

## Überlegungen zur Novellierung des Sanitätergesetzes (SanG)

ÖGERN-Positionspapier vom 4. Oktober 2022

Das Sanitätergesetz (SanG) besteht seit 20 Jahren. Bereits vor einigen Jahren wurde über eine Novellierung des Berufs- und Tätigkeitsrechts der Sanitäter:innen in Österreich diskutiert. Im Bundesministerium für Gesundheit wurde 2018 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die jedoch aufgrund einer spontanen Änderungen im Regierungsteam als auch wegen COVID-19 vorläufig ausgesetzt wurde.

Das 20-Jahr-Jubiläum des Sanitätergesetzes hat die Diskussion über eine Novellierung des SanG erneut entflammt. Diverse Fachtagungen widmen sich diesem Thema. Bei einer Tagung im Juni 2022 in Wien hat der zuständige Bundesminister für Gesundheit *Johannes Rauch* zugesichert, dass ein partizipativer Änderungsprozess des SanG ab Herbst 2022 gestartet werde. Zuerst soll es eine Studie geben, wo der Rettungsdienst in Österreich steht, welche Personengruppen wo eingesetzt werden (Sanitäter:innen, Notärzt:innen) und wie das österreichische System international einzuordnen ist. Dann soll anhand der Ergebnisse 2023 ein Entwurf eines überarbeiteten SanG in Begutachtung geschickt werden. Die Zeichen für eine baldige Novelle des SanG stehen also gut.

Die ÖGERN hat bereits 2019 zu einer möglichen Novellierung des SanG Stellung bezogen. In der nun überarbeiteten Stellungnahme soll ein Update 2022 erfolgen:

### Präambel

Das Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter (Sanitätergesetz - SanG) trat am 1. Juli 2002 in Kraft. Es wurde bislang 15 Mal angepasst, wobei eine größere Strukturreform bislang ausblieb. Klarzustellen ist, dass das SanG ein Berufs- und Tätigkeitsrecht der Sanitäter:innen ist und kein Gesetz, welches Struktur, Organisation oder gar die Finanzierung im Rettungswesen regelt. Dies ist Aufgabe der Bundesländer.

Das SanG ist ein Gesetz, welches bei entsprechender (maximaler) Anwendung durch die Rettungsorganisationen den Anforderungen an Sanitäter:innen im Rettungswesen durchaus gerecht wird. Dennoch bedarf es einiger Optimierungen und Klarstellungen, um aktuellen Entwicklungen zu entsprechen und auch künftighin tauglich für die Praxis zu bleiben.

Wir als Vertreter der ÖGERN verfolgen das Ziel, den rechtswissenschaftlichen Diskurs zu Themen aus der Rettungsdienstpraxis zu fördern und dabei berufs- und verbandspolitisch neutral zu agieren.

A) Berufsdurchlässigkeiten:

Es gibt zahlreiche Sanitäter:innen, die auch Angehörige anderer gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe sind. Im Rahmen ihrer Tätigkeitserbringung im Rettungsdienst sind sie aus haftungs- und organisationsrechtlichen Erwägungen gut beraten, ihre erworbenen Kompetenzen nach dem SanG nicht zu überschreiten, auch wenn sie für einzelne Tätigkeiten, die im Rettungsdienst ebenso erforderlich sein könnten aber außerhalb ihrer Rettungs-/Notfallsanitäter:in-Kompetenzen liegen, durchaus die Befähigung haben.

Beispiele der Praxis:

- Ein ehrenamtlicher Rettungssanitäter ist zugleich auch diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (DGKP). Im Rahmen eines Rettungseinsatzes ist bei einem Patienten der Wechsel des transurethralen Katheters zur Harnableitung notwendig. Über die Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt der DGKP, ist aber dennoch gut beraten, den Katheterwechsel nicht durchzuführen, da dieser von den RS-Kompetenzen nicht gedeckt ist. Ein Rettungstransport in die Klinik ist demnach erforderlich.
- Eine Rettungssanitäterin ist zugleich Hebamme. Im Rahmen eines geburtshilflichen Notfalls, bei dem der Notarzt zwar alarmiert, aber noch nicht am Einsatzort ist, erscheint die Anwendung von wehenhemmenden Mitteln dringend indiziert. Nach dem Hebammengesetz (§ 5 Abs. 2) ist die Hebamme dazu berechtigt; nicht jedoch nach dem SanG.

Es wird demnach angeregt, dass Sanitäter:innen Kompetenzen aus anderen Berufsbildern von Gesundheitsberufen, denen sie ebenso angehören, im begründeten Einzelfall auch im Rettungsdienst ex lege anwenden dürfen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass im tertiären Bildungsbereich bereits kombinierte Pflege-Sanitäter-Ausbildungen in Österreich bestehen (z.B. an der FH St. Pölten). Als geeigneter Ort der Aufnahme einer derartigen Regelung erscheint § 9, da das Rettungssanitäter:in-Berufs- und Tätigkeitsbild als Basis für alle Sanitäter:innen gilt. Dieser Absatz könnte wie folgt lauten:

Anzudenkender § 9 Absatz 4:

*„Rettungssanitäter sind berechtigt, Kompetenzen aus anderen gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen, die sie rechtmäßig erworben haben und auszuüben berechtigt sind, im Einzelfall auch im Rahmen des Tätigkeitsbereiches gemäß Abs. 1 anzuwenden, sofern das Wohl der Patienten und der betreuten Personen dies erfordert. Kompetenzen aus anderen gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen, die eine ärztlichen Anordnung erfordern, dürfen im Rettungsdienst nur dann angewendet werden, wenn diese zuvor durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 schriftlich zur Anwendung freigegeben wurden; insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP).“*

B) Rettungssanitäter:in (RS) § 9:

Nicht-arztbesetzte Rettungsmittel, die u.a. auch für Notfälle bereitgehalten werden, werden zunehmend differenziert mit einem/einer Rettungssanitäter:in (RS) und einem/einer Notfallsanitäter:in (NFS) besetzt. Diese beiden Sanitäter:innen haben – entsprechend dem SanG – unterschiedlich weitreichende Befugnisse. Um eine Versorgung von Notfallpatient:innen bis zum Eintreffen von NFS und Notärzt:innen im Einzelfall auch durch RS zu ermöglichen, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich. Weiters sollte die in der Realität bereits gelebte Zusammenarbeit rechtlich abgebildet werden, dass RS den NFS bei der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transportes von Notfallpatient:innen unterstützend behilflich sein können. Demnach wäre § 9 wie folgt zu ergänzen:

Anzudenkender § 9 Abs. 1 Ziffer 1a:

*„die eigenverantwortliche Betreuung und der sanitätsdienstliche Transport von Notfallpatienten (§ 10 Abs. 2), solange ein Notfallsanitäter bzw. der gemäß § 4 Abs. 1 angeforderte Notarzt nicht zur Verfügung stehen,“*

Anzudenkender § 9 Abs. 1 Ziffer 6:

*„die Unterstützung des Notfallsanitäters bei der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transportes von Notfallpatienten.“*

#### C) Notfallsanitäter:in (NFS) § 10:

Die in Abs. 1 Ziffer 2 normierte Kompetenz „die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten“ sollte erweitert bzw. zweigeteilt werden, da in der Praxis Rechtsunsicherheit dahingehend besteht, ob eine eigenständige Versorgung von Notfallpatient:innen durch den NFS erlaubt ist, oder dies an die Notarztunterstützung gekoppelt ist.

In der Praxis können aus Personalmangel immer öfter Notarztmittel nicht besetzt werden. Unseres Erachtens sind NFS (bevorzugt solche mit Notfallkompetenzen) am ehesten in der Lage, die Betreuung und den Transport von Notfallpatient:innen im sogenannten „arztfreien Intervall“ zu übernehmen. Auch diverse Vertreter:innen von medizinischen Fachgesellschaften stellen klar, dass die Einführung von kompetenten („nicht-ärztlichen“) Gesundheitsberufen im Rettungsdienst nicht zuletzt aufgrund des bereits bestehenden Notärzt:innen-Mangels absolut erforderlich ist. Demnach regen wir an, im § 10 folgende Klarstellung zu treffen:

*2. die Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten,*

*2a. die eigenverantwortliche Betreuung und der sanitätsdienstliche Transport von Notfallpatienten nach Maßgabe des § 4 Abs. 1.,*

#### D) Vorbemerkungen zur Systematik der Notfallkompetenzen für Notfallsanitäter (NFS):

Die medizinischen Wissenschaften und insbesondere die Notfallmedizin unterliegen einem raschen und sich ständig erweiternden Erkenntnisgewinn. In diesem Sinne erscheint es nicht zweckmäßig, fachliche Inhalte und Kompetenzen im Gesetz festzuschreiben. Das Gesetz sollte nur die unterschiedlichen Ausbildungsstufen und Notfallkompetenzen grundsätzlich definieren, ihre fachlichen Inhalte jedoch dem Verordnungsweg über den/die Gesundheitsminister:in vorbehalten.

Allgemeine Notfallkompetenzen wären nach diesem Vorschlag allein über die absolvierte Ausbildung anzuwenden; besondere Notfallkompetenzen würden aufgrund ihrer Komplexität und ihres Schwierigkeitsgrades nach erfolgter Ausbildung, so wie bisher im § 12 verankert, eine (ad personam) schriftliche Ermächtigung durch den/die für die ärztliche Versorgung zuständige:n Vertreter:in der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 erfordern. Somit könnte eine ausreichende Qualitätssicherung im Sinne des Patient:innen-Wohls gewährleistet werden.

Zu den derzeit bestehenden Notfallkompetenzen ist anzumerken:

E) Allgemeine Notfallkompetenzen § 11:

Die Trennung der beiden allgemeinen Notfallkompetenzen NKA und NKV erscheint nicht mehr zeitgemäß, da spezielle Notfallmedikamente, welche Gegenstand der NKA-Kompetenz sind, parenteral zu verabreichen sind. Sogar erscheint eine Zusammenführung der derzeit bestehenden allgemeinen Notfallkompetenzen sinnvoll.

Zudem sollte klargestellt werden, dass im Rahmen der NKV-Kompetenz bei gegebener notfallmedizinischer Indikation auch die technisch deutlich einfachere Verabreichung von Medikamenten intramuskulär (i.m.) und subcutan (s.c.) als „Minus“ ex lege erlaubt ist. Medizinisch ist anzumerken, dass bei versehentlicher und primär nicht erkannter Fehlpunktion der Vene eine Testinjektion durchzuführen ist. Dies erfolgt mit einer gefahrlosen kristalloiden Lösung im Rahmen einer intramuskulären oder subkutanen Injektion. Bei strenger Auslegung der bisherigen Rechtslage hätte damit ein NFS-NKV die Notfallkompetenz überschritten.

Ob weitere Applikationswege für NFS im Rahmen der Notfallkompetenz-Anwendung eröffnet werden, sollte mit den einschlägigen medizinischen/rettungsdienstlichen Fachgesellschaften diskutiert werden.

Zum Erhalt der klinischen Fertigkeiten sollte ein „skill training“ in Krankenanstalten (ggf. auch in geeigneten Ordinationen bzw. Primärversorgungseinheiten) ausdrücklich zulässig sein. Dies ist derzeit lediglich im Bereich der Ausbildung im Modul „Venzugang und Infusion“ (§ 40) und im Modul „Beatmung und Intubation“ (§ 42) vorgesehen.

Darüber hinaus sollte es – mit Blick auf die Systematik zur Delegation ärztlicher Maßnahmen an Gesundheitsberufe, insbesondere die GuKG-Novelle 2016 – eine Klarstellung geben, dass die schriftliche Anwendungsfreigabe bei den Notfallkompetenzen durch den/die für die ärztliche Versorgung zuständige:n Vertreter:in der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP) zu erfolgen hat.

Zudem ist ein Reformbedarf bei den Voraussetzungen für die Durchführung allgemeiner Notfallkompetenzen gegeben. In der Praxis besteht große Rechtsunsicherheit, wie die „vorangehende Verständigung des Notarztes oder die Veranlassung derselben“ bei Arztabwesenheit zu interpretieren ist.

Eine Reform kann durch Streichen der entsprechenden Bestimmung erfolgen. Sollte eine Streichung abgelehnt werden, so wäre legal zu definieren, ob mit der „Verständigung“ die Nachforderung von Notärzt:innen gemeint ist, oder etwa eine Rückkopplung und Freigabe von Maßnahmen durch eingeteilte Notärzt:innen im Sinne des „Medical Control“ nach amerikanischem Vorbild.

Eine zwingende Notarztbeziehung bei jeder Anwendung der Notfallkompetenzen wird von ÖGERN als nicht sinnvoll erachtet. Dadurch treten unvermeidbare zeitliche Verzögerungen bei dringend notwendigen medizinischen Maßnahmen auf; auch wird dadurch das Notarztsystem unnötig belastet. Unser Ansicht nach kann mit der allgemeinen Sorgfaltsbestimmung für Sanitäter:innen (§ 4), dass „nötigenfalls ein Notarzt oder, wenn ein solcher nicht zur Verfügung steht, ein sonstiger zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt anzufordern ist“, das Auslangen gefunden werden, sodass § 11 Abs. 2 Ziffer 3 wie folgt abzuändern wäre:

*„sofern ein Arzt nicht anwesend ist, die eigenverantwortliche Durchführung anhand der Vorgaben des für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1“*

Diesbezüglich hat der/die für die ärztliche Versorgung Zuständige im Rahmen der schriftlichen Anwendungsfreigabe der Notfallkompetenzen im Rahmen der vorgeschlagenen SOP die Möglichkeit, bei bestimmten Notfallpatienten-Zustandsbildern eine Notarztbeziehung festzulegen. Somit ist die vorgeschlagene Notarzt-Beziehung im Rahmen von SOP „treffsicherer“, jederzeit auch evaluierbar/abänderbar und führt dies jedenfalls zu keinem Patientennachteil.

#### F) Besondere Notfallkompetenz § 12:

Hier wäre eine Umbenennung der Notfallkompetenz in „Atemwegssicherung“ – analog der neuen Notarztausbildung im Sinne der ÄrzteG-Novelle 2018 – anzudenken.

Die „endotrachealen Vasokonstriktorapplikation“ entspricht nach anerkannten Leitlinien nicht mehr dem state of the art und ist daher ersatzlos zu streichen.

Anlehnend an die Ausführungen zu § 11 ist auch § 12 Abs. 3 Ziffer 3 entsprechend abzuändern; zudem soll es auch im Bereich der NKI die Möglichkeit des „skill training“ zum Erhalt der Fähigkeiten sowie Fort- und Weiterbildung in Krankenanstalten geben. Weiters sollte auch im Rahmen des § 12 die schriftliche Anwendungsfreigabe durch den/die verantwortliche:n Ärzt:in nach Standard Operating Procedures (SOP) erfolgen und die Verständigungspflicht ersetzen.

#### G) Weitere Notfallkompetenzen?

Wie bereits ausgeführt, vertreten wir die Ansicht, dass eine Verordnungsermächtigung ein taugliches Mittel ist, künftighin bei Änderung der notfallmedizinischen Erkenntnisse und Erfordernisse ohne Aktivierung des Parlaments (und demnach zeitnah) weitere Notfallkompetenzen sowie Zusatzbezeichnungen festlegen zu können. Dieses Instrument müsste nur entsprechend genutzt werden.

Nach geltendem Recht sind bereits zusätzliche Notfallkompetenzen im Verordnungsweg (§ 13) möglich. Seit Inkrafttreten des SanG ist keine Verordnung nach § 13 erlassen worden, wobei es immer wieder Bemühungen gegeben hat, Ideen für eine §-13-Verordnung im Ministerium einzubringen.

Folgende besondere Sanitäter:innen-Notfallkompetenzen wurden beispielsweise bisher diskutiert:

- Anwendung eines Knochenbohrers zur Einleitung eines intraossären Zugangsweges mit anschließender Medikamentenapplikation
- Durchführung einer Entlastungspunktion (Punktion des Brustkorbes mit einer speziellen Hohlnadel bei lebensbedrohlichem Spannungspneumothorax)

#### H) Rückstufungen von Qualifikationen

Im SanG sollte eine Möglichkeit zur offiziellen Rückstufung / freiwilligen Zurücklegung einer höheren Kompetenz bzw. Qualifikationsstufe auf eine geringere geschaffen werden (z.B. beruflicher NFS geht in Pension, möchte ehrenamtlich als RS tätig bleiben, möchte dadurch seine Fortbildungspflicht anpassen und auch den Sorgfaltsmaßstab reduzieren).

### **Ausbildungsumfang und -inhalte**

Der Ausbildungsumfang in den zwei Sanitäter-Qualifikationsstufen und in den Notfallkompetenzen ist – im Vergleich mit internationalen Ausbildungskonzepten im Rettungsdienst – als gering zu bezeichnen. Jedenfalls soll die Ausbildung dazu befähigen, die Anforderungen im künftigen Krankentransport- als auch Rettungsdienst bestmöglich bewerkstelligen zu können. Patient:innen

haben ein Recht auf eine fachgerechte sanitätsdienstliche Versorgung und dies zu jeder Tages- und Nachtzeit und unabhängig davon, ob ein:e berufliche:r oder ehrenamtliche:r Mitarbeiter:in die Versorgung übernimmt.

Im Rahmen einer Diskussion zu einer Ausbildungsadaptierung sollten die Rettungsorganisationen, Bundesverbände der Sanitäter:innen, rettungsdienstlichen/notfallmedizinischen Fachgesellschaften sowie die einschlägigen Bildungseinrichtungen einbezogen werden. Wir als juristische Fachgesellschaft wollen und können keine konkreten Ausbildungsadaptierungen inhaltlicher Natur vorschlagen.

Unseres Erachtens sollte die Diskussion auch beinhalten, welche Anforderungen an Sanitäter:innen beim Einsatz im Krankentransport einerseits und im Rettungsdienst andererseits gestellt werden. Darauf aufbauend sollte die Diskussion auch miteinschließen, ob es sinnvoll ist, die künftige Ausbildung für den Rettungsdienst im tertiären Bildungsbereich anzusiedeln. Zudem sollte den Sanitäter:innen ein Berufsschutz zukommen.

#### **Sollen Lehrsanitäter:innen vorgesehen werden (mit welcher Ausbildung; Durchgängigkeit der GuK-Lehrenden)**

Um Ausbildungs- und Qualitätsstandards in Österreich und auch innerhalb der unterschiedlichen Rettungsorganisationen vereinheitlichen zu können, wäre es sinnvoll, einheitliche Voraussetzungen zur Ausbildung von Lehrsanitäter:innen festzusetzen. Diesbezüglich sollen auch andere Ausbilder:innen in Gesundheitsberufen ermächtigt werden, auch in fachlich nahe stehenden Teilbereichen der rettungsdienstlichen Ausbildung tätig zu sein.

#### **Berufspflichten: Besteht Nachjustierungsbedarf?**

In den unterschiedlichen Berufsgesetzen der Gesundheitsberufe finden sich jeweils Berufspflichten verankert. Hierbei gibt es zwischen den Berufen immer wieder Unterschiede, die sachlich nicht begründbar sind. So haben Sanitäter z.B. keine explizit im SanG geregelte Hilfeleistungspflicht und keine Meldepflicht. Eine Harmonisierung unter den Gesundheitsberufen wäre anzustreben, um eine Einheitlichkeit gewährleisten zu können.

Anzudenken wäre auch eine Aufnahme des Regelungsinhaltes des § 37 B-KJHG 2013 (Mitteilung bei Verdacht der Kindeswohlgefährdung) in das SanG.

#### **Berufsausübung, -berechtigung**

Berufs- und Tätigkeitsausweis (§ 24 SanG)

Anlehnend an die zwingende Registrierung von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der gehobenen medizinisch-technischen Dienste im Gesundheitsberufe-Registers sollte diskutiert werden, ob eine derartige Registrierung auch auf Sanitäter:innen ausgerollt werden sollte. Aus Gründen des Patient:innen-Schutzes und der Planbarkeit von Ausbildungen wäre dies jedenfalls anzuraten.

Diesbezüglich hat sich auch die Bundesarbeitskammer, die seit Juli 2018 auch als Gesundheitsberufe-Registrierungsbehörde tätig ist, bereits per APA-Meldung vom 28.11.2018 geäußert, dass aufgrund eines beschlossenen Vollversammlungsantrag der AK Wien eine Ausweitung der eintragungspflichtigen Gesundheitsberufe dezidiert gefordert wird. Das Statement im Detail: „Für eine

*Unterscheidung zwischen ins Register aufgenommene Gesundheitsberufe und nicht aufgenommene gibt es auch keinen sachlichen Grund. Im Übrigen kann nur eine alle Gesundheitsberufe umfassende Bestandsaufnahme aufzeigen, wo es Versorgungslücken gibt.“* Als künftig einzutragender Gesundheitsberuf wird ausdrücklich auch der Beruf/die Tätigkeit des/der Sanitäter:in genannt.

### **Fortbildungspflicht / Rezertifizierung**

Nach den derzeitigen gesetzlichen Vorgaben (§ 51) sind Sanitäter:innen verpflichtet, die Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung einschließlich der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten binnen jeweils zwei Jahren durch eine:n qualifizierte:n Ärzt:in überprüfen zu lassen. Da die sanitätsdienstliche Reanimation innerhalb der Rettungsorganisationen durch Algorithmen festgelegt ist, die in der Sanitäterausbildung in der Regel durch eine:n Lehrsanitäter:in unterrichtet werden, ist es sinnvoll (und ökonomisch ohne Qualitätsverlust auch möglich), dass entweder ein:e Ärzt:in oder ein:e Lehrsanitäter:in an der Rezertifizierung teilnimmt und diese beurteilt.

In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, schriftliche Vorgaben für die Beurteilung der Rezertifizierung gesetzlich einzufordern, die vom/von der für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter:in der jeweiligen Einrichtung gemäß § 23 Abs. 1 zu erstellen sind.

Zudem wird angeregt, die Rechtsfolgen einer nicht bestandenen Rezertifizierung (§ 51) zu vereinheitlichen. Eine „gewöhnliche“ Rezertifizierung von Rettungs- und Notfallsanitäter:innen führt bei Nichtbestehen während offener Fortbildungsperiode zu keiner Sanktion, wohingegen eine nicht bestandene Rezertifizierung der besonderen Notfallkompetenz Intubation bereits bei einer nicht bestandenen Überprüfung ruht (§ 51 Abs. 5 Z. 2 SanG). Aus Gründen des Patient:innen-Schutzes und aus Haftungsüberlegungen erscheint ein Ruhen aller Sanitäter-Tätigkeitsberechtigungen bei nicht bestandener Rezertifizierung sinnvoll.

Aus Gründen der Qualitätssicherung bei den höchsten Sanitäter-Qualifikationen, nämlich den Notfallkompetenzen, erscheint es darüber hinaus sinnvoll, spezielle Rezertifizierungen nicht nur beim NFS-NKI festzulegen, sondern auch bei den allgemeinen Notfallkompetenzen (z.B. Überprüfung der Fertigkeit bei der Punktion peripherer Venen und der Kenntnisse im Arzneimittel- und Infusionsmanagement, insbesondere unter Einhaltung der Standard Operating Procedures [SOP]).

### **Weitere Punkte mit konkreter §-Nennung**

§ 16 Abs. 1 Z. 3 SanG: Hinzufügung, dass es sich dabei um die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache handelt.

§ 36 Abs. 1 Z. 2 SanG: Klarstellung bzgl. dem Nachweis von mindestens 160 Stunden Einsatz im Rettungs- und Krankentransportsystem als Rettungssanitäter.

Strafbestimmungen (§ 53 SanG):

Bei den Verweisen zu Anordnungen / Verboten nach dem SanG wird in der Z. 3 der § 22 Abs. 3 genannt. Richtig wäre hingegen der § 22 Abs. 4, da dies die Verbotsnorm darstellt.

Wien, am 4.10.2022

Für das Vorstandsteam der ÖGERN zeichnet,  
*Dr.iur. Michael Halmich LL.M.*

Weitere Literaturhinweise, teils mit Reformvorschlägen zum SanG:

- Bundesverband Rettungsdienst (2020): Positionspapier Zukunft Rettungsdienst ([Link](#))
- *Burkowski*, Die nicht bestandene (Defibrillator-)Rezertifizierung, ÖZPR 2015/122
- *Burkowski/Halmich*, SanG Kommentar, Stand 1.7.2016, NWV-Verlag
- *Halmich*, Recht für Sanitäter (2021), Educa Verlag
- Initiative Zukunft Rettungsdienst, Positionspapier zu "Sanitätergesetz 2023 ([Link](#))
- *Jochum*, Kompetenzen österreichischer Rettungs- und Notfallsanitäter (2018)
- Öst. Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin / ÖGARI (2022): Indikation zum Notarzteeinsatz ([Link](#))
- ÖGERN (Hrsg), Notfallmedizin: eine interdisziplinäre Herausforderung, 2014, NWV-Verlag
  - *S. Koppensteiner*: Ausbildung und Kompetenzen in der Präklinik: Status quo und Reformbestrebungen
  - *M. Halmich / K. Hellwagner*: Intramuskuläre Adrenalinapplikation für Sanitäter – neue Notfallkompetenz im Verordnungsweg notwendig?
- ÖGERN (Hrsg), System- und Haftungsfragen in der Notfallmedizin, 2015, NWV-Verlag
  - *M. Halmich*: Rechtliche Überlegungen zur Systemoptimierung im österreichischen Rettungsdienst
  - *K. Hellwagner*: Rettungseinsatz versus Notarzteeinsatz in Österreich – ein Abgrenzungsversuch
  - *S. Koppensteiner u. Podium*: Kann durch ein Kompetenzerweiterung bei Sanitätern die Qualität des österreichischen Rettungswesens verbessert werden?
- ÖGERN (Hrsg), Recht im Einsatz – Ein Update für Sanitäter und Notärzte, 2020, Educa Verlag
  - *K. Hellwagner*: Rechtsrahmen zur neuen Ausbildung für Notärzte / leitende Notärzte
  - Podiumsdiskussion: Ist nach einer Ausbildungsadaptierung bei Sanitätern und Notärzten die Qualität der präklinischen Patientenversorgung nun besser?
- ÖGERN (Hrsg), Rettungsdienst 2021: Konzepte, Personal und Gewaltschutz, 2021, Educa Verlag
  - *M. Halmich*: Präklinische Patienten-Notfallversorgung ist nicht nur Ärzten vorbehalten – eine rechtliche Klarstellung
  - *Bundesverband Rettungsdienst*: Zukunft Rettungsdienst: Quo vadis, Berufsbild?
  - *A. Schober*: Was müssen Sanitäter in Österreich können?