

RECHT **RdM** DER MEDIZIN

mit Beilage
Ökonomie &
Gesundheit

Schriftleitung **Christian Kopetzki**

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

August 2013

04

121 – 160

Beiträge

Niedergelassene Vertragsärzte als Täter von Korruptionsdelikten?

Pilar Koukol und Markus Machan ➔ 124

Zur Aufklärungspflicht über „Außenseitermethoden“

Stephan Kallab ➔ 133

Rechtsfragen im präklinischen Umgang mit
psychiatrischen Patienten *Michael Halmich* ➔ 137

Rechtsprechung

Keine Aufklärungspflicht über veraltete Behandlungsmethode

Aline Leischner-Lenzhofer ➔ 149

„Körperspende“ als höchstpersönliches Recht keiner Vertretung
durch Sachwalter zugänglich *Veronika Kräftner* ➔ 151

Bericht

Gmundner Medizinrechts-Kongress 2013

Barbara Födermayr, Michael Slezak und Manuela Stadler ➔ 158

Rechtsfragen im präklinischen Umgang mit psychiatrischen Patienten

Tagtäglich sind wir Menschen mit Ereignissen und Lebenssituationen konfrontiert, die uns mehr oder weniger belasten. Bei Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden, versagt in der Akutphase oftmals eine vernünftige Krisenbewältigung und dadurch kann es zur Eskalation im privaten oder öffentlichen Umfeld kommen.¹⁾ Die für den präklinischen Umgang mit psychiatrischen Patienten geltenden gesetzlichen Normen werden aufgrund unterschiedlichster Praxisprobleme dem bestmöglichen Wohl des Patienten nicht immer gerecht – eine Herausforderung für die Gesellschaft und ein Gradmesser für die Rechtsstaatlichkeit, die – unter Zugrundelegung der dargestellten Praxisprobleme – erneut rechtspolitisch zu diskutieren sind.

Von Michael Halmich

Inhaltsübersicht:

- A. Grundsätze des UbG
- B. Präklinischer Patienten-Erstkontakt
- C. Rechtsrahmen zur Verbringung nach dem UbG
 - 1. Rolle der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes
 - 2. Rolle des im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes
 - 3. Rolle des Rettungs- und Notarztdienstes
- D. Exkurs: Behandlung und Transport einwilligungsunfähiger, nicht psychiatrischer Patienten
- E. Rechtsfragen der Zusammenarbeit der Einsatzteams
- F. Ende der Verbringung und Wechsel des Verantwortungsbereichs
- G. Rechtsschutz und Haftungsfragen
- H. Zusammenfassung und Ausblick

A. Grundsätze des UbG²⁾

Seit mittlerweile mehr als 20 Jahren gibt das UbG den Rahmen des Umgangs mit psychiatrischen Patienten vor. Dahinter verbergen sich verfassungsrechtliche Vorgaben durch das PersFrG³⁾ und die EMRK.⁴⁾ Der mit Freiheitsentzug verbundene Krankenhausaufenthalt ist durch einen hohen Rechtsschutz iS von kostenloser Vertretung durch Patientenanwälte, zwingend durchzuführender gerichtlicher Überprüfung unter Beiziehung von medizinischen Sachverständigen sowie der Einhaltung von Fristen gekennzeichnet.⁵⁾ Relevante Einschränkung: Das UbG regelt als materielle Voraussetzung die Gefahrenabwehr,⁶⁾ sodass ein präventiver Freiheitsentzug nur zur Abwehr von erheblichen Lebens- und Gesundheitsgefahren zulässig sein soll, nicht hingegen zur Erzwingung therapeutisch-fürsorglicher Ziele.⁷⁾

Das UbG gilt in Krankenanstalten und Abteilungen für Psychiatrie, in denen Personen in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden.⁸⁾ Außer-

halb der Psychiatrie, also in Pflegeheimen oder sonstigen Fachabteilungen in Krankenhäusern, kommt das UbG nicht zur Anwendung; vielmehr ist ein Anwendungsbereich des HeimAufG⁹⁾ zu prüfen.¹⁰⁾

B. Präklinischer Patienten-Erstkontakt

In der Praxis werden psychiatrische Patienten oftmals im privaten oder öffentlichen Bereich auffällig, wodurch – je nach Ausmaß und Schutzerwägungen – die Beiziehung professioneller Hilfe erforderlich wird. Abhängig davon, welche Notrufnummer gewählt bzw. wer zuerst kontaktiert wurde, sind in das Einsatzgeschehen der Rettungs- bzw. Notarztdienst, ein niedergelassener Arzt und/oder die Polizei involviert. Ein Kliniktransfer gegen oder ohne den Willen des Betroffenen ist möglich. Die Vorgehensweise orientiert sich an §§ 8 ff UbG sowie §§ 46 f SPG¹¹⁾, wobei die Einsatzkräfte vorab die materiellen Unterbringungs Voraussetzungen nach § 3 UbG zu prüfen haben.

Eine Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung ist demnach zulässig, wenn eine Person
→ an einer psychischen Krankheit leidet, →

1) Bodner, Der Erstkontakt – Polizei und Amtsarzt in *Koppensteiner/Zierl* (Hrsg), Praxisleitfaden Unterbringungsrecht (2012) 15.

2) Unterbringungsgesetz BGBl 1990/155 idF BGBl I 2010/18.

3) Bundesverfassungsgesetz v 29. 11. 1988 über den Schutz der persönlichen Freiheit BGBl 1988/684 idF BGBl I 2008/2.

4) Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten BGBl 1958/210 idF BGBl III 2010/47.

5) Halmich, Notfallmedizinischer Polizeieinsatz. Rechtsfragen der Zusammenarbeit von Polizei und Rettungs-/Notarztdienst, „SIK-Journal. Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis, Ausgabe 3/2012, 83.

6) Arg § 3 Z 1 UbG.

7) Kopetzki, Grundriss des Unterbringungsrechts³ (2012) Rz 14; Diskussion bzgl Selbstfürsorge defizit, Verwahrlosung und Nahrungsverweigerung sieht *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 10 f.

8) § 2 UbG.

9) Heimaufenthaltsgesetz BGBl I 2004/11 idF BGBl I 2010/18.

10) *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 3.

11) Sicherheitspolizeigesetz BGBl 1991/566 idF BGBl I 2013/55 (Novelle in Bearbeitung).

RdM 2013/79

§§ 8 ff, 35 f UbG;
§§ 19, 46 ff SPG;
SanG;
ÄrzteG

Verbringung zur
Unterbringung;
Kompetenzen der
Einsatzkräfte;
notfall-
medizinische
Praxisprobleme;
Rechtsschutz;
Haftung

Polizei den Patienten entweder selbst in die psychiatrische Abteilung zu bringen oder dies zu veranlassen hat, kann bei Verbringungen mit Bescheinigung durch den Amtsarzt eine Transportdelegation an den Rettungsdienst erfolgen. In diesen Konstellationen ist die Tätigkeit der Rettungsdienstmitarbeiter und Notärzte als sog. „Verwaltungshelfer“ den Sicherheitsbehörden zuzurechnen.²²⁾ Bei der Gefahr-im-Verzug-Verbringung oder wenn vom Patienten ein Gefahrenpotenzial ausgeht, hat die Polizei stets anwesend zu sein und den Transport im Patientenraum des Rettungsfahrzeugs zu begleiten.²³⁾ Sanitäter und Notärzte üben mangels gesetzlicher Ermächtigung grundsätzlich keine Gewalt aus, mit Ausnahme von Notwehr und Nothilfe.²⁴⁾

Wichtig ist, dass es sich bei der Ersteinschätzung durch die Polizei um eine (ex ante) Abschätzung eines durchschnittlich verständigen medizinischen Laien handelt.²⁵⁾ Sind Sanitäter oder Notärzte am Einsatzort, so ist es ratsam, diese aufgrund ihres Fachwissens bei der Prüfung der Unterbringungs Voraussetzungen mit einzubeziehen.²⁶⁾ Nach geltender Rechtslage liegt die Letztentscheidung jedoch in allen drei Punkten bei der Polizei bzw dem beigezogenen Amtsarzt. Die Verbringung kann nötigenfalls auch mit unmittelbarer Zwangsgewalt durchgesetzt werden, wobei stets auf die Würde des psychisch Kranken und einen schonungsvollen Umgang zu achten ist.²⁷⁾ Der Betroffene hat das Recht, dass ein Angehöriger oder ein Rechtsbeistand unverzüglich verständigt wird.²⁸⁾

2. Rolle des im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes

Amtsärzte können entweder von sich aus tätig werden (zB bei einer amtsärztlichen Untersuchung ergeben sich Anhaltspunkte für das Vorliegen der Unterbringungs-Voraussetzungen) oder aufgrund einer Beiziehung durch die Polizei.²⁹⁾ Letzteres ist in der Praxis die Regel. Der Amtsarzt hat den Patienten persönlich zu untersuchen,³⁰⁾ sodass Ferndiagnosen und auch Blanko-Bescheinigungen rechtlich unzulässig sind. In dieser Bescheinigung sind im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet. Insb ist festzuhalten, aus welchem Verhalten und welchen medizinischen Zustandsbildern sich die psychische Krankheit erschließen lässt, worin die ernste und erhebliche Gefährdung besteht und welche Alternativen geprüft bzw kontaktiert wurden.³¹⁾ Stellt der Amtsarzt mangels Vorliegen der Voraussetzungen keine Bescheinigung aus, so darf die betroffene Person nicht länger angehalten werden.³²⁾ Lediglich bei Gefahr im Verzug entfällt die amtsärztliche Untersuchung und Bescheinigung.

Aufgrund der Wortwendung in § 8 UbG, dass der Amtsarzt den Patienten zu untersuchen und zu bescheinigen hat, ergibt sich, dass dieser keine Behandlung durchführt. Eine medizinische Intervention am Einsatzort darf demnach nur ein Notarzt oder ein sonst beigezogener, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt durchführen.³³⁾ Hiervon unberührt bleibt jedoch die jeden Arzt treffende Hilfeleistungspflicht bei drohender Lebensgefahr, die selbstverständlich auch für den Amtsarzt Geltung hat.³⁴⁾

In der Praxis ist zunehmend ein Mangel an Amtsärzteverfügbarkeit, vor allem im ländlichen Bereich, erkennbar, sodass bei zu verbringenden Patienten oftmals zeitnah das Procedere nicht eingehalten werden kann.³⁵⁾ In Hinblick darauf sollte diesbzgl eine rechtspolitische Diskussion geführt werden, Notärzte und ggf auch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie in den Kreis der Amtsärzte aufzunehmen, sodass – auch aus Patientenschutzgründen – bereits präklinisch eine ärztliche Untersuchung stattfinden kann und möglicherweise (eskalationsfördernde) Wartezeiten bzw kreierte Gefahr-im-Verzug-Situationen hintangehalten werden können.³⁶⁾

3. Rolle des Rettungs- und Notarztdienstes

Das UbG spricht von Beiziehung des Rettungsdienstes und verteilt aufgrund dessen die Kompetenzen klar. Aus rechtsstaatlichen Gründen und zur bestmöglichen Sicherung der persönlichen Freiheit ist für die Verbringung die Polizei zuständig, die unter strenger Gesetzesbindung vorzugehen hat.³⁷⁾ Der Rettungs- und Notarztdienst übt eine assistierende Funktion aus und soll einen sicheren Transport der Betroffenen in die Psychiatrie gewährleisten.

Sind Sanitäter und Notärzte am Einsatzort anwesend, so zeichnen sie für die medizinische Komponente des Betroffenen verantwortlich. Unter Einhaltung des „informed consent“ ist eine Behandlung möglich. Das UbG enthält aber keine Ermächtigung zur zwangsweisen Heilbehandlung oder etwa medikamentösen Ruhigstellung des Patienten im Stadium der Vorführung und Untersuchung. Schließlich ist selbst in der Unterbringung eine konsenslose Heilbehandlung nur für Menschen vorgesehen, die selbst nicht einwilligungsfähig sind und weder einen Erziehungsberechtigten noch einen Sachwalter oder einen Vorsorgebevollmächtigten haben.³⁸⁾ Dennoch ist bei ernster Lebens- oder Gesundheitsgefahr – nach den Grundsätzen des § 110 Abs 2 StGB – bereits präklinisch eine Heilbehandlung auch ohne Einwilligung des Betroffenen möglich, wobei alternativen, nicht-medikamentösen Deeskalationsversuchen (zB Absonderung, Wegräumen gefährlicher Ge-

22) Kopetzki, Grundriss³ Rz 154.

23) Vgl diesbzgl § 9 Abs 2 UbG, welcher die Möglichkeit einer Transportveranlassung nicht mehr vorsieht; weiters vgl Halmich, „SIAK-Journal 3/2012, 83; Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte. Die Praxis der präklinischen Patientenversorgung (2012) 130.

24) § 3 Strafgesetzbuch (StGB) BGBl 1974/60 idF BGBl I 2013/25; Halmich, „SIAK-Journal 3/2012, 83; Kneihns, RdM 2005/31.

25) Hauer/Keplinger, SPG⁴ § 46 Anm A.8.

26) Eine in der Praxis übliche Vorgehensweise. Vgl diesbzgl Hellwagner, RdM 2006/124.

27) § 50 SPG iVm § 1 UbG.

28) § 47 Abs 1 SPG.

29) Zierl in Praxisleitfaden 118.

30) § 197 Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG) BGBl I 1998/169 idF BGBl I 2012/80.

31) Kopetzki, Grundriss³ Rz 168 samt umfangreicher Judikaturbeispiele; Zierl in Praxisleitfaden 119.

32) § 9 Abs 1 letzter Satz UbG.

33) Bodner in Praxisleitfaden 24.

34) § 48 ÄrzteG.

35) Berger, Unfreiwillig in der Psychiatrie, DER STANDARD v. 9. 4. 2013.

36) Näher zum Einsatzablauf in der Praxis und den sich daraus ergebenden Probleme vgl Hellwagner, RdM 2006/124.

37) Legalitätsprinzip gem Art 18 Abs 1 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) BGBl 1930/1 idF BGBl I 2012/65.

38) § 36 Abs 3 UbG; Kneihns, RdM 2005/31.

genstände, vermehrte Personenpräsenz etc) der Vorrang zu geben ist.³⁹⁾

Ist das Rettungs- und Notarztteam am Ort des Geschehens ersteintreffend und hegen sie den Verdacht, dass es sich um einen psychiatrischen, selbst- oder fremdgefährdende Patienten handelt, so haben sie die Polizei anzufordern, die dann wiederum die Beiziehung des Amtsarztes zu veranlassen hat. Werden beim Patienten Zwangsmaßnahmen notwendig, so sind diese von den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes unter verhältnismäßigen Gesichtspunkten zu setzen. Lediglich in Ausnahmesituationen, bei denen die Polizei allein nicht zur Abwehr der Gefahr im Stande ist, soll eine Unterstützung durch Sanitäter und Notärzte möglich sein.⁴⁰⁾

Fraglich ist nun, ob dieses Regelwerk für die Bewältigung präklinischer Einsatzszenarien tauglich ist. *Hellwagner* kritisiert – mE zu Recht – die Rechtsbefugnisse der Rettungsdienstmitarbeiter in Hinblick auf den sicheren und schonenden Umgang mit psychiatrischen Patienten. Praxisprobleme wie etwa lange Wartezeiten bis zum Eintreffen des Amtsarztes, damit verbundene Eskalation der Situation, Gefahreinschätzung durch medizinische Laien, mangels Verfügbarkeit von Amtsärzten in ländlichen Gebieten leichtfertig angenommene Gefahr-im-Verzug-Situationen und fehlende Weisungsbefugnisse notfallmedizinischer Professionisten am Einsatzort werden dem Wohl des psychisch beeinträchtigten Patienten nicht gerecht. Eine rechtspolitische Diskussion Angehöriger interdisziplinärer Fachrichtungen wäre dringend geboten, um die Verbringungs-Regelungen des UbG den tatsächlichen Anforderungen der präklinischen Notfallmedizin in Form einer Gesetzesnovelle anzupassen.⁴¹⁾

D. Exkurs: Behandlung und Transport einwilligungsunfähiger, nicht psychiatrischer Patienten

In der Praxis bereiten Einsatzszenarien Probleme, bei denen Notfallpatienten aufgrund ihrer akuten Verletzung oder Erkrankung – wenn auch nur vorübergehend – ihre Einsichts- und Urteilsfähigkeit verlieren, nicht bewusstlos sind und die dringend gebotene medizinische Intervention verweigern. Zu denken wäre etwa an Patienten nach einem Schädel-Hirn-Trauma, einer Vergiftung oder einem übermäßigen Drogen- bzw. Alkoholkonsum und dadurch bedingtem organischen Psychosyndrom.⁴²⁾ Aufgrund des Umstands, dass in diesen Fällen idR keine psychische Erkrankung iS des UbG vorliegt und zudem auch die psychiatrische Abteilung nicht der richtige Ort der Behandlung ist, sondern vielmehr der unfallchirurgische Schockraum oder die internistische Intensivstation, versagen die Regelungen des UbG.

Bei bewusstlosen Patienten ist die Vorgehensweise idR rechtlich unproblematisch.⁴³⁾ Behandlung und Kliniktransport sind demnach auch ohne Einwilligung möglich, sofern mit dem Zuwartenden zur Einholung der Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters Lebensgefahr oder eine schwere Gesundheitsgefährdung verbunden ist.⁴⁴⁾ Sind jedoch die oa einwilligungsunfähigen Patienten bei Bewusstsein und verweigern die Hilfeleistung, so wird bei Gefahr im Verzug ein eigenmächtiges

medizinisches Vorgehen straf-, zivil- und verwaltungsrechtlich gedeckt sein.⁴⁵⁾ Fraglich ist jedoch der Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung gibt es hierfür nicht. Nach *Koppensteiner* werden diese Patienten – mE wohl zu Recht – unter Überwindung eines körperlichen Widerstands (medikamentös) behandelt und nicht in die Psychiatrie, sondern direkt in die fachlich geeignete Krankenanstalt verbracht und dort ggf in ihrer Freiheit beschränkt.⁴⁶⁾ Um künftig den Anforderungen der präklinischen Notfallmedizin gerecht zu werden und auch um Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu haben, wäre eine ausdrückliche gesetzliche Regelung, sei es im Sachwalterschafts- oder im Unterbringungsrecht, wünschenswert.⁴⁷⁾

E. Rechtsfragen der Zusammenarbeit der Einsatzteams

Die Befugnisse der in das präklinische Einsatzgeschehen Involvierten, sei es Amtsarzt, Polizei oder Sanitäter und Notärzte, ergeben sich aus deren Berufs-, Befugnis- und Organisationsgesetzen.⁴⁸⁾ In Hinblick auf das arbeitsteilige Zusammenwirken („Teamwork“) gilt der Grundsatz, dass die Handelnden ihre wechselseitigen Kompetenzen kennen und können müssen. Jeder im gesamten Einsatzteam kann – unter analoger Anwendung des straßenverkehrsrechtlichen Vertrauensgrundsatzes⁴⁹⁾ – darauf vertrauen, dass die Anderen ihren (unterschiedlichen) Aufgaben gewachsen sind und sich sorgfaltsgemäß verhalten. Lediglich wenn Anhaltspunkte erkennen lassen, dass ein im Einsatzszenario Eingebundener seinen Anforderungen nicht gewachsen ist, gelten – bei sonstiger Haftung – Warn- und Eingriffspflichten der Übrigen.⁵⁰⁾

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass für am Einsatzort befindliche Sanitäter und Notärzte Warn- und Eingriffspflichten bestehen, sofern bei einem Patienten, wird er auch gerade von der Polizei beamtshandelt, medizinische Interventionen dringend geboten erscheinen. Im bekannten Stadtpark-Fall des „Chebani Wague“ führte das Unterlassen der medizinischen Hilfe durch den Notarzt zu dessen strafrechtlicher Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung.⁵¹⁾

39) Vgl diesbzgl Erk des VfGH zur „Zwangsinjektion“ VfGH B 191/82, VfSlg 10.051; *Kneihls*, RdM 2005/31.

40) Verwaltungshelferkonstrukt; vgl diesbzgl *Kneihls*, RdM 2005/31 bzw *Halmich*, „SIK-Journal“ 3/2012, 83.

41) Ausführlicher argumentiert vgl *Hellwagner*, RdM 2006/124.

42) *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 5; *Hellwagner*, RdM 2006/124.

43) *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 6.

44) § 110 Abs 2 StGB.

45) § 110 StGB; § 173 Abs 3 und § 283 Abs 3 ABGB; § 8 Abs 3 KAKuG; *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 6.

46) *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 7; in Krankenanstalten außerhalb der Psychiatrie wird bzgl der Freiheitsbeschränkungen der Anwendungsbereich des HeimAufG zu prüfen sein.

47) *Koppensteiner* in Praxisleitfaden 7.

48) SPG, UbG, ÄrzteG, Sanitätergesetz (SanG) BGBl I 2002/30 idF BGBl I 2008/57, Gemeindegesetz, Landes-Rettungsdienstgesetz ua.

49) § 3 Straßenverkehrsordnung 1960 (StVO) BGBl I 1960/159 idF BGBl I 2013/39.

50) *Halmich*, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 2012/88.

51) OLG Wien 15. 3. 2007; Maßnahmenbeschwerde VwGH 26. 7. 2005, 2004/11/0070.

F. Ende der Verbringung und Wechsel des Verantwortungsbereichs

Die Verantwortung gegenüber dem Patienten endet für die Polizei und ggf für die Mitarbeiter des Rettungsdienstes mit vollendeter Übergabe an das klinische Behandlungsteam in der psychiatrischen Abteilung. Nach § 10 Abs 1 UbG hat der Abteilungsleiter (Facharzt)⁵²⁾ die betroffene Person unverzüglich zu untersuchen, wobei die ggf vorliegende Bescheinigung des Amtsarztes keine normative Bindungswirkung entfaltet.⁵³⁾ Eine Aufnahme darf nur bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 3 UbG erfolgen, da ansonsten die betroffene Person nicht mehr länger angehalten werden darf.

Die Unterbringung in der psychiatrischen Abteilung stellt einen Akt unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt dar und löst Informations- und Verständigungspflichten aus.⁵⁴⁾ Sie unterliegt der gerichtlichen Kontrolle im außerstreitigen Verfahren.⁵⁵⁾ Der weitere Vollzug orientiert sich an den Vorgaben des UbG.

Den Sicherheitsbehörden als auch den Mitarbeitern des Rettungsdienstes kommen in Bezug auf die Unterbringung in der psychiatrischen Abteilung keine Entscheidungsbefugnisse zu.⁵⁶⁾ Mit der erfolgten Verbringung endet der Einsatz. Auf die Bedeutung einer nachvollziehbaren Dokumentation sei an dieser Stelle hingewiesen.

Der zur unfallchirurgischen bzw internistischen Abklärung dienende Kliniktransport der zuvor im Exkurs beschriebenen einwilligungsunfähigen Patienten, die bei Bewusstsein sind, jedoch die dringend gebotene medizinische Intervention verweigern, liegt außerhalb des UbG und rechtfertigt sich bei Gefahr im Verzug nach allgemeinen straf-, zivil- und verwaltungsrechtlichen Normen. Die Anwendung der UbG-Verbringungsbestimmungen ist diesbzgl unzulässig. Die ggf notwendige Mitwirkung der Polizei wird sich auf andere Normen des SPG, insb die Ersten allgemeine Hilfeleistungspflicht nach § 19, stützen.

G. Rechtsschutz und Haftungsfragen

Die Tätigkeit der Polizei als auch der Amtsärzte ist eine hoheitliche und stellt einen Akt unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt dar. Sie

unterliegt einer nachprüfenden Kontrolle durch den unabhängigen Verwaltungssenat (UVS).⁵⁷⁾ Das Handeln der Mitarbeiter des Rettungsdienstes, welches grundsätzlich nicht hoheitlich ist, wird dann der Behörde zugerechnet und unterliegt der Kontrolle durch den UVS, wenn sie auf Veranlassung der Sicherheitsbehörden tätig werden.⁵⁸⁾

Erleidet der Betroffene durch die Vorführung einen Schaden, so greift Amtshaftung⁵⁹⁾ lediglich im Falle, dass Sanitäter und Notärzte im „informed consent“ den Patienten behandeln und nicht auf Veranlassung der Sicherheitsbehörden tätig werden, ist Schadenersatz nach allgemeinen Grundsätzen zu leisten.⁶⁰⁾ Bei Erfüllen eines strafrechtlichen Delikts trifft die konkret handelnde Person die Verantwortung, unabhängig davon, ob sie hoheitlich oder privat tätig ist.

H. Zusammenfassung und Ausblick

Nach geltender Rechtslage lassen sich die präklinischen Befugnisse im Umgang mit psychiatrischen Patienten klar abgrenzen, wobei aufgrund der dargestellten Praxisprobleme das Procedere nicht immer dem bestmöglichen Patientenwohl dient. Eine rechtspolitische Diskussion mit dem Ziel, Notärzten und ggf auch niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie die gesetzliche Möglichkeit einzuräumen, eine Bescheinigung iSd § 8 UbG auszustellen, wäre sinnvoll. Darüber hinaus sollte aus Rechtssicherheitsgründen zusätzlich eine klare gesetzliche Regelung zum präklinischen Umgang mit einwilligungsunfähigen Patienten geschaffen werden.

52) § 10 Abs 4 UbG: Facharzt für Psychiatrie, für Psychiatrie und Neurologie, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin oder, wenn der Patient mj ist, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder für Neurologie mit ergänzender spezieller Ausbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie.

53) Kopetzki, Grundriss³ Rz 194.

54) §§ 10 ff UbG.

55) § 18 UbG; Kopetzki, Grundriss³ Rz 295.

56) Kopetzki, Grundriss³ Rz 194.

57) Ab 1. 1. 2014 durch die Verwaltungsgerichte; BGBl I 2012/51.

58) Kopetzki, Grundriss³ Rz 182; VwGH 26. 7. 2005, 2004/11/0070.

59) Amtshaftungsgesetz (AHG) BGBl 1949/20 idF BGBl I 2013/33 mit Regressmöglichkeit durch das Organhaftpflichtgesetz (OrgHG) BGBl 1967/181 idF BGBl I 2013/33.

60) Im vertraglichen Schadenersatz hat die Rettungsorganisation für das Verhalten ihrer Mitarbeiter einzustehen und ist haftpflichtig, wobei ein Regress in den engen Grenzen des DHG möglich ist.

→ In Kürze

Für den präklinischen Umgang mit psychiatrischen Patienten existieren gesetzliche Normen, die aufgrund unterschiedlichster Praxisprobleme dem bestmöglichen Wohl des Patienten nicht immer gerecht werden. Amtsärztangel, leichtfertig angenommene Gefahrim-Verzug-Situationen, Gefahreinschätzung durch medizinische Laien und fehlende Weisungsbefugnis notfallmedizinischer Professionisten am Einsatzort gehören zum Alltag. Eine rechtspolitische Diskussion, einerseits den Kreis der im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Ärzte zu erweitern und andererseits klare Regeln für den präklinischen Umgang mit einwilligungsunfähigen Patienten zu schaffen, soll dazu verhelfen, den Anforderungen der notfallmedizinischen Praxis gerecht zu werden.

→ Zum Thema

Über den Autor:

Dr. Michael Halmich ist Jurist mit Schwerpunkt Medizinrecht und ehrenamtlicher Sanitäter/Ausbildner beim Österreichischen Roten Kreuz. Er ist Autor medizinrechtlicher Publikationen und Vortragender an diversen Institutionen/Universitäten zum Thema Notfallmedizinrecht. Seit 2013 steht er der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN) vor.

E-Mail: michael.halmich@recht.at
Internet: www.notfallmedizinrecht.at

Literatur:

Koppensteiner/Ziel (Hrsg), Praxisleitfaden Unterbringungsrecht (2012). →



→ Literatur-Tipp



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

MANZ Bestellservice:

Tel: (01) 531 61-100

Fax: (01) 531 61-455

E-Mail: bestellen@manz.at

Besuchen Sie unseren Webshop unter

www.manz.at