienstes im Rahmen der Sanitätsversorgung einer Veranstaltung nicht anzuwenden.¹⁴²

Somit greift in diesen Fällen jedoch eine zivilrechtliche Haftung nach den allgemeinen Haftungsgrundsätzen des ABGB bzw. bei Regress des Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (DHG)¹⁴³.

„Die Vorschriften des DHG sind auf wirtschaftlich unselbständige Personen anzuwenden, gleichgültig, ob sie in einem privatrechtlichen oder einem öffentlich rechtlichen Dienstverhältnis stehen.“¹⁴⁴

Komplizierter stellt sich die Lage im Falle eines Rettungseinsatzes oder im Rahmen der Katastrophenhilfe dar. Der überwiegende Teil des Rettungsdienstes in Österreich wird durch Beauftragung einer privatrechtlichen Organisation wie z.B. dem Roten Kreuz oder dem Arbeiter-Samariter-Bund betrieben. Damit läge die Annahme nahe, dass damit ein Rettungseinsatz sich ausschließlich auf zivilrechtlicher Basis bzw. im Bereich der Privatwirtschaftsverwaltung abspielt.

*Andreas*¹⁴⁵ hat im Rahmen seiner Dissertation die Rechtsmeinung vertreten, dass die Annahme einer rein privatrechtlichen Beziehung

¹⁴² Vgl. *Andreas*, aaO., S 144.

¹⁴³ Dienstnehmerhaftpflichtgesetz BGBl. Nr. 80/1965 idF. BGBl. Nr. 169/1983.

¹⁴⁴ *Welser*, Bürgerliches Recht II¹³ (2007), S. 361.

zwischen Auftraggeber, Rettungsdienst und Patient zu kurz greift. Durch Beauftragung einer Rettungsorganisation mit der Wahrnehmung der öffentlichen Aufgabe des Rettungsdienstes, der Zuweisung einer allgemeinen Notrufnummer werden wesentliche privatrechtliche Merkmale umgangen. Es kann weder der Rettungsdienst noch der Patient frei über den Rettungseinsatz entscheiden. Der Pat. hat keine Auswahlmöglichkeit über die Rettungsorganisation die auf den Notruf reagiert, noch kann die beauftragte Rettungsorganisation den Einsatz ablehnen.

Im Fall des Großunfalles oder der Katastrophe kommt zu den o.g. Merkmalen noch die hoheitliche Verpflichtung des Staates zur allgemeinen Gefahrenabwehr. Zusätzlich sehen die verschiedenen Rettungsgesetze bzw. Katastrophenhilfegesetze unterschiedlich weit reichende Eingriffsmöglichkeiten in geschützte Rechtsgüter wie z.B. das Eigentumsrecht vor.

„Der Notarzt, der in diesen Fällen die medizinische Einsatzleitung übernimmt, sei es interimistisch oder als zugeteilter LNA kann vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des OGH schon auf dem Boden der geltenden Rechtslage annehmen, dass er im Fall eines rettungsdienstlichen Großeinsatzes oder des Katastropheneinsatzes "in Vollziehung der Gesetze" und damit hoheitlich tätig wird und somit unter die privilegierenden Bestimmungen des AHG bzw. OrgHG fällt.“¹⁴⁶

Die Haftungsfrage kann daher immer nur im Zusammenhang mit dem Tätigkeits- und Verantwortungsbereich des LNA beantwortet werden.

¹⁴⁵ *Andreaus*, aaO., S. 40.

¹⁴⁶ *Aigner*, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, RdM 2002/24.

XIII. Zusammenfassung

Der Leitende Notarzt (LNA) ist in der österreichischen Rechtsordnung über das ÄrzteG verankert und es werden auch regelmäßig Leitende Notärzte bei diversen Großveranstaltungen und Großeinsätzen der Rettungsdienste eingesetzt.

Da für den organisationsrechtlichen Rahmen der Rettungsdienste gem. der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern die Länder zuständig sind, kann im Rahmen des ärztlichen Berufsrechts bundesgesetzlich nur ein Pflichtfortbildungsprogramm, eine Weiterbildung und ein damit verbundener Tätigkeitsrahmen für Leitende Notärzte vorgegeben werden.

Ob und wie Leitende Notärzte verpflichtend im regulären Rettungsdienst, im Veranstaltungsbereich oder im medizinischen Bereich von Katastrophen eingesetzt werden, liegt damit in der autonomen rechtlichen Ausgestaltung der Länder. Bisher wurde der LNA nur in den entsprechenden landesrechtlichen Bestimmungen des Landes Wien explizit umgesetzt.

Da Landesgesetze gemäß dem bundesstaatlichen Berücksichtigungsgebot auf bundesgesetzliche Vorgaben abzustimmen sind bzw. in Verbindung mit den bundesgesetzlichen Bestimmungen interpretiert werden müssen, lässt sich aber ableiten, dass leitende Funktionen im Rettungsdienst (z.B.: Ärztlicher Leiter Rettungsdienst/Tirol, Medizinischer Leiter im Leitstellenbereich/Burgenland) mit entsprechend ausgebildeten Ärzten zu besetzen sind. Zustimmend dazu kann die Rechtsmeinung von *Andreas* gesehen werden der feststellt, dass die Ausbildung zum LNA gerade für die medizinische Leitung von Leitstellen prädestiniert.¹⁴⁷

Es steht den Ländern offen Anpassungen an landesspezifische Gegebenheiten und Schwerpunktsetzungen vorzunehmen, ohne den verfassungsrechtlichen Rahmen zu überschreiten.

¹⁴⁷ *Andreas*, aaO., S. 239.

Das Fehlen landesrechtlicher Regelungen über die Bestellung und den Einsatz Leitender Notärzte führt aber nicht automatisch dazu, dass die Funktion und Qualifikation eines LNA im entsprechenden Bundesland nicht existent bzw. nicht gefordert sind. Ärzte die eine leitende Funktion im Rettungsdienst wie z.B. ärztlicher Leiter Rettungsdienst oder stützpunktleitender Notarzt übernehmen, werden sich bei Fehlen einer Fortbildung als LNA unter bestimmten Umständen einer Einlassungsfahrlässigkeit schuldig machen. Rechtsträger, die Ärzte ohne nachweisbare Qualifikation in leitender notärztlicher Funktion einsetzen können je nach Schadensfall zivilrechtlich oder in speziellen Konstellationen gem. VbVG zur Verantwortung gezogen werden, wenn die fehlende Führungsqualifikation des Notarztes zum Schaden geführt hat. Allenfalls kommen hier auch das AHG bzw. das OrgHG zum Tragen, wenn rettungsdienstliche Strukturen in behördlichem Rahmen oder Auftrag tätig werden.

Ähnliche Grundsätze gelten auch für die sanitätsdienstliche Betreuung von Veranstaltungen. Führt das Fehlen einer übergeordneten entsprechend qualifizierten notärztlichen Leitung zu Schadensfällen, kann dies sowohl dem Veranstalter, dem Rettungsdienst als auch der Bescheid erlassenden Behörde zur Last gelegt werden.

Von Seiten der Judikatur wurde dies jedoch noch nicht abschließend erörtert.

Katastrophen die ein Ausmaß wie bei der „Loveparade“ in Duisburg 2010 mit 19 toten Personen¹⁴⁸ annehmen, könnten aber entsprechende Fragestellungen aufwerfen. Die Katastrophe im Berg Isel Stadion 1999 mit 5 toten Besuchern des „Air and Style“ Wettbewerbes¹⁴⁹ hat erstmals sowohl die Organisation des Sanitätsdienstes und des Sicherheitsdienstes, als auch die Verantwortung der Behörden hinterfragt. Eine Amtshaftung wurde vom OGH jedoch in diesem Fall für die Sicherheitsbehörde und die Gewerbebehörde (verantwortlich für einen

¹⁴⁸ www.tagesschau.de/inland/loveparade114.html

¹⁴⁹ www.wikipedia.org/wiki/Bergisel

allfälligen Befähigungsnachweis des Sicherheitsunternehmens) verneint.¹⁵⁰

Die haftungsrechtliche Stellung der Leitenden Notärzte ist durch die weitgehend fehlende Judikatur und die bisher ebenso spärlich vorhandene Literatur juristisch noch nicht eindeutig geklärt. Im Falle der Betreuung einer Veranstaltung wird wohl von einer allgemeinen zivilrechtlichen Haftung und den Bestimmungen des DHG auszugehen sein, wenn der LNA über ein Vertragsverhältnis mit dem Veranstalter oder einer Rettungsorganisation eingesetzt wird.

Ob bei Rettungseinsätzen von einer Beleihung mit hoheitlichen Aufgaben und damit einer privilegierenden Amtshaftung bzw. Organhaftung ausgegangen werden kann, ist in Diskussion. Aufgrund der bisherigen Rechtsprechung des OGH und der überblickbaren Literatur kann diese Beleihung jedoch angenommen werden.¹⁵¹

Die rezente Rechtsprechung des EuGH in Bezug auf das Vergaberecht, stellt diese Rechtansicht aber wieder in Frage bzw. verlangt eine neue Definition und Trennung zwischen medizinischer Leistung und überwiegenden Transportaufgaben.¹⁵² Bei Überwiegen der reinen Transportleistung gilt der Kranken- oder Rettungstransport als privatrechtliche Dienstleistung.

Literatur und Judikatur sind zu diesem Thema jedoch ebenfalls noch sehr spärlich vorhanden. Somit kann auch nicht vorausgesehen werden wie sich die österreichische höchstgerichtliche Rechtsprechung im speziellen Anlassfall unter Berücksichtigung der Vorgaben des EuGH positionieren wird.

Es ist daher zu fordern, dass auf landesgesetzlicher Ebene Aufgaben und Berufungsgrundlagen für Leitende Notärzte endlich umfassend geregelt werden um Rechtssicherheit herzustellen. Bisher scheinen die Länder vor allem aufgrund der möglicherweise auflaufenden Kosten für Bereitschaftsdienste und dem dadurch zusätzlich notwendigen Personal vor einer Regelung zurückzuschrecken.

¹⁵⁰ OGH 1 Ob 12/06f

¹⁵¹ Vgl. *Andreas* aaO. S. 46.

¹⁵² EuGH 29. 4. 2010, C-460/08, Kommission/Deutschland.

Grundsätzlich ist seit der 14. Novelle zum ÄrzteG für freiberuflich tätige Ärzte eine Haftpflichtversicherung verpflichtend vorgeschrieben.¹⁵³ Ärzten die die Position eines LNA übernehmen, ist darüber hinaus ein umfassender Versicherungsschutz unter Berücksichtigung des sog. Leiterrisikos sowohl im Bereich des Rechtsschutzes als auch der Haftpflicht anzuraten. Ob damit noch ein kostendeckender leitender notärztlicher Dienst möglich ist, kann im Licht der derzeit im Rettungsdienst gezahlten Honorare bezweifelt werden.

Die Tätigkeit als LNA erfordert damit weiterhin ein hohes Maß an Risikobereitschaft, Gemeinnützigkeit und persönlichen Idealismus. Bei Fehlen einer landesgesetzlichen Regelung kann das Risiko vor der Übernahme eines LNA Dienstes nur durch entsprechend gute vertragliche Klauseln minimiert werden. Es sollte auch vertraglich geklärt sein, wie weit die Weisungsbefugnisse des LNA reichen und welcher Personenkreis ihnen unterworfen ist. Bei unklaren Bestimmungen ist von der Übernahme einer derartigen Position abzuraten.

In Zeiten in denen ein immer höherer fachlicher Maßstab und höhere Professionalität gefordert werden, sollten sich die Rechtsträger und damit die Länder darüber im Klaren sein, dass Rettungsdienst in gleichbleibender Qualität und Sicherheit nicht billiger sondern eher teurer werden wird.

Ein Verzicht auf qualifizierte präklinische ärztliche Versorgung würde zwar kurzfristig eine finanzielle Entlastung bedeuten, aber eine völlige Neuordnung der nofallmedizinischen Versorgung außerhalb der Spitäler und eine Organisation der Aufnahmestationen als interdisziplinäre Notfallaufnahmen nach amerikanischem Vorbild verlangen.

Aus der derzeitigen Studienlage lässt sich entgegen der Ansicht von *Andreas*¹⁵⁴ derzeit nicht ableiten, dass der Verzicht auf akademische Heilkünste in der Präklinik ohne Verlust der Versorgungsqualität möglich ist.¹⁵⁵

¹⁵³ BGBl. I Nr. 61/2010

¹⁵⁴ *Andreas*, aaO. S. 266.

¹⁵⁵ *Hoedtke et al.*, Polytraumaversorgung, Notarzt, Oktober 2010, S. 209ff.

Ein Abstimmten der landesgesetzlichen Organisationsvorschriften mit den berufsrechtlichen Regelungen des LNA muss daher im Sinne einer gesicherten hochwertigen notfallmedizinischen Versorgung und im Sinne der Rechtssicherheit der im Rettungsdienst tätigen Personen eingefordert werden.

Literatur- und Judikaturverzeichnis:

1. *Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Manz, Stand November 2010.
2. *Aigner/Kierein/Kopetzki*, Ärztegesetz 3. Auflage idF. der 8. Ärztegesetz-Novelle, Manz 2007.
3. *Aigner*, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Recht der Medizin, Manz 2002/24.
4. *Andreas*, Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation Univ. Wien 2009.
5. *Beran/Fritz/Haslinger/Bumberger*, Das Recht der Krankenpflege, Med techn Dienste 96, 1994.
6. *Binz*, Konzept zur Bewältigung ausserordentlicher sanitätsdienstlicher Lagen mit Massenanfall von Patienten, Gesundheitsamt Kanton Solothurn, Feb. 2008.
7. *Bittger*, Großunfälle und Katastrophen, Einsatztaktik und Organisation, Schattauer 1996.
8. *Dittrich/Tades*, MGA-ABGB, 35. Auflage, Manz 1999.
9. *Emberger/Wallner*, Ärztegesetz 1998 mit Kommentar, Verlagshaus der Ärzte 2004.
10. *Führer/Gruß*, Einsatzhandbuch San-Versorgung, Euro 2008.
11. *Gattermann/Hascke/Hersche/Waldau/Zoratti*, Handbuch für die Sicherheit von Großveranstaltungen, Österreichisches Institut für Sportstättenbau, ÖISS.
12. *Grimm*, Die Weisungsbindung des Spitalsarztes, Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 9, Manz 1999.
13. *Hausreither/Kanhäuser*, Sanitätäergesetz, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2004.
14. *Hellwagner/Hellwagner*, Turnusärzte im Rettungsdienst, eine rechtliche Zwickmühle? Recht der Medizin 6/2000.
15. *Hempelmann/Adams/Sefrin*, Notfallmedizin, Thieme 1999.
16. *Hitzenstern v., Hrsg.*, Notarzteitfaden: Diagnostik, Therapie – Organisation, Abrechnung 1. Auflage, Fischer Verlag 1996.

17. *Hoedke J. et al.*, Polytraumaversorgung - Quo vadis? – Von goldenen Stunden, platinen Minuten, ein Vergleich unterschiedlicher Strategien und Ausbildungskonzepte, *Der Notarzt*, Oktober 2010, Thieme Verlag, S. 209 ff.
18. *Hütte/Peters*, Geteilte Sicherheit – halbe Sicherheit? Strukturelle Probleme der Betreuung von Großveranstaltungen, *Rettungsdienst*, 33. Jg., S. 33 - 36.
19. *Koziol/Welser*, Grundriss des bürgerlichen Rechts, Band I: Kletecka, Allgemeiner Teil, Sachenrecht, Familienrecht, 13. Auflage, Manz 2006.
20. *Krempel*, Die Beschränkung des Facharztes auf sein Sonderfach, in *ÄrzteWoche* 3. Februar 2011, S 28.
21. *Mazal*, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung, W. Braumüller GmbH Universitäts- und Verlagsbuchhandlung 1992.
22. *Mazal*, Zur Zusammenarbeit unter Ärzten sowie zwischen Ärzten und Nichtärzten in Krankenanstalten, in *Tomandl* (Hrsg.), Sozialrechtliche Probleme bei der Ausübung von Heilberufen (1996) 29.
23. *Nolan/Gabbott/Lockey/Mitchell/Perkins/Pitcher/Soar*, Erweiterte Lebensrettende Maßnahmen (Advanced Life Support, ALS) 5. Auflage, European Resuscitation Council 2008.
24. *Radner, Hrsg.*, Arbeitsrechtsfragen für Ärzte und kooperierende Berufe, Universitätsverlag Rudolf Trauner, 2003.
25. *Schmidt-Assmann, Hrsg.*, Besonderes Verwaltungsrecht, 13. Auflage, de Gruyter Verlag, 2005.
26. *Seekamp/Dirks*, Großveranstaltungen – ÄLRD/LNA – Recht des Notarztes, in *Notfall & Rettungsmedizin* 2004, 7, S. 359 - 365.
27. *Skiczuk*, Berufs- und Tätigkeitsschutz der österreichischen Gesundheitsberufe unter besonderer Berücksichtigung der Ärzte und Psychotherapeuten, neuer wissenschaftlicher Verlag 2006.
28. *Solomone/Pons, ed.*, PHTLS Prehospital Trauma Life Support, Elsevier Inc. 2007.
29. *Stolzlechner*, Einführung in das öffentliche Recht, 4. Auflage, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung Wien 2007.

30. *Tomandl*, Grundriss des österreichischen Sozialrechts, 5. Auflage, Manz 2002.
31. *Wallner*, Handbuch Ärztliches Berufsrecht, LexisNexis 2011.
32. *Weisser*, Das österreichische Sanitätergesetz 2009, Diplomarbeit Universität Wien 2009.
33. *Welser*, Grundriss des bürgerlichen Rechts Band II, 13. Auflage, Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung Wien 2007.
34. *Walter/Mayer/Kucsko-Stadlmayer*, Bundesverfassungsrecht 10. Auflage, Manz 2007.
35. Basler Zeitung Ausgabe 24.11.2009
36. <http://www.onmeda.de/lexika/persoenlichkeiten/larrey.html>
37. http://de.wikipedia.org/wiki/Jarom%C3%ADr_Mundy
38. http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AnglID=1&StID=423637&DstID=0&titel=Freier,Dienstvertrag,-,arbeitsrechtlich
39. http://de.wikipedia.org/wiki/Erste_Hilfe
40. <http://p116282.mittwaldserver.info/462.0.html>
41. www.tagesschau.de/inland/loveparade111.html
42. www.wikipedia.org/wiki/Bergisel
43. Rotes Kreuz Rahmenvorschrift für den Rettungs- und Krankentransportdienst, beschlossen in der 168. Sitzung des Arbeitsausschusses am 16.3.2000, letzte Änderung betreffend SanG beschlossen in der 177. Sitzung der Präsidentenkonferenz am 31.5.2002.
44. Rotes Kreuz Rahmenvorschrift Großunfälle, beschlossen in der 168. Sitzung des Arbeitsausschusses am 16.3.2000, letzte Änderung 197. Präsidentenkonferenz am 11.5.2000.
45. OGH 1 Ob 35/87, SZ 60/236, 11. 11. 1987.
46. OGH 10 Ob 2348/96h, 3. 9. 1996.
47. OGH 4 Ob 166/03w, Recht der Medizin 2004/27.
48. OGH 1 Ob 12/06f, 7. 3. 2006.
49. OGH 8 Ob 115/09h, 23. 3.2010.
50. EuGH 29. 4. 2010, C-460/08, Kommission/Deutschland.