

RECHT **RdM** DER MEDIZIN

Schriftleitung Christian Kopetzki

Redaktion Gerhard Aigner, Erwin Bernat, Daniel Ennöckl, Meinhild Hausreither, Thomas Holzgruber, Dietmar Jahnel, Matthias Neumayr, Magdalena Pöschl, Reinhard Resch, Hannes Schütz, Lukas Stärker, Karl Stöger, Felix Wallner, Johannes Zahrl

April 2015

02

41 – 84

Beiträge

Primärversorgung in Ö – rechtspolitische und juristische Aspekte

Helmut Ivansits und Stephanie Prinzing ➔ 44

Der Betriebsübergang ärztlicher Ordinationen

Matthias Klein ➔ 52

Interdisziplinäre Notfallaufnahme aus medizinrechtlicher Sicht

Michael Halmich und Klaus Hellwagner ➔ 58

Der praktische Fall

Die missverständene Patientenverfügung

Thomas Wagner, Carl Nikolaus Homann und Jürgen Wallner ➔ 62

Gesetzgebung und Verwaltung

Einsatz der Pflegehilfe bei Schutzfixierungen ➔ 69

Editorial/Rechtsprechung

Private Sicherheitsdienste am Krankenbett/im Krankenhaus?

Christian Kopetzki ➔ 41, 71

Leitsätze

Arzneimittleigenschaft von „Poppers“ *Claudia Zeinhofer* ➔ 76

Informationspflicht über Höhe der Ärztehonore bei Aufnahme
in die Sonderklasse *Maria Huber* ➔ 78

Die interdisziplinäre Notfallaufnahme aus medizinrechtlicher Sicht

RdM 2015/48

§§ 2, 3, 31, 40
ÄrzteG;
§§ 2 ff KAKuGinterdisziplinäre
Notfallaufnahme;
Arzt-
kompetenzen;
Sonderfach-
beschränkung;
Versorgungs-
anspruch

Aktuell gehen öffentliche Spitalserhalter dazu über, sog „Interdisziplinäre Notfallaufnahmeabteilungen“ oder „Abteilungen für Notfallmedizin“¹⁾ zu gründen, um den neuen Anforderungen an die Notfallversorgung und dem Andrang an Patienten außerhalb der Kernöffnungszeiten der Fachambulanzen gerecht zu werden. Bisher rechtlich ungeklärt ist die Frage, wer in derartigen Abteilungen ärztlich tätig werden darf bzw wer fachlich befugt ist, derartige Abteilungen zu leiten.

Von Michael Halmich und Klaus Hellwagner

Inhaltsübersicht:

- A. Einleitung
- B. Die ärztliche Berufsberechtigung aus medizinrechtlicher Sicht
- C. Fachliche Anforderungen an Ärzte in interdisziplinären Notfallaufnahmen
 1. Vorgaben des Krankenanstaltenrechts
 2. Auslegungsgrenzen des ärztlichen Berufsrechts
- D. Schlussbemerkungen und Ausblick

A. Einleitung

Um den neuen Anforderungen an die Notfallversorgung und dem Andrang an Patienten außerhalb der Kernöffnungszeiten der Fachambulanzen gerecht zu werden, gehen die öffentlichen Spitalserhalter dazu über, sog „Interdisziplinäre Notfallaufnahmeabteilungen“ oder „Abteilungen für Notfallmedizin“ zu gründen. Als Vorläufer dieser interdisziplinären Notfallaufnahmebereiche war in vielen größeren Krankenanstalten bereits eine internistische Notfallaufnahme in Betrieb.

Die Rationalisierung des Spitalsbetriebs und die Anforderungen an die Patientenversorgung brachten es mit sich, dass diese primär internistisch ausgerichteten Aufnahmeabteilungen und Ambulanzen zunehmend mit dem gesamten Spektrum der Notfallpatienten konfrontiert werden. Zusätzlich führt der – primär in weiten Teilen Deutschlands zu beobachtende, aber nunmehr auch in Österreich steigende – Mangel an präklinisch tätigen Notärzten zu einer zunehmenden fehlenden präklinischen ärztlichen Sichtung und Patienten-Stabilisierung.²⁾ Damit werden die Mitarbeiter der Notfallaufnahmen mit Patienten konfrontiert, die zwar sanitätsdienstlich versorgt und transportfähig gemacht wurden, jedoch keine fachliche Zuordnung aufgrund präklinisch gestellter ärztlicher Diagnose erhalten haben.³⁾

Damit nähert sich die österr Versorgungssituation internationalen Standards an, da gerade im angloamerikanischen Raum Notärzte nur in den lebensbedrohlichsten Fällen präklinisch zur Verfügung stehen und in diesen Ländern die notärztliche Versorgung, und in Folge die fachliche Zuordnung, erst im sog „Emergency Department“ beginnt.⁴⁾

Aufgrund der im angloamerikanischen Raum gemachten Erfahrungen hat sich die Notfallmedizin zu einem hochinnovativen und forschungsintensiven Be-

reich der Medizin entwickelt, sodass die medizinisch-wissenschaftliche Grundlage des Konzepts der interdisziplinären Notfallaufnahmeabteilung als gesichert angesehen werden kann.

Im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien (AKH) wurde mit der Übersiedelung in den Neubau im Jahre 1991 eine „Notfallaufnahme“ als erste interdisziplinäre Abteilung in Österreich gegründet, die im Jahre 2000 zur eigenständigen Universitätsklinik für Notfallmedizin umstrukturiert wurde.⁵⁾ Die Universitätsklinik in Wien steht damit als Vorreiter der interdisziplinären wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der prä- und innerklinischen Notfallmedizin an vorderster Front der Entwicklung.

Während es in den genannten Ländern die „Emergency Medicine“ als eigene Fachspezialisierung der Medizin gibt, deren Angehörige in diesen Aufnahmeabteilungen interdisziplinär tätig werden und erst nach einer ersten Abklärung und weiteren fachlichen Zuordnung den in Folge zuständigen Facharzt in die Behandlung einbinden, ist diese Fachausbildung trotz einiger Initiativen in Österreich⁶⁾ zum gegebenen Zeitpunkt nicht existent. Medizinrechtlich ist jedoch von Seiten der Literatur noch nicht geklärt, wer nunmehr in derartigen Abteilungen ärztlich tätig werden darf bzw wer fachlich befugt ist, derartige Abteilungen zu leiten.

B. Die ärztliche Berufsberechtigung aus medizinrechtlicher Sicht

In der österr Systematik gilt grundsätzlich eine relativ strenge Abgrenzung der einzelnen medizinischen Fachgebiete. Diese Abgrenzung ist im § 31 Abs 3 des ÄrzteG 1998 festgeschrieben, der normiert, dass Fachärzte ihre Berufstätigkeit auf ihr Sonderfach zu be-

1) Als Synonym wird im deutschen Sprachraum auch „Zentrale Notfallaufnahme“ oder „Rettungsstelle“ verwendet.

2) <http://vorarlberg.orf.at/news/stories/2578166/> (Stand 11. 2. 2014); www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/br/2013/05062013-1-100.html (Stand 11. 2. 2014).

3) <http://de.wikipedia.org/wiki/notaufnahme> (Stand 29. 1. 2014).

4) <http://londonsairambulance.co.uk/our-service> (Stand 11. 2. 2014).

5) www.meduniwien.ac.at/hp/notfall/allgemeine-informationen/ueber-uns/ (Stand 11. 2. 2014).

6) Vgl AAEM – The Austrian Association of Emergency Medicine – www.aaem.at/home.html (Stand 11. 2. 2014); Lindinger, Notfallabteilungen – Empfangsplatz oder echtes Kompetenzzentrum? Das Medizinprodukt 01/14, 22.

schränken haben. Auch wenn die Fachgrenzen in der Realität Unschärfen aufweisen und einzelne Bereiche der Medizin von mehreren Fachärzten abgedeckt werden, handelt es sich doch um deutliche Abgrenzungen. So ist bspw klar, dass sich ein Facharzt für Innere Medizin in der Regel nicht um einen rein geburtshilflichen Notfall kümmern wird, während die im Rahmen der Eklampsie auftretende Hypertonie von beiden Fachspezialitäten versorgt werden kann.

In der österr Ausbildungssystematik gibt es gesetzlich geregelte Ausnahmen, die eine Fachüberschreitung zulassen. Eine dieser Ausnahmen besteht nach Abschluss der universitären ärztlichen Grundausbildung: Turnusärzte können grundsätzlich in allen Bereichen der Medizin ärztlich tätig werden, jedoch ist diese Tätigkeitsberechtigung deutlich beschränkt. Gem § 3 Abs 3 ÄrzteG dürfen sie lediglich unselbständig – also unter Anleitung und Aufsicht der auszubildenden Ärzte – tätig werden. Das heißt, jede ihrer ärztlichen Tätigkeiten muss in letzter Konsequenz von einem für die Ausbildung zuständigen Facharzt bzw Arzt für Allgemeinmedizin mitverantwortet werden.⁷⁾

Eine weitere rechtlich normierte Fachüberschreitung ist für Notärzte festgelegt, wenn sie im Rahmen organisierter Notarzdienste (Notarztwagen bzw Notarzhubschrauber) tätig werden, da gerade in der präklinischen Notfallmedizin hohes interdisziplinäres Wissen und Können notwendig ist.⁸⁾

Einzig die Ärzte für Allgemeinmedizin sind an keine fachlichen Grenzen gebunden. Damit besteht in Österreich das Paradoxon, dass die kürzeste postpromotionelle Ausbildung (drei Jahre im Gegensatz zu einer fachärztlichen Ausbildungszeit von sechs Jahren) zur fachlich unbeschränkten Berufsausübung führt. Es lässt jedoch schon die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 erkennen, dass diese formal uneingeschränkte fachliche Tätigkeit einer Beschränkung in der Tiefe der einzelnen medizinischen Fachgebiete unterliegt. Aufgabe der Ärzte für Allgemeinmedizin ist die allgemeinmedizinische Betreuung des gesamten menschlichen Lebensbereichs sowie die Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, solange nicht aufgrund der Komplexität des Falles tieferes fachärztliches Wissen, und damit die Zusammenarbeit mit einem Facharzt, notwendig wird.⁹⁾

Eine weitere Regelung der Fachüberschreitung wurde mit Einführung der Rufbereitschaften in Standardkrankenanstalten nötig. Die Rufbereitschaft bedingt, dass in kleinen und mittleren Krankenanstalten außerhalb der Kernarbeitszeiten Turnusärzte die ärztliche Routineversorgung aufrechterhalten und bei Bedarf den Facharzt außerhalb des Hauses beiziehen.¹⁰⁾ Für die unbedingt notwendige fachüberschreitende notfallmedizinische Versorgung muss gem § 31 Abs 3 Z 3 ÄrzteG entweder ein Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin oder Unfallchirurgie mit entsprechender notärztlicher Fortbildung nach den Bestimmungen des § 40 ÄrzteG im Haus anwesend sein.¹¹⁾

In Bewertung dieser Ausbildungs- und Kompetenzregelungen des ÄrzteG in Verbindung mit dem Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) soll in Folge aufgearbeitet werden, welche ärztliche Ausbildung für eine Tätigkeit in interdisziplinären Notfallaufnahmen

notwendig ist, um dem Anschein einer Fachüberschreitung entgegenzutreten.

C. Fachliche Anforderungen an Ärzte in interdisziplinären Notfallaufnahmen

Wie bereits ausgeführt, waren va in Ostösterreich die Notfallaufnahmeeinrichtungen der Spitäler primär zur Aufnahme internistisch erkrankter Patienten vorgesehen. Für die Aufnahme und Erstbehandlung der übrigen Fachspezialitäten (zB HNO, Dermatologie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Urologie) wurden eigene Ambulanzen geführt.

Dies führte oft dazu, dass der medizinisch nicht geschulte Portier einer Krankenanstalt die Zuordnung und damit Triage zu den einzelnen Ambulanzen durchführte. Da dies nicht zielführend war, wurden Patienten später immer öfter über die internistische Notfallaufnahme geleitet und mussten sich nach einer ersten Wartezeit wieder auf den Weg durch das Spitalsgelände begeben. Fachärztlich waren in diesen internistischen Notfallaufnahmen Fachärzte für Innere Medizin tätig, die von Ärzten für Allgemeinmedizin ergänzt und unterstützt wurden. Aufgrund der medizinisch-fachlichen Zuordnung war in diesen Notfallaufnahmeabteilungen in der Regel auch keine fachüberschreitende Tätigkeit notwendig.

Die Neukonzeption zur interdisziplinären Notfallaufnahmeabteilung, die als Erstanlaufstelle für alle Patienten dienen soll, erfordert jedoch völlig neue fachliche Anforderungen an die in diesen Abteilungen tätigen Ärzte.¹²⁾ Damit steht dieses Konzept im Gegensatz zu der, bisher va im Bereich der Unfallchirurgie üblichen, Aufnahme von lebensbedrohlich Verletzten über den sog Schockraum. In diesem Schockraum ist ebenfalls interdisziplinär hohes fachlich-medizinisches und pflegerisches Wissen und Können erforderlich, jedoch sind für den kurzen Zeitraum der Aufnahmesituation alle notwendigen Spezialisten im Schockraum anwesend. Damit werden alle fachlichen Anforderungen (Anästhesie, Unfallchirurgie, Radiologie inkl entsprechender Fachpflegepersonen und Radiologietechnologen) abgedeckt und ist keine fachüberschreitende Tätigkeit notwendig.¹³⁾ Das Konzept der interdisziplinären Notfallaufnahmeabteilung bedingt aber eine hohe Taktfrequenz an Einlieferungen durch den Rettungsdienst bzw sog „Selbsteinweisern“, sodass ein regelmäßiges Hochfahren aller eventuell notwendigen Fachdisziplinen die Kapazität der Spitäler überfordern würde und dem angestrebten Konzept, der primären

7) Stärker in Emberger/Wallner (Hrsg), Ärztegesetz² (2008) § 3 FN 14–16 mwN.

8) § 31 Abs 3 Z 2 ÄrzteG; Halmich, Kompetenzfragen der präklinischen Patientenversorgung, RdM 2012/88, 127.

9) §§ 5, 6 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006; vgl auch Aigner/Kierein/Kopetzki (Hrsg), ÄrzteG 1998² (2007) § 31 FN 2.

10) Steiner, Rechtsfragen der Rufbereitschaft, RdM 1997/80.

11) Vgl Stärker, Rufbereitschaft im Arbeits-, Dienst-, Krankenanstalten- und ärztlichen Berufsrecht, RdM 2003/84.

12) AAEM – The Austrian Association of Emergency Medicine, www.aaem.at/home.html (Stand 11. 2. 2014).

13) Hellwagner, Rechtsfragen im Schockraum – Nahtstellenmanagement in der prä- und innerklinischen Notfallmedizin, in ÖGERN (Hrsg), Notfallmedizin: Eine interdisziplinäre Herausforderung (2014) 19 ff.

Abklärung, Triage und weiteren fachgerechten Versorgung in Folge, entgegnläuft.

Daher müssen auf der einen Seite, analog der niedergelassenen allgemeinmedizinischen Versorgung, die Basismaßnahmen aus allen medizinischen Bereichen beherrscht werden, wie sie grundsätzlich auch im Medizinstudium vermittelt werden. Andererseits werden aufgrund der Zufahrten des Rettungsdienstes auch hochspezialisierte Leistungen aus den Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin, Kardiologie, Chirurgie, fallweise auch Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Pädiatrie etc notwendig. Im angloamerikanischen Raum wird diese interdisziplinäre hochspezialisierte akutmedizinische Versorgung unter das Fach „Notfallmedizin“ subsumiert. Folgende Definition beschreibt das entsprechende Aufgabenfeld: „Die Notfallmedizin ist das Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Erkennung und Behandlung medizinischer Notfälle befasst. Sie umfasst fachlich die gesamte Rettungskette und ist ein interdisziplinärer Bereich der Medizin, in den vor allem Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Kinderheilkunde und auch die Anästhesiologie Eingang gefunden haben.“¹⁴⁾

Im Raum der Europäischen Union gibt es das Fach der „Unfall- und Notfallmedizin“, welches der „Emergency Medicine“ angloamerikanischer Diktion entspricht.¹⁵⁾ Diese Fachausbildung deckt die Anforderungen der interdisziplinären Notfallabteilungen ab, ist Österreich jedoch aus rechtspolitischen Überlegungen bisher fremd.

Bei strenger Auslegung der im österr. Ärzterecht verankerten Fachbeschränkung dürften in interdisziplinären Notfallaufnahmen nur Ärzte für Allgemeinmedizin tätig werden. Deren Ausbildung ist jedoch im Schwerpunkt auf die niedergelassene extramurale und einfache stationsärztliche Tätigkeit ausgelegt und nicht auf die innerklinische notfallmedizinische Versorgung. Zusätzlich würde diese Auslegung gerade dem Ziel der möglichst großen interdisziplinären Zusammenarbeit und ersten intensivmedizinischen Versorgung an einer Notfallabteilung entgegenstehen, da damit immer wieder Fachärzte von ihren Fachabteilungen abgezogen werden müssten, um die weitergehende spezialisierte Begutachtung und erste intensivmedizinische Versorgung an Notfallabteilungen durchführen zu können. Ziel einer interdisziplinären Versorgungseinheit muss es sein, möglichst vor Ort die Expertise anbieten zu können und den interdisziplinären Erfahrungsaustausch zu ermöglichen.

Daher muss es das Ziel der ärztlichen Führung derartiger Abteilungen sein, möglichst viele Fachspezialitäten zu beschäftigen, um diesen Erfahrungs- und Wissensaustausch zu ermöglichen.

1. Vorgaben des Krankenanstaltenrechts

Das Krankenanstaltenrecht legt zwar eine Mindestvorgehaltung von Abteilungen in einzelnen Typen von Krankenanstalten fest, schreibt jedoch im Einzelnen nicht vor, welche Abteilungen eine Krankenanstalt konkret zu führen hat.¹⁶⁾ Über den ärztlichen Dienst wird nur die Aussage getroffen, dass ärztliche Hilfe jederzeit sofort erreichbar zu sein hat und dass in entsprechenden Fachabteilungen, bis auf die Zeiten der zugelassenen Rufbereitschaft, Fachärzte ihren Dienst zu versehen ha-

ben.¹⁷⁾ Dass es in Krankenanstalten auch medizinische Organisationsbereiche geben kann, die keinem ärztlichen Sonderfach zugeordnet werden können, ist dem § 7 Abs 4 KAKuG zu entnehmen. Hier wird im Rahmen der erforderlichen Qualifikation der ärztlichen Abteilungsleiter normiert, dass bei Fehlen eines facheinschlägigen Sonderfachs ein *sonstiger fachlich qualifizierter Arzt* zum Leiter zu bestellen ist. Damit ist über diese organisationsrechtliche Bestimmung seitens des Gesetzgebers klar ausgedrückt, dass es hier entsprechend dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaften keine gesetzliche Beschränkung zugelassener Organisationseinheiten gibt. Erstaunlicherweise hat der Gesetzgeber jedoch im § 2 b KAKuG festgelegt, dass Abteilungen bettenführende Einrichtungen sind, die zeitlich uneingeschränkt zu betreiben sind und die im Rahmen der Abdeckung des fachrichtungsbezogenen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung in ihrem Einzugsbereich nach Maßgabe des § 8 Abs 1 die *jederzeitige Verfügbarkeit fachärztlicher Akutversorgung* anstaltsbedürftiger Personen im jeweiligen Sonderfach sicherzustellen haben.

Diese Bestimmung muss jedoch in ihrer Gesamtsystematik interpretiert werden: Betrachtet man sie nämlich genauer, muss prima vista festgestellt werden, dass damit der alleinigen Beschäftigung von Allgemeinmedizinern in einer bettenführenden Spitalsabteilung, und damit auch einer entsprechenden Notfallabteilung, widersprochen wird, da hier eindeutig eine fachärztliche Versorgung in Krankenanstalten gefordert wird. Zusätzlich sind in § 6 Abs 7 Z 4 und 5 KAKuG interdisziplinäre Erstversorgungseinheiten inklusive systemisierter Betten zur Akut- und Notfallversorgung, als den Fachabteilungen vorgeschaltete Bereiche, explizit vorgesehen. Interdisziplinarität setzt im Wortsinn die Zusammenarbeit verschiedenster Ärztgruppen und Angehöriger der unterschiedlichsten nichtärztlichen Gesundheitsberufe¹⁸⁾ voraus, denn komplexe medizinische Probleme erfordern einen fachübergreifenden und damit interdisziplinären Zugang iS des Patienten. Lag Anfang bis Mitte des 20. Jahrhunderts der Schwerpunkt der medizinischen Forschung und Ausbildung auf einer zunehmenden Spezialisierung, um eine entsprechende wissenschaftliche Tiefe zu erreichen, so setzte sich mit Beginn des 21. Jahrhunderts die Erkenntnis durch, dass neben der Spezialisierung auch ein Überblick über die verbundenen und angrenzenden Fachbereiche notwendig ist, um die immer schwieriger werdenden medizinischen Fragestellungen lösen zu können. Vorreiter auf diesen Gebieten waren die Palliativ-, Schmerz- und Altersmedizin.¹⁹⁾

14) <http://de.wikipedia.org/wiki/notfallmedizin> (Stand 19. 1. 2014).

15) RL 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates v. 7. 9. 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl L 2005/255, 22.

16) § 2 a KAKuG.

17) § 8 Abs 1 KAKuG.

18) Hier kommen diplomiertes Pflegepersonal mit/ohne Sonderausbildung, Radiologietechnologen und Hebammen in Betracht; rechtlich unklar ist der innerklinische Einsatz von Sanitätern; vgl. Halmich, Rechtsfragen im Schockraum – Schnittstellenmanagement der prä- und innerklinischen Notfallmedizin, ÖZPR 2013/114, 157.

19) Besimo, Die zahnärztliche Betreuung des alternden Menschen, ZWP 10/2007; Derra, Multimodale Konzepte zur Reintegration des chronischen (Rücken-)Schmerzpatienten, in Gralow et al (Hrsg), Schmerztherapie interdisziplinär (2002) 101 ff.

2. Auslegungsgrenzen des ärztlichen Berufsrechts

Wie bereits ausgeführt, kennt das Ärztegesetz²⁰⁾ grundsätzlich eine strenge Fachbeschränkung, die nur vom Arzt für Allgemeinmedizin regulär überschritten werden darf. Andererseits hat der Gesetzgeber erkannt, dass für den interdisziplinären notfallmedizinischen Bereich die Beschränkung auf Ärzte für Allgemeinmedizin nicht sinnvoll ist. Deshalb wurde gesetzlich verankert, dass für präklinische notfallmedizinische Bereiche (wörtlich „organisierter Notarztdienst“ [Notarztwagen, Notarzhubschrauber]) die Fachbeschränkung aufgehoben wird, falls eine im § 40 ÄrzteG normierte Fortbildung zum Notarzt absolviert wurde.²¹⁾

Im § 31 Abs 3 Z 3 ÄrzteG wird diese Aufhebung der Fachbeschränkung auch für Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin und Unfallchirurgie normiert, wenn diese im Rahmen krankenanstaltenrechtlicher Organisationsvorschriften sowie im Rahmen sofortiger notfallmedizinischer Versorgung tätig werden und die im § 40 ÄrzteG vorgesehene Fortbildung absolviert haben. Dieser Passus wurde vom Gesetzgeber deshalb ins ÄrzteG eingefügt, um in Standardkrankenanstalten im Rahmen der Rufbereitschaft keine notfallmedizinische Versorgungslücke entstehen zu lassen und dem erstversorgenden Turnusarzt einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt zur Seite zu stellen.²²⁾

Unklar ist die Situation jedoch in interdisziplinären Notfallaufnahmen. Grundsätzlich können Abteilungen in Krankenanstalten nur aufgrund des Krankenanstaltenrechts und der darauf begründeten sanitätsbehördlichen Bewilligung errichtet werden. Der Gesetzgeber hat im Berufsrecht auf die Voraussetzung der krankenanstaltenrechtlichen Organisationsvorschriften Bezug genommen. Wenn man die ursprünglich für die Rufbereitschaft eingeführte Möglichkeit der Fachüberschreitung iS der rechtswissenschaftlichen Auslegungsregeln interpretiert, kann festgestellt werden, dass der Gesetzgeber eine sehr offene Formulierung für diese Bestimmung gewählt hat und sie nicht expressis verbis an die Rufbereitschaft gebunden hat. Die Fachüberschreitung wurde iS einer elastischeren Formulierung eben an die bereits erwähnten krankenanstaltenrechtlichen Organisationsvorschriften angeknüpft. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die im Gesetz geforderte Grundlage mit der sanitätsbehördlichen Bewilligung nach § 3 KAKuG erfüllt ist.

Eine sofortige notfallmedizinische Weiterversorgung wird sicher bei Patienten notwendig sein bzw postuliert werden können, die mit dem Rettungsdienst eingeliefert werden. Bei ambulanten „Selbsteinweisen“ wird diese Notwendigkeit in der Regel nicht immer bestehen. Andererseits muss davon ausgegangen werden, dass für den einzelnen Patienten, der eine Notfallabteilung aufsucht, subjektiv immer eine Notsituation besteht, die dieser nicht einschätzen kann. Erst durch die ärztliche Beurteilung wird eine Zuordnung der Dringlichkeit möglich. Dies setzt aber eine möglichst schnell erfolgende ärztliche Beurteilung voraus.

Geht man davon aus, dass das Ziel einer interdisziplinären Notfallaufnahme die sofortige akut- und not-

fallmedizinische Versorgung ist, die in Folge und bei Bedarf in die spezialisierte fachärztliche Weiterversorgung des Patienten übergeht, deckt sich dies mit dem Telos der Norm des § 31 Abs 3 Z 3 ÄrzteG.

Interpretiert man die organisationsrechtlichen und die entsprechenden berufsrechtlichen Bestimmungen in ihrer systematischen Zusammenschau, so kommt man zum Schluss, dass im Rahmen der sofortigen notfallmedizinischen Versorgung, wie sie an Abteilungen für Notfallmedizin organisationsrechtlich geplant und notwendig ist, eine fachüberschreitende Tätigkeit, wie sie im § 31 Abs 3 Z 3 ÄrzteG normiert ist, rechtlich zulässig ist.

Somit können neben Ärzten für Allgemeinmedizin auch Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin und Unfallchirurgie an interdisziplinären Abteilungen für Notfallmedizin regelmäßig tätig werden, wenn sie die Voraussetzung der Fortbildung zum Notarzt gem § 40 ÄrzteG erfüllen.

D. Schlussbemerkungen und Ausblick

Die interdisziplinären Abteilungen für Notfallmedizin werden in Zeiten des zunehmenden Ärztemangels und der damit schwierigeren präklinischen notärztlichen Versorgung die entstehende Versorgungslücke füllen müssen und – wie der internationale Vergleich zeigt – unter der Voraussetzung der ausreichenden personellen Besetzung auch füllen können. Der präklinisch tätige Notarzt ist ein mitteleuropäisches Unikat, das international nicht üblich ist. Obwohl mit dem präklinischen Notarzt ein hohes notfallmedizinisches Versorgungsniveau erreicht wird und entgegen den fallweise geäußerten Vermutungen²³⁾ diese Notärzte auch Leben retten,²⁴⁾ muss mit dieser hoch spezialisierten und teuren Ressource künftig sorgsam umgegangen werden. Der Trend wird dahin gehen, dass Notärzte in Zukunft nur zu absolut lebensbedrohlichen Situationen ausrücken, wobei sich eine seriöse Abgrenzung von Rettungs- und Notarzteinsätzen schwierig gestaltet.²⁵⁾ Des Weiteren ist zu beachten, dass aus Patientensicherheitsgründen das nichtärztliche Rettungspersonal²⁶⁾ nicht mit komplexen ärztlichen Tätigkeiten belastet werden sollte, welche sie aufgrund ihrer jetzigen Ausbildung überfordern. Weltweit versorgt nichtärztliches Rettungspersonal (Notfall-)Patienten nach genau definierten sanitätsdienstlichen Algorithmen, die fallweise auch einzelne nach SOP²⁷⁾ abzuarbeitende ärztliche Maßnahmen beinhalten. In diesen Fällen wird die frühestmögliche (not)ärztliche Sichtung und Therapieeinleitung bzw -fortsetzung durch interdiszi-

20) § 31 Abs 3 ÄrzteG.

21) § 31 Abs 3 Z 2 ÄrzteG.

22) Vgl Steiner, Rechtsfragen der Rufbereitschaft, RdM 1997/80.

23) Andraus, Rechtliche Grundlagen des österreichischen Rettungswesens, Dissertation Univ Wien (2009) 256.

24) Hoedtke et al, Polytraumaversorgung, Notarzt, Oktober 2010, 209 ff.

25) Vgl diesbezüglich eine dt medizinische Dissertation von Meyer, Eine mögliche Abgrenzung eines notärztlichen von einem nicht-notärztlichen Rettungseinsatz (2010).

26) Rettungs- bzw Notfallsanitäter mit/ohne Notfallkompetenzen gemäß Sanitätärgesetz (SanG).

27) Standard Operating Procedures = genaue, in Prozessform gebrachte Anweisungen des verantwortlichen ärztlichen Leiters eines Rettungsdienstes.

plinäre Notfallmediziner in den entsprechenden Notfallaufnahmen übernommen.

Österreich sollte auf das flächendeckende und bewährte System der präklinischen Notärzte künftig nicht verzichten, doch haben die Verantwortlichen danach zu trachten, Notarzteinsätze von durch Sanitäter zu bewältigenden Rettungseinsätzen abzugrenzen, damit Notärz-

te präklinisch dort zum Einsatz kommen, wo die Indikation tatsächlich gegeben ist. Eine Kompetenzerweiterung bei Sanitätern setzt neben einer Berufsgesetzänderung auch die Adaptierung der Ausbildung voraus und ist es sinnvoll, Sanitäter auch innerklinisch – zB in den interdisziplinären Notfallaufnahmeabteilungen – einzubinden, damit die Fertigkeiten trainiert werden können.

→ In Kürze:

Um den neuen Anforderungen an die Notfallversorgung und dem Andrang an Patienten außerhalb der Kernöffnungszeiten der Fachambulanzen gerecht zu werden, gehen die öffentlichen Spitalerhalter dazu über, sog „Interdisziplinäre Notfallaufnahmeabteilungen“ oder „Abteilungen für Notfallmedizin“ zu gründen. Medizinrechtlich eröffnen sich dadurch Fragen, wer in derartigen Abteilungen ärztlich tätig werden darf bzw wer fachlich befugt ist, derartige Abteilungen zu leiten.

→ Zum Thema

Über die Autoren:

Dr. Michael Halmich, PLL. M., ist Jurist im Bereich (Notfall) Medizin und ehrenamtlicher Sanitäter/Ausbildner im Österr. Roten Kreuz. Er ist Lektor an diversen Institutionen zum Thema (Notfall)Medizinrecht sowie Gründungs- und Vorstandsmitglied der österr Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN).

Kontakt: E-Mail: michael.halmich@oegern.at

Internet: www.notfallmedizinrecht.at, www.oegern.at

Dr. Klaus Hellwagner, PLL. M., ist Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Absolvent des Aufbaustudiums Medizinrecht an der Johannes-Kepler-Universität Linz sowie Gründungs- und Vorstandsmitglied der österr Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN). Kontakt: E-Mail: klaus.hellwagner@oegern.at
Internet: www.oegern.at

→ Literatur-Tipp



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

MANZ Bestellservice:

Tel: (01) 531 61-100

Fax: (01) 531 61-455

E-Mail: bestellen@manz.at

Besuchen Sie unseren Webshop unter www.manz.at

