

RECHT **RdM** DER MEDIZIN

Schriftleitung Christian Kopetzki

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

August 2016

04

121 – 164

Beiträge

Wahrnehmung von Sorgfaltspflichten gegen gefälschte Arzneimittel

Matthias Cerha ➔ 124

Urheberrecht für lehrende Mediziner Thomas Wolkerstorfer ➔ 128

Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Obduktionen

Sylvia Hummelbrunner ➔ 134

Rettungswesen: Organisationsrecht und Berufsrecht im Spannungsfeld

Maximilian Burkowski, Michael Halmich, Klaus Hellwagner
und Stefan Koppensteiner ➔ 139

Gesetzgebung und Verwaltung

Abgrenzung Berufsrecht – KA-Recht bei nichtärztlichen
Gesundheitsberufen ➔ 143

Verwendung eines Larynxtubus durch Mitglieder
des Österr Bergrettungsdiensts ➔ 144

Rechtsprechung

VfGH zur kompetenzrechtlichen Einordnung der Werbebeschränkung
im ÄsthOpG Karl Stöger ➔ 148

Hüftgelenksoperation - Rechtzeitigkeit der Aufklärung

Aline Leischner-Lenzhofer ➔ 153

Ärztliche Kontrollpflicht bei magistralen Zubereitungen

Aline Leischner-Lenzhofer ➔ 156

Organisationsrecht und Berufsrecht im Spannungsfeld

Rechtliche Aspekte des Zusammenspiels von Bundes- und Landeskompetenzen am Beispiel des österr Rettungswesens

Die im Gesundheitswesen bestehende Kompetenztrennung zwischen Organisations- und Berufsrecht dient nicht nur einer klaren Aufgabenverteilung, sondern führt in gewissen Materien auch zu Spannungszuständen. Rechtlich interessant erscheint dabei die Frage nach der wechselseitigen Beeinflussung dieser beiden Rechtsbereiche. Anhand des österr Rettungswesens identifizieren die Autoren relevante Probleme der Praxis und formulieren – angelehnt an Sorgfalts- und Haftungsüberlegungen – Lösungsansätze.

Von Maximilian Burkowski, Michael Halmich, Klaus Hellwagner und Stefan Koppensteiner

RdM 2016/86

Kompetenzverteilung;
Organisationsrecht;
Berufsrecht;
Sorgfaltsmaßstab

Inhaltsübersicht:

- A. Einleitung und Problemaufriss
- B. Spannungsfeld Organisations- und Berufsrecht im Gesundheitswesen
 - 1. Organisationsrechtliche Vorgaben
 - 2. Rolle des berufsrechtlichen Sorgfaltsmaßstabs
- C. Konkrete Analyse anhand des österr Rettungswesens
 - 1. Organisationsrechtliche Mindestvorgaben zum Personaleinsatz
 - 2. Einsatzgebiete unterschiedlich ausgebildeter Sanitäter
 - a) Parlamentarische Materialien
 - b) Sanitäter-Ausbildungsverordnung
 - c) Aufbauende Ausbildung in den Notfallkompetenzen
 - 3. Spannungsfeld Organisations- und Berufsrecht
 - 4. Berufsrechtlicher Sorgfaltsmaßstab als Mindestmaß im Organisationsrecht?
- D. Ausblick

dessache hinsichtlich der Ausführungsgesetzgebung und der Vollziehung.¹⁾

Demgegenüber sind Angelegenheiten der Ausbildung und Berufsausübung von Gesundheitsberufen vom Kompetenztatbestand Gesundheitswesen iSd Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG erfasst, sodass dem Bund die Kompetenz zur Erlassung der Berufsgesetze (zB ÄrzteG, SanG, GuKG) zukommt.²⁾

Ganz allgemein kann sich ein Spannungsfeld zwischen organisationsrechtlichen Regelungen (zB Landeskrankenanstalten- bzw Pflegeheimgesetzen, Landesrettungsdienstgesetzen)³⁾ und den (bundesweit einheitlichen) berufsgesetzlichen Regelungen dann ergeben, wenn ein Regelungsbereich zumindest mittelbar Einfluss auf den anderen Regelungsbereich nimmt oder Begriffe übernommen werden.⁴⁾

In diesem Zusammenhang muss auch auf das in der Lehre⁵⁾ und stRsp des VfGH⁶⁾ formulierte bundesstaatliche Berücksichtigungsgebot hingewiesen werden. Grundsätzlich ist es möglich, dass Bund und Länder unter verschiedenen Gesichtspunkten dieselbe Materie nicht nur in ähnlicher Weise, sondern auch unterschiedlich bzw gegenläufig regeln. Als verfassungsrechtliche Schranke für diese Befugnis hat aber das bundesstaatliche Berücksichtigungsgebot („Torpedierungsverbot“) zu gelten. Ein Kompetenzträger hat im Rahmen seiner autonomen Kompetenz stets auch die Ziele und Interessen eines anderen Kompetenzträgers zu berücksichtigen. Gesetzli-

1) Vgl Füzsl in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer (Hrsg), Handbuch Medizinrecht Kap IV.1.2 (Stand: November 2015); Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016) 9.

2) Vgl zB Hausreither/Kanhäuser, Sanitättergesetz (2004) 31 ff; Stärker in Resch/Wallner (Hrsg), Handbuch Medizinrecht² Kap XI Rz 43.

3) Zwischen den Landeskrankenanstaltengesetzen bestehen allerdings wesentlich geringere Abweichungen als zwischen den Landespflegeheim- und -rettungsdienstbestimmungen, da aufgrund der Grundsatzgesetzgebung des Bundes der „Spielraum“ des jeweiligen Landesgesetzgebers deutlich geringer ist.

4) Für konkrete Beispiele s unten Pkt C. Darüber hinaus können auch arbeitsrechtliche Regelungen Einfluss darauf nehmen, wie das Personal innerhalb einer Organisation eingesetzt werden darf.

5) Berka, Verfassungsrecht⁵ (2014) Rz 467 ff mwN.

6) Vgl VfGH 6. 3. 2012, B 1109/10; vgl auch VfSlg 10.292/1984; 17.497/2005.

A. Einleitung und Problemaufriss

Aus verfassungsrechtlicher Sicht handelt es sich beim „Gesundheitswesen“ um einen sehr komplexen Kompetenztatbestand, da zum Grundkompetenztatbestand einige wesentliche Ausnahmen existieren. Das Gesundheitswesen ist gem Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG Bundessache in Gesetzgebung und Vollziehung. Das „Rettungswesen“, das „Leichen- und Bestattungswesen“ und der „Gemeindesanitätsdienst“ sind gem Art 15 B-VG allerdings in Gesetzgebung und Vollziehung den Ländern zugewiesen. Weiters ist die örtliche Gesundheitspolizei, insb auf dem Gebiet des Hilfs- und Rettungswesens sowie des Leichen- und Bestattungswesens gem Art 118 Abs 3 Z 7 B-VG im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden zu besorgen. Darüber hinaus sind die Angelegenheiten der „Heil- und Pflegeanstalten“ gem Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG Bundessache hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung, jedoch Lan-

che Regelungen anderer Gebietskörperschaften dürfen nicht unwirksam gemacht werden. Wird eine derartige Wirkung erzielt, sind die betreffenden Bestimmungen wegen Widerspruchs zum bundesstaatlichen Berücksichtigungsgebot als verfassungswidrig anzusehen.

B. Spannungsfeld Organisations- und Berufsrecht im Gesundheitswesen

1. Organisationsrechtliche Vorgaben

Die organisationsrechtlichen Vorgaben im Gesundheitswesen nehmen in unterschiedlichem Ausmaß auch auf berufsrechtliche Aspekte Bezug bzw verweisen auf berufsrechtlich vorgegebene Begriffe. Teilweise werden gewisse berufsrechtliche Kompetenzen in den organisationsrechtlichen Regelungen als (Mindest-) Qualifikationen festgelegt, teilweise finden sich in den organisationsrechtlichen Regelungen aber auch (weitergehende) Vorgaben für Bereiche, die grundsätzlich (auch) dem Berufsrecht unterliegen.

ZB darf der ärztliche Dienst in Krankenanstalten nur von Ärzten versehen werden, die nach den Vorschriften des ÄrzteG zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt sind.⁷⁾ Ebenso sind zur Führung von Abteilungen oder Departments Fachärzte des einschlägigen medizinischen Sonderfachs zu bestellen. In Fachabteilungen haben, bis auf die Zeiten zugelassener Rufbereitschaft, Fachärzte ihren Dienst zu versehen.⁸⁾ In diesen Fällen wird von den organisationsrechtlichen Regelungen direkt auf die entsprechenden Begriffe des Berufsgesetzes verwiesen und somit auch aus organisationsrechtlicher Sicht klargestellt, welche Anforderungen (iSd Berufsgesetzes) das eingesetzte Personal (mindestens) erfüllen muss.

Auch bezüglich des Pflegediensts wird teilweise ein (direkter) Rückgriff auf die Begriffe des GuKG vorgenommen, da zB für jede Krankenanstalt mit bettenführenden Abteilungen ein geeigneter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als verantwortlicher Leiter des Pflegediensts zu bestellen ist.⁹⁾ Für das nichtärztliche Personal wird im Rahmen organisationsrechtlicher Vorgaben auch festgelegt, dass für eine ausreichende Fortbildung des Personal zu sorgen ist,¹⁰⁾ obwohl Aus- und Fortbildung (auch) einen berufsrechtlichen Regelungsgegenstand betreffen.¹¹⁾ Entsprechende Bezugnahmen sind auch den auf Landesebene geregelten Bestimmungen für Pflegeheime zu entnehmen.

Vergleichbare Rückgriffe auf die Bestimmungen und Begriffe des SanG, insb auf den Begriff „Sanitäter“, finden sich (in unterschiedlichem Ausmaß) auch in den Landesrettungsdienstgesetzen.¹²⁾

2. Rolle des berufsrechtlichen Sorgfaltsmaßstabs

Maßgeblich für die Ausübung jeder Tätigkeit ist der einzuhaltende Sorgfaltsmaßstab. Angehörige eines gesetzlich geregelten Gesundheitsberufs (zB Ärzte, Sanitäter, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal) sind im Hinblick auf ihr Tätigkeitsfeld als Sachverständige anzusehen. Für sie gilt ein strengerer Maßstab, da sie die durchschnittlichen Fähigkeiten ihres Berufsstands, also den Leistungsstandard der Berufsgruppe,

aufweisen müssen (§ 1299 ABGB).¹³⁾ Ein Sachverständiger haftet daher, wenn es ihm in concreto an den erforderlichen Fähigkeiten oder Kenntnissen fehlt. Derjenige, der trotz seiner zu geringen Fähigkeiten eine Tätigkeit ausübt, die besondere Kenntnisse erfordert, schafft dadurch eine besondere Gefahrenquelle.¹⁴⁾ Aus dem Blickwinkel der Sorgfaltspflicht ist es daher maßgebend, dass innerhalb des eigenen Kompetenzrahmens gehandelt wird.¹⁵⁾ Der Kompetenzrahmen ergibt sich aus den einschlägigen Berufsgesetzen und erschließt sich im Detail auch aus den Ausbildungsinhalten, die in den entsprechenden Ausbildungsverordnungen geregelt sind.¹⁶⁾

Bei Gesundheitsberufen ist ein wesentlicher Aspekt der Sorgfaltspflicht die Verpflichtung, das Wohl der Patienten nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren.¹⁷⁾ Fehlt einem Angehörigen eines Gesundheitsberufs die Fähigkeit, das Wohl des Patienten umfassend – also entsprechend den berufsrechtlichen und fachlichen Vorgaben und Kompetenzen – zu wahren, so gebietet die Sorgfaltspflicht, dass (vorläufig) keine Tätigkeit bei einem Patienten ausgeübt wird und die erforderlichen tätigkeitsrelevanten Kenntnisse und Fähigkeiten (wieder) erlernt werden.¹⁸⁾ Dieser Aspekt der Sorgfaltspflicht dient somit im Ergebnis dem Schutz des Patienten. Entsprechende berufsrechtliche Vorgaben zur Ausbildung und Kompetenzlage der Gesundheitsberufe sind daher als Schutzgesetze (§ 1311 ABGB) für Patienten anzusehen.

Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass auch innerhalb einer Berufsgruppe verschiedene Anforderungen aufgrund unterschiedlicher Qualifikationsstufen bestehen können. So ist zB der Sorgfaltsmaßstab eines Rettungs- und eines Notfallsanitäters unterschiedlich, da auch die Kompetenzen und Kenntnisse unterschiedlich sind.¹⁹⁾

C. Konkrete Analyse anhand des österr Rettungswesens

1. Organisationsrechtliche Mindestvorgaben zum Personaleinsatz

Nach der österr Bundesverfassung (Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG) fällt das Rettungswesen in die Regelungskom-

7) Vgl § 14 OÖ KAG bzw § 12 Wr KAG.

8) § 8 Abs 1 KAKuG.

9) Vgl § 22 OÖ KAG; § 22 Wr KAG.

10) Vgl § 26 OÖ KAG; § 22 c Abs 2 bzw § 15 e Abs 2 Wr KAG.

11) Vgl dbzgl zB § 50 SanG, § 40 Abs 3 ÄrzteG, § 4 Abs 2 GuKG, wo jeweils Fortbildungspflichten für Sanitäter, Notärzte und diplomiertes Pflegepersonal festgelegt werden.

12) Dazu ausführlich unten C.

13) *Welsler/Zöchling-Jud*, Bürgerliches Recht¹⁴ Rz 1517; zur umfangreichen Arzthaftungs-Rsp vgl *Schacherreiter* in *Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.03} § 1299 ABGB Rz 6 ff mwN.

14) Vgl *Schacherreiter* in *Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.03} § 1299 ABGB Rz 3 mwN.

15) ZB ist das Verabreichen von Arzneimitteln oder das Legen einer Venenverweilkanüle nicht vom Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters umfasst: *Hausreither* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap III.2.4.2 (Stand: März 2015).

16) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42.

17) *Halmich*, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016) 57 f; *Hausreither* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht Kap III.2.3.1 (Stand: März 2015).

18) Vgl dazu *Burkowski*, Die nicht bestandene (Defibrillator-)Rezertifizierung, ÖZPR 2015/122, 190.

19) Dazu ausführlich unten C.2.

petenz der Länder, sodass es in Österreich neun (teils unterschiedliche) Landesrettungsdienstgesetze gibt. Diese regeln die Organisation, Struktur und Finanzierung des Rettungswesens für jedes Bundesland. Das österr Rettungswesen ist ein sanitärer- und notarztbasiertes System. Rechtliche Grundlage für die Ausübung der Tätigkeit und des Berufs als Sanitäter ist das Sanitättergesetz (SanG) aus dem Jahr 2002, für Notärzte einzelne Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 (va § 40).

Ein Vergleich der neun Landesrettungsdienstgesetze zeigt auf, dass der Begriff „Sanitäter“ nur sehr unscharf übernommen wurde. Zwar finden sich in den unterschiedlichen Landesgesetzen durchaus konkrete Regelungen im Hinblick auf den Personaleinsatz, auf Notarztmittel, nicht hingegen für das nicht-arztbesetzte Rettungsfahrzeug. Eine Differenzierung bzgl des Einsatzes von Rettungs- und Notfallsanitätern, wie es der Bundesgesetzgeber im Berufsgesetz (SanG) vorsieht, wird – mit einer erst kürzlich in Kraft getretenen Ausnahme in Wien²⁰⁾ – nicht vorgenommen. Dies ist ua auch darauf zurückzuführen, dass die (Stammfassungen der) aktuellen Rettungsdienstgesetze in überwiegender Zahl vor 2002 in Kraft getreten sind.

2. Einsatzgebiete unterschiedlich ausgebildeter Sanitäter

Das aktuell in Geltung befindliche SanG sieht zwei Qualifikationsstufen (Rettungssanitäter, Notfallsanitäter) vor, mit denen unterschiedliche Kompetenzen verbunden sind.

Rettungssanitäter sind nach § 9 SanG für die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Hilfe bedürfen, sowie für Hilfestellungen bei auftretenden Akutsituationen und lebensrettende Sofortmaßnahmen vorgesehen.

Die Kernkompetenzen des Notfallsanitäters sind nach § 10 SanG neben dem Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters einerseits die „Unterstützung des Arztes bei allen notfall- und katastrophenmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Betreuung und des sanitätsdienstlichen Transports von Notfallpatienten“ und andererseits die Verabreichung der organisationsintern freigegebenen Arzneimittel (Liste 1). Der Begriff des Notfallpatienten ist in § 10 Abs 2 SanG definiert und umfasst Patienten, bei denen im Rahmen einer akuten Erkrankung, einer Vergiftung oder eines Traumas eine lebensbedrohliche Störung einer vitalen Funktion eingetreten ist, einzutreten droht oder nicht sicher auszuschließen ist.

Nach dem Gesetzestext des § 10 SanG ist die „Mehrkompetenz“ des Notfallsanitäters gegenüber dem Rettungssanitäter auf die (Not-)Arztunterstützung sowie die Verabreichung gewisser Arzneimittel (Liste 1) beschränkt. Die gesetzlich festgelegte Definition des Notfallpatienten bezieht sich bei strenger Wortlautinterpretation ausschließlich auf die (Not-)Arztunterstützung durch den Notfallsanitäter. Dass Rettungssanitäter keine Notfallpatienten versorgen dürfen, ist dem SanG nicht zu entnehmen.

Neben dieser Auslegung kann man aber auch zu einem anderen Schluss kommen, wenn zusätzlich die

Erläut zum SanG und systematische Erwägungen herangezogen werden:

a) Parlamentarische Materialien

Die Erläut zu § 10 SanG²¹⁾ stellen klar, dass „entsprechend dem Wortlaut des Gesetzes („Unterstützung des Notarztes“) notärztliche Tätigkeiten weiterhin Notärzten/Notärztinnen vorbehalten sind. Die Schaffung eines Tätigkeitsbereichs des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin hat jedenfalls nicht zum Ziel, ein System zu ermöglichen, wonach an Stelle von Notärzten/Notärztinnen so genannte ‚Paramedics‘ eingesetzt werden. Vielmehr sollen Notärzten/Notärztinnen hoch qualifizierte Assistenten/Assistentinnen zur Seite stehen, die bei Abwesenheit des Notarztes/der Notärztin im Sinne der Patientenversorgung auch eine qualifizierte Erstversorgung durchführen können und dürfen. In den Aufgabenbereich des Notfallsanitäters/der Notfallsanitäterin fällt daher zusätzlich zum Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters/der Rettungssanitäterin die zum Teil eigenverantwortliche Versorgung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen. Notfallsanitäter/Notfallsanitäterinnen haben im Rahmen der Erstversorgung akut Erkrankter sowie Verletzter diagnostische Tätigkeiten, wie die Anwendung von Pulsoxymeter und EKG, zu verrichten und bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt/die Ärztin den Patienten/die Patientin zu betreuen. Im Rahmen der Betreuung sind auch notwendige, gefahrabwehrende therapeutische Handlungen zu setzen, wie insbesondere Verabreichung von Arzneimitteln, Beatmung, Herzdruckmassage und Absaugen der oberen Atemwege.“

b) Sanitäter-Ausbildungsverordnung

Sowohl die Erläut zum SanG²²⁾ als auch einschlägige Kommentare²³⁾ weisen darauf hin, dass sich die konkreten Tätigkeitsbereiche von Rettungs- und Notfallsanitätern maßgeblich aus den Ausbildungsinhalten erschließen. Diesbezüglich ist auf §§ 32 ff SanG und die Sanitäter-Ausbildungsverordnung (San-AV) zu verweisen. Einer 260-h-Rettungssanitäter-Ausbildung²⁴⁾ steht eine auf die Rettungssanitäterausbildung aufbauende 480-h-Notfallsanitäterausbildung²⁵⁾ gegenüber. Die in der San-AV im Detail beschriebene Ausbildung zum Notfallsanitäter trifft nicht nur Vorbereitungen zur professionellen (Not-)Arztassistenz, sondern auch für eine selbständige Betreuung und den sanitätsdienstlichen Transport von Notfallpatienten. →

20) V des Magistrats der Stadt Wien v 19. 11. 2015 betreffend Mindestanforderungen von Rettungs- und Krankentransportdienstes, ABI 2015/47; ebenso enthalten die deutschen Landesrettungsgesetze großteils Regelungen zum (differenzierten) Personaleinsatz; vgl zB den Überblick bei Poguntke, Rettungsdienst 2016, 40 ff.

21) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42 f.

22) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42.

23) Hausreither/Kanhäuser, SanG (2004) § 9 Rz 2; Schwamberger, SanG³ (2009) § 9 Rz 1 ff.

24) 100 h Theorie; 160 h Praxis im Rettungs- und Krankentransportsystem.

25) 160 h Theorie; mind 40 h Krankenhauspraktikum; 280 h Praxis ausschließlich in Notarztsystemen bzw max 120 h davon in geeigneten Krankenanstalten; Ausbildungsaufnahmeveraussetzung: Nachweis über mind 160 h Einsatz im Rettungs- und Krankentransportsystem und erfolgreiche Absolvierung eines Eingangstests.

c) Aufbauende Ausbildung in den Notfallkompetenzen

Notfallsanitäter können aufbauend allgemeine und besondere Notfallkompetenzen (Arzneimittelkunde, Venenzugang und Infusion, Beatmung und Intubation) erwerben. Nach dem klaren Wortlaut der §§ 11, 12 SanG haben Notfallsanitäter mit entsprechender Ausbildung von den Notfallkompetenzen ua auch bei Abwesenheit eines Arztes Gebrauch zu machen, um dadurch dem Notfallpatienten eine dem Stand der medizinischen Wissenschaften entsprechende, sofort und unbedingt notwendige Versorgung zukommen zu lassen.

Aufgrund dieser über die reine Wortlautinterpretation hinausgehenden (systematischen) Aspekte ergeben sich für den Notfallsanitäter uE drei Aufgabebereiche: Einerseits fungiert er als professioneller Assistent des (Not-)Arztes, andererseits ist es dem Notfallsanitäter aufgrund seiner erweiterten theoretischen und praktischen Ausbildung bis zum Eintreffen (not)ärztlicher Hilfe möglich, qualifiziertere Erstmaßnahmen als Rettungssanitäter einzuleiten; dies auch planmäßig bei Notfallpatienten. Außerdem ist er berechtigt, den sanitätsdienstlichen Transport von Notfallpatienten durchzuführen. Sein Einsatzgebiet umfasst daher neben dem Notarztsystem auch die Übernahme der Teamleiter-Rolle im qualifizierten Rettungsdienst. Demgegenüber ist das Einsatzgebiet von Rettungssanitätern vordergründig der Krankentransport und nur in Ausnahmefällen die Rolle des Teamleiters im Rettungsdienst.

3. Spannungsfeld Organisations- und Berufsrecht

Aufgrund der Kompetenztrennung zwischen Ausbildungs-/Berufsrecht (Bundeskompetenz) und Organisationsrecht (Landeskompetenz) besteht nur für den Landesgesetzgeber die Möglichkeit, einen differenzierten Einsatz von Sanitätern entsprechend dem Zweck des SanG verbindlich festzusetzen. Auch die Materialien zum SanG²⁶⁾ stellen klar, dass „durch die Schaffung detailliert umschriebener Tätigkeitsbereiche keinesfalls in Länderkompetenzen eingegriffen wird. Die notwendige Strukturbeschaffung im Rahmen der Organisation des Rettungswesens obliegt den Ländern in ihrem Wirkungsbereich.“

Von dieser Möglichkeit, einen differenzierten Einsatz von Sanitätern gesetzlich vorzugeben, haben die Landesgesetzgeber – vor allem im Hinblick auf nicht-arztbesetzte Rettungsfahrzeuge – bislang kaum Gebrauch gemacht, sodass es den mit der Durchführung des Rettungsdienstes betrauten Rettungsorganisationen obliegt, die Besetzung der Rettungsmittel im Zuge ihres Rettungsdienstkonzepts entsprechend festzulegen. Ein Blick in die Praxis verrät, dass in Österreich nahezu ausschließlich Rettungssanitäter bei/mit nicht-arztbesetzten Rettungsfahrzeugen zum Einsatz kommen und diese auch planmäßig bei Notfallpatienten das „notarztfreie“ Intervall überbrücken müssen, ohne – aufgrund ihrer deutlich kürzeren praktischen und theoretischen Ausbildung – die hierfür erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu haben.²⁷⁾

Rettungsorganisationen haben sich jedoch bei Anbieten ihrer Leistung an aktuell anerkannten – wissenschaftlichen fundierten – Methoden zu orientieren. In diesem Zusammenhang gewinnt auch die Sorgfaltsbestimmung des § 4 SanG Bedeutung, wonach „Sanitäter [...] das Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren [haben]“.

4. Berufsrechtlicher Sorgfaltsmaßstab als Mindestmaß im Organisationsrecht?

Ein undifferenziertes Einsetzen von Sanitätern bei/in nicht-arztbesetzten Rettungsfahrzeugen widerspricht uE sowohl dem Zweck des SanG als auch Patientenschutzergänzungen. Darüber hinaus eröffnet es einerseits für die Organisation Haftungsprobleme, wenn unterschiedlich qualifiziertes Personal faktisch vorhanden ist, jedoch nicht dem Zweck entsprechend eingesetzt bzw durch die Leitstellen disponiert wird (Organisationsverschulden).²⁸⁾ In diesem Zusammenhang ist auch auf eine – zumindest theoretisch bestehende – Haftung für den einzelnen Rettungssanitäter hinzuweisen, wenn dieser wissentlich und ohne sich in einer Notsituation zu befinden, entsprechende Notfallpatienten versorgt, die trotz grundsätzlicher Tätigkeitsberechtigung seinen Ausbildungsstand überfordern (Einlassungsfahrlässigkeit).²⁹⁾ Voraussetzung hierfür wäre, dass sich ein konkreter Schadenseintritt bei einem Notfallpatienten auf eine unzureichende Patientenversorgung zurückführen lässt.

Diese Ausführungen belegen, dass aufgrund patientenschutzrechtlicher Erwägungen Defizite im Organisationsrecht in einem Mindestmaß durch berufsrechtliche Vorschriften kompensiert werden (müssen). Am Beispiel des Rettungswesens nimmt somit der Sanitäter-Sorgfaltsmaßstab mittelbar Einfluss auf die Landesrettungsdienstgesetze und gibt – nicht zuletzt aufgrund haftungsrechtlicher Überlegungen – ein Mindestmaß an Qualifikation für die Besetzung unterschiedlich eingesetzter Rettungsfahrzeuge vor.

Zum Abschluss noch ein Hinweis bzgl der Besetzung von Rettungsfahrzeugen: Wird ein nicht-arztbesetztes Rettungsfahrzeug für die Betreuung und den Transport von Notfallpatienten zurückgehalten, so ist dieses Fahrzeug nach dem Zweck des SanG mit mindestens einem Notfallsanitäter (bevorzugt mit Notfallkompetenzen) zu besetzen. Dieser sollte sich aber im Patientenraum und nicht etwa hinter dem Steuer befinden. Im Sinne eines Organisationsentwicklungsprozesses sind uE entsprechend qualifizierte Sanitäter künftig auszubilden und einzusetzen.

26) ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42.

27) Vgl Halmich, Rettungswesen und Berufsrecht – Eine Analyse 2015, ZVR 2015/246, 505; Redelsteiner, Von der „Rettung“ zum mobilen präklinischen Dienst, ÖZPR 2014/112, 165.

28) Vgl (zur deutschen Rechtslage) Fehn/Selen, Rechtshandbuch für Feuerwehr-, Rettungs- und Notarzdienst³ (2010) 343 ff.

29) Zur Einlassungsfahrlässigkeit siehe zB Burgstaller in Höpfel/Ratz (Hrsg), WK² § 6 StGB Rz 109 ff.

D. Ausblick

Um künftig klarere Vorgaben in ausgewählten Bestimmungen des Organisationsrechts vorfinden zu können, ist es notwendig, dass entsprechende Entwicklungen im Berufsrecht auch in organisationsrechtlichen Bestimmungen laufend angepasst bzw. nachvollzogen werden. Da dies ein Aktivwerden von neun unter-

schiedlichen Landesgesetzgebern erfordert, ist zu überlegen, ob nicht durch den Abschluss von Art-15a-Verträgen einheitliche Standards hergestellt werden können. Darüber hinaus stellt sich die generelle Frage, ob einzelne Landesmaterien aus Vereinheitlichungsbestrebungen im 21. Jahrhundert nicht besser auf Bundesebene aufgehoben wären.

→ In Kürze

Trotz klarer Kompetenztrennung in der Bundesverfassung kann es im Organisations- und Berufsrecht zu Spannungszuständen kommen, die aus Gründen des Schutzes gewisser Personengruppen (hier: Patienten) eine wechselseitige inhaltliche Beeinflussung notwendig machen.

→ Zum Thema

Über die Autoren:

Die Juristen und Sanitäter Mag. Maximilian Burkowski, Dr. Michael Halmich, PLL. M., und Mag. Stefan Koppensteiner sind gemeinsam mit dem medizinrechtlich tätigen Anästhesisten und Notarzt Dr. Klaus Hellwagner, PLL. M., in der österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN) aktiv.
Kontakt: www.oegern.at E-Mail: vorstand@oegern.at

→ Literatur-Tipp



Halmich, Recht für Sanitäter und Notärzte² (2016)

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



Gesetzgebung und Verwaltung

Bearbeitet von Gerhard Aigner und Meinhild Hausreither

Stellungnahmen

Abgrenzung Berufsrecht – KA-Recht bei nichtärztlichen Gesundheitsberufen

Das BMG hat mit Schreiben vom 28. 4. 2016, GZ BMG 92600/0009-II/A/4/2016, zur verfassungsrechtlichen Fragestellung der Tätigkeit von gehobenen medizinisch-technischen Diensten und der Abgrenzung Berufsrecht – KA-Recht folgende Auffassung vertreten:

„Der Verfassungsdienst des Bundeskanzleramts (BKA-VD) vertritt zur gegenständlichen Frage die Ansicht, dass Zusammenschlüsse nichtärztlicher Gesundheitsberufe jedenfalls dann nicht unter den Kompetenztatbestand des Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten“) fallen, wenn sie keine anstaltsmäßige Organisation aufweisen. Derartige Zusammenschlüsse unterliegen somit nicht dem Regelungs- und Bedarfsprüfungsregime des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) bzw. des jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetzes.

Sollte ein Zusammenschluss freiberuflicher Physiotherapeuten oder sonstiger Angehöriger nichtärztlicher Gesundheitsberufe hingegen eine anstaltsmäßige Organisation aufweisen, wäre nach Ansicht des BMG hingegen Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG einschlägige Kompetenzgrundlage. Diesfalls könnte eine Einrichtung also auch dann als selbständiges Ambulatorium im Sinn des § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG zu qualifizieren sein, wenn ausschließlich medizinische Leistungen durch

Angehörige anderer Gesundheitsberufe als Ärzte erbracht werden sollen.

Zur Bedarfsprüfung gem § 3 a Abs. 2 Z 1 KAKuG ist festzuhalten, dass gemäß dem insofern eindeutigen Wortlaut des Gesetzes zwar bezüglich selbständiger Ambulatorien mit Leistungserbringung durch Ärzte das bestehende Versorgungsangebot durch niedergelassene Ärzte zu berücksichtigen ist, in Bezug auf selbständige Ambulatorien, in welchen medizinische Leistungen nur durch Physiotherapeuten erbracht werden sollen, eine entsprechende Berücksichtigung des bereits bestehenden Versorgungsangebots niedergelassener Physiotherapeuten dem Gesetz hingegen nicht zu entnehmen ist.

Aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit kann die Unsachlichkeit dieser Ungleichbehandlung a priori nachvollzogen werden und nimmt dieses – vorbehaltlich einer näheren rechtlichen Prüfung dieser Bedenken – in Aussicht, § 3 a Abs. 2 Z 1 KAKuG anlässlich der nächsten Novellierung des KAKuG entsprechend anzupassen. So könnte die genannte Bestimmung dahingehend abgeändert werden, dass im Rahmen der Bedarfsprüfung für ein selbständiges Ambulatorium, welches keine Leistungen durch Ärzte erbringen soll, auch das bestehende Versorgungsangebot betroffener niedergelassener Gesundheitsberufe zu berücksichtigen ist.“

RdM 2016/87