



Aktuelle (Berufs-)Rechtsfragen der österreichischen Notfallmedizin

Die Anforderungen an das Personal, die sich mit Notfallpatienten beschäftigen, haben sich in den letzten Jahren verändert. In diesem Beitrag werden aktuelle (berufs-)rechtliche Fragestellungen rund um Sanitäter und Notärzte im Rettungseinsatz bzw. um innerklinisch tätiges Pflegepersonal und Ärzte in Notfallabteilungen behandelt.



Aktuelle (Berufs-)Rechtsfragen der österreichischen Notfallmedizin

Die Anforderungen an das Personal, die sich mit Notfallpatienten beschäftigen, haben sich in den letzten Jahren verändert. In diesem Beitrag werden aktuelle (berufs-)rechtliche Fragestellungen rund um Sanitäter und Notärzte im Rettungseinsatz bzw. um innerklinisch tätiges Pflegepersonal und Ärzte in Notfallabteilungen behandelt.

A. Notfallmedizin in Österreich

1. Präklinische Versorgung

Der in Österreich flächendeckend eingerichtete Rettungs- und Notarztdienst ist von der Regelungskompetenz Landessache, wobei die Gemeinden dafür Sorge zu tragen haben, dass ein funktionierendes Hilfs- und Rettungswesen betrieben wird. Diesbezüglich gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder den Rettungs- bzw. Notarztdienst von staatlicher Stelle selber zu betreiben (zB Wiener Berufsrettung) oder eine private Rettungsorganisation^[1] damit zu betrauen.

Maßgebliche Größe für die Strukturqualität und die Infrastruktur des Rettungs- und Notarztdienstes ist die Hilfsfrist. Darunter versteht man die Zeit zwischen Eingehen einer Notrufmeldung in der Leitstelle und Eintreffen des Rettungsmittels am Ort des Geschehens. Im Gegensatz zu einigen unserer Nachbarländer ist in Österreich die Hilfsfrist in den Landesrettungsdienstgesetzen nicht geregelt^[2], wobei unter den Verantwortlichen Einigkeit hierüber besteht, dass ein Eintreffen am Notfallort in ganz Österreich innerhalb der internationalen Hilfsfrist von 15 Minuten anzustreben ist.^[3]

Betrachtet man die Patientenversorgung, so kamen in Vergangenheit unterschiedliche Konzepte zum Tragen. Waren die Anfangsjahre vom Leitspruch „load & go“ getragen, bei dem erst innerklinisch mit der ärztlichen Therapie begonnen wurde und am Einsatzort nur minimalste sanitätsdienstliche Maßnahmen gesetzt wurden, so verlagerte es sich durch den Einsatz von Notärzten und wissenschaftlicher Beschäftigung mit der präklinischen Notfallmedizin zum Slogan „stay & play“; langes Verweilen am Einsatzort und umfangreiche Patientenstabilisierung mit teilweise Einleitung von (minimal-) chirurgischen Eingriffen waren keine Seltenheit. Da keine der beiden Systeme den bestmöglichen Patientenoutcome sicherstellen konnte, orientiert sich die moderne präklinische Patientenversorgung in Österreich derzeit am Modell „treat & run“: Unbedingt notwendige Diagnose- und Therapiemaßnahmen, wie etwa die Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen nach etabliertem ABCDE-Schema sowie eine adäquate Schmerztherapie, stehen im Vordergrund. Weiteres Ziel ist der schnellstmögliche Kliniktransfer, wobei sich die Auswahl des geeigneten Krankenhauses an der Kompetenz zur Weiterversorgung sowie der Entfernung zu orientieren hat. Auf die Wichtigkeit der Patienten-Voranmeldung sei hingewiesen und hat die Übergabe in der Zielklinik stets so zu erfolgen, dass neben einer reibungslosen Behandlungskontinuität der Informationsfluss gewährleistet ist.^[4]

2. Klinische Versorgung

Rechtliche Grundlage für die Errichtung, die Führung und den Betrieb von Krankenanstalten ist das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) des Bundes sowie die Ausführungsgesetze der Länder. Potentiell zu versorgende Patienten und das flächendeckende Leistungsangebot sind die Parameter für die Errichtung unterschiedlicher Arten von Krankenanstalten. Die kleinste Einheit bilden dabei die Standardkrankenanstalten der Basisversorgung, die zumindest eine Abteilung für Innere Medizin zu führen und eine chirurgische Grundversorgung sicherzustellen haben. Weiters ist eine permanente Erstversorgung von Akutfällen samt Beurteilung des weiteren Behandlungsbedarfes und Weiterleitung zur Folgebehandlung in die dafür zuständige Versorgungsstruktur zu gewährleisten.^[5] Darüber hinaus sind öffentliche Krankenanstalten verpflichtet, unabsehbare Notfallpatienten in die Anstaltspflege aufzunehmen; für private gilt dies eingeschränkt. Laut ÖSG 2012^[6] stellen zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten für ungeplante Patientenzugänge mit vor allem akuter Symptomatik eine besonders effiziente Form dar, und gehen aktuell Spitalerhalter aufgrund neuer Anforderungen an die Notfallversorgung und dem Andrang an Patienten außerhalb der Kernöffnungszeiten dazu über, sogenannte „Interdisziplinäre Notfallaufnahmeabteilungen“ oder „Abteilungen für Notfallmedizin“ zu gründen.^[7]

Der Patientenstrom teilt sich in die sogenannten „Selbsteinweiser“ und in die Patienten, die durch den Rettungs- und Notarztdienst transferiert werden. Nach entsprechender Erstabklärung und Stabilisierung des Patienten folgt entweder die hausinterne Weiterversorgung mit Facharztstandard oder der Weitertransfer in ein Schwerpunktzentrum.^[8]

B. Eingesetztes Personal

1. Notärzte und Sanitäter in der Präklinik

Bezieht man sich auf die Rettungskette der Erste-Hilfe-Ausbildung in Österreich, so sind in die präklinische Patientenversorgung neben (oftmals zufällig anwesenden) Ersthelfern professionell agierende Sanitäter und Notärzte im Einsatz. Die im Strafgesetzbuch zu findende Norm „Unterlassung der Hilfeleistung“^[9] verpflichtet Jedermann, also den Ersthelfer, zur offensichtlich erforderlichen und zumutbaren Hilfeleistung bei drohender Lebensgefahr.

Die nach dem Sanitätergesetz (SanG) ausgebildeten Rettungs- bzw. Notfallsanitäter haben unterschiedlich weitreichende Befugnisse, über die aufgrund der engen und oftmals nonverbalen Zusammenarbeit unter Zeitdruck jeder Professionist im Einsatzgeschehen Bescheid zu wissen hat. Die Tätigkeit als Sanitäter kann ehrenamtlich, als Zivildienstleistender, als Soldat im Bundesheer oder Angehöriger des sonstigen öffentlichen Dienstes sowie berufsmäßig ausgeübt werden, wobei für alle die gleichen fachlichen Anforderungen gelten.^[10]

Bei Erlassung des SanG im Jahr 2002 wurde vom Gesetzgeber festgelegt, dass Rettungssanitäter für die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen einzusetzen sind, die medizinisch indizierter Hilfe bedürfen.^[11] Im Gegensatz dazu sollte durch die Schaffung des Notfallsanitäters einerseits dem (Not-)Arzt am Einsatzort ein professioneller Assistent zur Seite gestellt werden, andererseits dieser bis zum Eintreffen des Notarztes qualifiziertere Erstmaßnahmen als Rettungssanitäter einleiten können.^[12] Diesem Gedanken wurde auch durch die Schaffung der Notfallkompetenzen Rechnung getragen: Nach entsprechend aufbauender Ausbildung ist es Notfallsanitätern erlaubt, selbstständig Medikamente zu verabreichen, periphere Venen zu punktieren und kristalloide Lösungen zu infundieren sowie eine endotracheale Intubation ohne Prämedikation und endotracheale Vasokonstriktorapplikation durchzuführen.^[13] Für alle Sanitäter gilt, dass sie bei entsprechend kritischem Patientenzustand unverzüglich einen (Not)Arzt anzufordern haben.^[14]

Die Praxis zeigt jedoch ein anderes Bild: So finden sich in Österreich auf nicht-arztbesetzten Rettungsmitteln oftmals Rettungssanitäter, die trotzdem zu jeglichen Notfällen (mit)alarmiert werden. Vor allem in ländlichen Gebieten sind dann lange Zeitspannen (15-20 Minuten sind dabei keine Seltenheit) bis zum Eintreffen des Notarztes, der mit Notfallsanitätern anreist, zu überbrücken. Dieses System war vom Gesetzgeber so nicht intendiert, sondern sind nicht-arztbesetzte Rettungsmittel in Österreich, welche für Notfälle zurückgehalten werden, mit mindestens einem Notfallsanitäter zu besetzen. Dieser Anspruch kann problemlos dadurch umgesetzt werden, dass die für das Rettungswesen zuständigen Landesgesetzgeber in ihren Landesrettungsdienstgesetzen in Hinblick auf einzusetzendes Personal nicht die lapidare Wortwendung „geeignet“ verwenden, sondern die konkreten Tätigkeitsbereiche der Sanitäter nach dem SanG heranziehen. Notärzte sind Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte oder approbierte Ärzte, die einen entsprechenden Lehrgang^[15] absolviert haben. Ob dieser Lehrgang mit einem 60-Stunden-Mindestumfang den Anforderungen der modernen Notfallmedizin gerecht wird, ist immer wieder Gegenstand lebhafter

Diskussionen.[\[16\]](#) Für sämtliche in der präklinischen Notfallmedizin Tätigen gelten gesetzliche Fortbildungsverpflichtungen, die bei Nichteinhaltung auch den Verlust der Berechtigung nach sich ziehen.[\[17\]](#)

Aktuell führt der vorwiegend in Deutschland zu beobachtende, aber nunmehr auch in Österreich steigende Mangel an präklinisch tätigen Notärzten zu Besetzungsproblemen, sodass eine präklinisch ärztliche Notfallpatientensichtung nicht immer gewährleistet werden kann.

2. Ärzte, Pflege und medizinisch-technische Dienste in der Klinik

Innerklinisches Personal, welches in Notfall- und Akutversorgungseinheiten tätig ist, setzt sich aus den unterschiedlichsten Angehörigen medizinischer Berufe zusammen. Die Anforderungen hierfür definiert der ÖSG 2012 eher pauschal: Demnach sind Ärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte sowie diplomiertes Pflegepersonal mit entsprechend notfallmedizinischem Wissen heranzuziehen. Exaktere Definitionen finden sich für den unfallchirurgischen Schockraum: Die Schockraummannschaft besteht demnach aus einem Facharzt für Anästhesie, einem für Unfallchirurgie, einem weiteren für Unfallchirurgie oder Chirurgie, der auch in Ausbildung stehen kann, einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit Sonderausbildung für Anästhesiepflege, einer unfallchirurgisch geschulten diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, einem Radiologietechnologen und einem Facharzt für Radiologie in Rufbereitschaft oder teleradiologischer Anbindung.

Folgt man den neuen Trends, so ist die Teamzusammensetzung in interdisziplinären Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten multiprofessionell, weil eben nicht mehr nach Fachzugehörigkeit der medizinischen Ursache differenziert wird. Diesbezüglich wird die Ansicht vertreten, dass von ärztlicher Seite betrachtet neben Ärzten für Allgemeinmedizin auch Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin und Unfallchirurgie an derartigen Abteilungen tätigen werden dürfen, sofern sie die Voraussetzung der Fortbildung zum Notarzt gemäß § 40 Ärztegesetz erfüllen.[\[18\]](#)

C. Berufsdurchlässigkeiten

Im Bereich der Ärzteschaft ist der Einstieg in den organisierten Notarzdienst – rein rechtlich betrachtet – lediglich an die Voraussetzung zur Fortbildung als Notarzt gemäß § 40 Ärztegesetz gebunden. Ein Wechsel zwischen Tätigkeiten als niedergelassener (Fach-)Arzt, als präklinischer Notarzt oder als klinischer (Fach-)Arzt ist mit überschaubarem Aufwand verbunden, wobei diesbezüglich nichts über die individuellen Kenntnisse und Fertigkeiten ausgesagt ist. Aus Patientenschutzgründen und Haftungserwägungen (Stichwort Einlassungsfahrlässigkeit) ist es nur Ärzten mit entsprechenden Kenntnissen und Fertigkeiten zu empfehlen, sich der Notfallmedizin zu widmen.

Im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gibt es eine große Normenstreuung, da in den letzten Jahren fast jeder Berufsstand „sein eigenes“, immer umfangreicher werdendes Berufsgesetz erhalten hat. Aufgrund dessen fehlen wechselseitige Berufsdurchlässigkeiten und erscheint – vor allem auch in Hinblick auf die Berufspflichten – zu Recht eine radikale Vereinfachung notwendig.[\[19\]](#) So haben Sanitäter, die innerklinisch tätig werden möchten, oder diplomiertes Pflegepersonal, welches sich für die Präklinik interessiert, deutlich größere Hürden zu bewältigen: Die fehlende Berufsdurchlässigkeit bedingt in diesem Fall zwei unterschiedliche Berufsbilder, sodass vor Aufnahme der Tätigkeit oder des Berufes die komplette Ausbildung in der jeweiligen Sparte vorausgesetzt wird. Jedoch ist es diplomierten Pflegepersonen als auch Pflegehelfern möglich, eine verkürzte Ausbildung zum Rettungssanitäter zu absolvieren, wobei die Anrechnungen kaum ins Gewicht fallen.[\[20\]](#) Aufgrund der taxativen Aufzählung von Gesundheitsberufen in den §§ 53ff GuKG, welche eine verkürzte Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorsieht und den Sanitäter dabei nicht nennt, gibt es keine Anrechnungen für Sanitäter, die eine entsprechende Ausbildung anstreben.

Ausnahmen bestehen dennoch für den innerklinischen Einsatz von Sanitätern, jedoch nur zu Ausbildungszwecken: Rettungssanitäter, die sich in der Ausbildung zum Notfallsanitäter befinden, haben ein mindestens vierzigstündiges Praktikum in einer fachlich geeigneten Krankenanstalt (zB Notaufnahme, Anästhesie-, Unfallabteilung) zu absolvieren.[\[21\]](#) Dasselbe gilt in unterschiedlicher Zeitdauer auch für Notfallsanitäter in Ausbildung zur allgemeinen bzw. besonderen Notfallkompetenz.

D. Conclusio und Ausblick

Die Anforderungen an die in der Notfallmedizin Tätigen haben sich in den letzten Jahren verändert. Beginnt der Weg eines Notfallpatienten mit einer zielorientierten präklinischen Versorgung in einem Sanitäter- und Notarztgestützten System, setzt sich dies innerklinisch durch eine Erstversorgung in einer interdisziplinären Notfallaufnahme fort und folgt schließlich einer fachspezialisierten Weiterbehandlung. Doch im System lauern Problemfelder, die es zeitig zu erkennen und gegenzusteuern gilt.

Obwohl Österreich am bewährten System der präklinischen Notärzte weiterhin beharren sollte, wird diese Ressource, künftig möglicherweise nicht mehr in diesem Umfang bereit stehen, wie bisher gewohnt. Daher sollten die Verantwortlichen danach trachten, Notarzteinsätze von durch Sanitäter zu bewältigende Rettungseinsätze abzugrenzen, damit die noch vorhandenen Notärzte dort zum Einsatz kommen, wo ihr Handeln tatsächlich indiziert ist. Eine dadurch bedingte Kompetenzerweiterung bei Sanitätern aller Qualifikationsstufen setzt neben einer Berufsgesetzänderung (SanG) auch die Adaptierung der Ausbildung voraus und ist es sinnvoll, Sanitäter auch innerklinisch – zB in den interdisziplinären Notfallaufnahmen – einzubinden, damit die Fertigkeiten trainiert und erhalten werden können.

Für die nichtärztlichen innerklinischen Berufsgruppen, die künftig in interdisziplinären Notfallaufnahmen tätig sind, wird es ebenfalls notwendig sein, entsprechende Weiterbildungen anzubieten, um auch in diesem Bereich eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung sicherstellen zu können.

-
- [1] ZB: Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hospitaldienst, Österreichisches Rotes Kreuz, Österreichisches Grünes Kreuz.
 - [2] Ausnahme § 5 Abs 9 der Verordnung der Burgenländischen Landesregierung vom 3. Juli 2007, mit der Richtlinien für den Rettungs- und Notarztrettungsdienst erlassen werden (LGBl. Nr. 44/2007).
 - [3] *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte (2012), 106.
 - [4] *Hellwagner*, Rechtsfragen im Schockraum – Nahtstellenmanagement der prä- und innerklinischen Notfallmedizin, in *ÖGERN* (Hrsg), Notfallmedizin: Eine interdisziplinäre Herausforderung (2014), 19ff.
 - [5] § 2a Abs 4 Z 1 KAKuG.
 - [6] ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit.
 - [7] ZB: AKH Wien, Universitätsklinik für Notfallmedizin; Christian-Doppler-Klinik Salzburg, Zentrale Notaufnahme.
 - [8] *Halmich*, Rechtsfragen im Schockraum, ÖZPR 2013/114, 157.
 - [9] § 95 österreichisches Strafgesetzbuch.
 - [10] § 14 SanG.
 - [11] §§ 8 iVm 9 SanG.
 - [12] §§ 8 iVm 10 SanG.
 - [13] Allgemeine und Besondere Notfallkompetenzen nach §§ 11ff SanG.
 - [14] §§ 8 ff SanG; Details zu den Kompetenzen vgl. *Halmich*, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 2012/88.
 - [15] § 40 Ärztegesetz 1998.
 - [16] Vgl. diesbezüglich *Koppensteiner*, Ausbildung und Kompetenzen in der Präklinik: Status quo und Reformbestrebungen, in *ÖGERN*, 11ff.
 - [17] §§ 50f SanG; § 40 Abs 3 ÄrzteG.
 - [18] *Halmich/Hellwagner*, Die interdisziplinäre Notfallaufnahme aus medizinrechtlicher Sicht, für RdM im Feb. 2014 eingereicht.
 - [19] *Stärker*, Berufsrechte der Gesundheitsberufe: Radikale Vereinfachung notwendig, RdM 2014/2.
 - [20] § 34 SanG iVm §§ 37ff San-AV.
 - [21] § 35 SanG.

April 2014