Revers und Belassung im Rettungsdienst

Der Beitrag schnell gelesen

Da höchstgerichtliche E zum Sanitätergesetz (SanG) selten vorkommen, ist es kaum verwunderlich, dass der Beschluss des OGH v 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b (in diesem Heft S 109) schnell weite Kreise zog. Anlässlich dieser neuen Judikatur soll beleuchtet werden, unter welchen Voraussetzungen Sanitäter Reversbelassungen und Belassungen (ohne Revers) durchführen dürfen. Ziel dieses Beitrags ist es, die rechtlichen Rahmenbedingungen der präklinischen Belassung so darzustellen, dass Rettungsorganisationen die Erstellung von Belassungs-SOP[1] erleichtert wird, um Sanitätern eine rechtssichere Belassung zu ermöglichen.

Rettungswesen; Berufsrecht der Sanitäter

RdM 2026/19




Mag.[a] iur. MELANIE STRAMBACH-WEISSGÄRBER, LL.M., ist Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN).
Mag. iur. LEON SELLER ist Doktorand und Universitätsassistent (prae doc) am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht (Abteilung Medizinrecht) der Universität Wien.

Inhaltsübersicht:

A. Anlassfall in Kürze
B. Definition und Abgrenzung von Revers und Belassung
C. Revers
1. Aufklärung durch Sanitäter
2. Reversbelassungen in der Praxis
a) Entscheidungsfähigkeit
b) Aufklärung
c) Dokumentation
D. Belassung
1. Vorbemerkung
2. Voraussetzungen
3. Lösungsansätze für die Praxis – die „Belassungs-SOP“
4. Alternativen
E. Fazit

A. Anlassfall in Kürze

Am 21. 3. 2020 wurde um 9.19 Uhr der Rettungsdienst von der Familie der Patientin verständigt. Zur Patientin wurde ein „RTW“[2] mit zwei Rettungssanitätern (RS) alarmiert;[3] ihnen wurde als Einsatzgrund „Kollaps“ mitgeteilt. Sie trafen die Patientin bekleidet auf der Toilette sitzend an. Die Patientin war ansprechbar und konnte selbständig zu einem Sessel gehen und auf diesem Platz nehmen. Sie erschien den Sanitätern zeitlich und örtlich orientiert. Als Beschwerden nannte sie Drehschwindel, Durchfall, Sodbrennen seit einer Woche und Übelkeit. Die Patientin verneinte einen Kollaps. Ihre Hände waren sehr kalt, „der Puls wurde ertastet, aber die Herzfrequenzen nicht festgestellt“. Die Sanitäter wollten die Patientin zunächst zur ärztlichen Abklärung ins Krankenhaus (KH) mitnehmen und rieten ihr dies auch an. Aufgrund der Sorge vor einer Covid-19-Ansteckung entschied sich die Patientin gegen einen Transport ins KH. Sie unterschrieb einen Revers und verblieb zuhause („Reversbelassung“). Um circa 14.00 Uhr wurde der Rettungsdienst aufgrund der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes erneut verständigt. Die Patientin wurde diesmal ins KH transportiert, wo sie am darauffolgenden Tag infolge eines Herzinfarkts verstarb.

Der Witwer sowie zwei Söhne der Patientin machten gegenüber der beklagten Rettungsorganisation Trauerschmerzengeld und die Begräbniskosten geltend. Während das ErstG dem Klagebegehren mit Ausnahme des Zinsenmehrbegehrens stattgab, änderte das BerG das Ersturteil iS einer gänzlichen Klagsabweisung ab. Die oRev wurde als zulässig ausgesprochen. Der OGH gab der Rev Folge, hob die Urteile der Vorinstanzen auf und verwies die Rechtssache zur neuerlichen E an das ErstG zurück.[4]

Hinweis

Die zentralen Bestimmungen zum Tätigkeitsbereich von Sanitätern finden sich in den §§ 9ff SanG. Während § 9 Abs 1 SanG den Tätigkeitsbereich von RS regelt, findet sich in § 10 Abs 1 SanG der Tätigkeitsbereich des NFS. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass der Tätigkeitsbereich des NFS (§ 10 Abs 1 Z 1 SanG) auf § 9 verweist, da § 9 Abs 1 Z 1 SanG als Generalklausel für den Tätigkeitsbereich des „Sanitäters“ allgemein angesehen werden kann,[5] auch wenn § 9 einleitend den RS anspricht.[6] Der OGH „musste“ sich also auf § 9 Abs 1 SanG beziehen, auch weil im ggst Fall nur RS vorkommen. Im Ergebnis gelten die vom OGH getätigten Ausführungen zu RS für alle Sanitäter, also auch für NFS. Für Letztere gilt aber ein anderer Sorgfaltsmaßstab. Das bedeutet im Ergebnis etwa auch, dass im Grunde zwar alle Sanitäter Belassungskompetenz haben, RS – ihrem Sorgfaltsmaßstab entsprechend – aber nur in besonders engen Grenzen Belassungen durchführen dürfen.[7]

[1] „Standard Operating Procedure“ (= standardisierte, genau umschriebene Vorgangsweise).
[2] Da es in Österreich keine einheitlichen Mindestausstattungs- und Besatzungsvorschriften gibt (Länderkompetenz), kommt es vor, dass ein Rettungswagen (RTW), welcher ein Notfallrettungsmittel darstellt, nur mit RS besetzt ist. Aus berufsrechtlicher (Bundeskompetenz) Sicht sollte auf einem RTW jedoch zumindest ein NFS eingesetzt werden, da nur dieser für die Behandlung von Notfallpatienten vorgesehen ist (vgl § 10 Abs 1 Z 2 und Abs 2 SanG).
[3] Hinzuweisen ist – auch im Hinblick darauf, dass die Rechtsmeinung des OGH grds sowohl auf RS als auch auf NFS anwendbar ist (s Hinweisfenster) – darauf, dass es im konkreten Fall nicht um die Frage ging, welche Ressource zur Patientin zu alarmieren war.
[4] Zum Zeitpunkt der Drucklegung liegt bereits ein nicht rechtskräftiges Urteil des ErstG im zweiten Rechtsgang vor, zu dem das Autorenteam (noch) keinen Zugang hatte.
[5] Die Sauerstoff- bzw die Arzneimittelgabe finden sich als spezielle Tätigkeiten in der jeweiligen Bestimmung unter anderen Ziffern (§ 9 Abs 1 Z 3 bzw § 10 Abs 1 Z 3 SanG).
[6] Das ist auch dem modularen Aufbau der Ausbildung geschuldet (NFS baut auf RS auf).
[7] UE hat dies sogar zur Folge, dass RS organisationsintern auch von der Belassungskompetenz ausgeschlossen werden können (näher dazu s unten D.2. und 3.).

B. Definition und Abgrenzung von Revers und Belassung

Neben der neuen Rsp zur Reversbelassung (s unten C.) wurde erstmals ausdrücklich höchstgerichtlich festgehalten, dass Sanitäter einen Patienten eigenverantwortlich belassen dürfen (s unten D.). Daher sind die Begriffe „Reversbelassung" und „Belassung" zunächst zu definieren und voneinander abzugrenzen. Beide Begriffe stammen aus dem rettungsdienstlichen Jargon und sind keine Rechtsbegriffe. Die Belassung wird in Rettungskreisen als Nichtdurchführung eines unmittelbaren Transports des Patienten zu einem Arzt bzw in ein KH mangels (dringlicher) medizinischer Indikation verstanden.[8] Bei der Reversbelassung (auch: Belassung auf Revers) geht es um die Ablehnung des Transports durch den Patienten, obwohl eine medizinische Indikation vorliegt. Der Akt der Verweigerung wird als „Revers" bezeichnet. Der Begriff „Revers" wird auch häufig synonym sowohl für die Reversbelassung als auch für die schriftliche Transportverweigerungserklärung, mit der der (eigentliche) „Revers" zu Beweiszwecken durch den Patienten (mit Unterschrift) bestätigt wird, verwendet.[9]

C. Revers

1. Aufklärung durch Sanitäter

Der OGH hat in seiner E wesentliche Punkte angesprochen, die die Aufklärungspflicht von Sanitätern betreffen. Der Tätigkeitsbereich von RS und NFS, innerhalb dessen sie eigenverantwortlich handeln, ergibt sich aus §§ 8 ff SanG.[10]

Von Sanitätern zu setzende Maßnahmen aus ihrem jeweiligen Kompetenzbereich bedürfen der Einwilligung des Patienten.[11] Die Ablehnung medizinisch indizierter Maßnahmen ist aufgrund des Rechts auf Selbstbestimmung vom Sanitäter zu beachten, sofern der Patient entscheidungsfähig[12] ist.[13] Um eine wirksame Einwilligung oder Ablehnung abgeben zu können, bedarf es einer entsprechenden Aufklärung, durch welche der Patient in die Lage versetzt wird, eine sachgerechte Entscheidung zu treffen und deren Tragweite zu erkennen.[14] Insofern trifft den Sanitäter somit durchaus eine Aufklärungspflicht hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen, die seinem jeweiligen Kompetenzbereich zuzuordnen sind.[15] Der OGH hält hierzu ausdrücklich fest, dass den Sanitäter keine ärztliche Aufklärungspflicht und somit keine Aufklärung über medizinische Diagnosen oder die ärztliche Heilbehandlung trifft.[16]

Den Sanitäter trifft keine ärztliche Aufklärungspflicht.

Der Sanitäter hat jedoch über die im vorliegenden Einzelfall konkreten (Hilfs-)Maßnahmen, welche aus seiner Sicht im vorliegenden Einzelfall zu setzen wären, aufzuklären.[17] Er hat darzulegen, „aufgrund welcher Umstände und Überlegungen er zu seiner Beurteilung gelangt, dass die angebotene (Hilfs-)Maßnahme medizinisch indiziert ist und im konkreten Fall erforderlich erscheint".[18] Erst dadurch wird es dem Patienten ermöglicht, eine sachgerechte Entscheidung treffen zu können. Sofern dem Sanitäter somit eine dringliche Maßnahme, wie etwa eine kurzfristige medizinische Intervention, eine rasche ärztliche Abklärung oder ein umgehender Krankenhaustransport, erforderlich erscheint, hat er eben darauf hinzuweisen. Die Information hat umso ausführlicher und eindringlicher zu sein, je klarer einerseits dem Sanitäter die möglichen Schäden eines Unterbleibens der jeweiligen Maßnahme und je dringlicher andererseits die Maßnahme aus Sicht eines vernünftigen und einsichtigen Patienten erscheinen müssen.[19]

Der Sanitäter hat über die aus seiner Sicht konkret zu setzenden (Hilfs-)Maßnahmen, die in seinen Kompetenzbereich fallen, aufzuklären.

In dem der E zugrundeliegenden Fall waren die diesbezüglichen Feststellungen nicht ausreichend, um eine gesicherte Sachverhaltsgrundlage zu erhalten. Der OGH trug dem ErstG somit auf, den Sachverhalt hinsichtlich noch offen gebliebener Punkte zur anschließenden Endbeurteilung zu ergänzen. Zu prüfen ist, ob die RS ihre Aufklärungspflicht erfüllten, fachgerecht handelten, die Dringlichkeit ärztlicher Abklärung erkannten und wie deutlich die Notwendigkeit der ärztlichen Abklärung im KH sowie das Gesundheitsrisiko bei Unterbleiben erkennbar waren. Erst auf Basis dieser ergänzenden Feststellungen kann beurteilt werden, ob ein sorgfaltswidriges, ggf grob fahrlässiges Verhalten vorlag.[20]

2. Reversbelassungen in der Praxis

a) Entscheidungsfähigkeit

Allen voran ist die Entscheidungsfähigkeit des Patienten abzuklären. Entscheidungsfähig ist gem § 24 Abs 2 ABGB, „wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann".[21] Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet.[22] Ist der Patient nicht entscheidungsfähig, ist eine Reversbelassung nur möglich, wenn der Patient vertreten werden kann (bspw durch einen Elternteil oder einen Erwachsenenvertreter).

b) Aufklärung

Sollten Sanitäter am Einsatzort (Hilfs-)Maßnahmen als notwendig erachten, haben sie über diese im Rahmen ihres Tätigkeitsbereichs aufzuklären. Erst eine solche Aufklärung führt dazu,

[8] In der rezenten Rsp (OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 16) sowie in der Lit (*Aigner/Doppler/Willschke,* Anwendbarkeit von Telemedizin im Rahmen der Tätigkeit von Sanitätern, RdM 2021, 182 [183]; *Jochum,* Kompetenzen österreichischer Rettungs- und Notfallsanitäter [2018] 107f; *Halmich,* Recht für Sanitäter [2021] 98f; *Halmich,* Recht für Sanitäter und Notärzte² [2016] 25, 164f) wird auf die Hospitalisierung abgestellt. Patienten können aber – das ist derzeit (noch) unüblich, aber möglich – auch zu einem niedergelassenen Arzt bzw in eine PVE transportiert werden (in Wien gibt es dafür ein Pilotprojekt der Wiener Berufsrettung in Kooperation mit der „PVE Nord" in Wien Floridsdorf). Damit einhergehende sozialversicherungsrechtliche Aspekte (Verrechenbarkeit) bleiben in diesem Beitrag unbeachtet.

[9] Vgl etwa *Halmich,* Recht für Sanitäter 182.

[10] Dieser spielt etwa bei Belassungen eine wichtige Rolle, s unten D.2.

[11] RIS-Justiz RS0118355.

[12] „Einsichts- und Urteilsfähigkeit" vor dem 2. ErwSchG BGBl I 2017/59.

[13] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 17 mwN; *Halmich,* Recht für Sanitäter 89.

[14] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 19 mwN.

[15] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 19; *Halmich,* Recht für Sanitäter und Notärzte² 94f; *Koppensteiner,* Die Aufklärungspflicht in der Notfallmedizin, in *ÖGERN,* Notfallmedizin: eine interdisziplinäre Herausforderung (2014) 49.

[16] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 18.

[17] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 21; *Aigner et al,* RdM 2021, 182 (183); *Burkowski/Halmich,* Sanitätergesetz – SanG (2016) § 9 Rz 8; *Halmich,* Recht für Sanitäter und Notärzte² 94, 164.

[18] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 23.

[19] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 24.

[20] Vgl FN 4.

[21] Siehe hierzu etwa *Halmich,* Recht für Sanitäter 100f; *Schauer* in *Kletečka/Schauer,* ABGB-ON[1.03] § 24 Rz 1ff (Stand 1. 8. 2019, rdb.at).

[22] Zu beachten ist auch die Vermutung der Entscheidungsfähigkeit bei mündigen Minderjährigen gem § 173 Abs 1 ABGB, vgl *Fischer-Czermak* in *Kletečka/Schauer,* ABGB-ON[1.05] § 173 Rz 3 und 8 (Stand 1. 7. 2025, rdb.at).

dass der Patient die Tragweite seiner Entscheidung, ob er einer Maßnahme zustimmt oder nicht, überschauen kann. Dies ergibt sich sowohl aus dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten[23] als auch aus den allgemeinen Pflichten gem § 4 Abs 1 SanG, wonach Sanitäter das Wohl der Patienten nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren haben.[24] Bei Fehlen der entsprechenden Aufklärung liegt keine wirksame Einwilligung oder Ablehnung des Patienten vor. Die Aufklärung durch den Sanitäter hat sich jedoch nur an seinem jeweiligen Kompetenzbereich zu orientieren. Das bedeutet, dass keine Aufklärung im Umfang einer ärztlichen Aufklärungspflicht geschuldet wird. Weder ist über medizinische Diagnosen noch über die ärztliche Heilbehandlung aufzuklären. Der Sanitäter hat im Rahmen seines Tätigkeitsbereichs hingegen schon darzulegen, aufgrund welcher erhobenen Umstände er zu seiner Überlegung gelangt, dass eine (Hilfs-)Maßnahme notwendig sei. Er hat den Patienten darüber aufzuklären, welche Maßnahme für ihn medizinisch indiziert erscheint, welche Dringlichkeit gegeben ist und welche Gründe ihn zu dieser Beurteilung führen.[25] Diese Aufklärung hat umso ausführlicher und eindringlicher zu sein, je deutlicher die möglichen Schäden im Falle des Unterbleibens der Maßnahme sind und je dringlicher die Maßnahme aus Sicht eines vernünftigen und einsichtigen Patienten erscheinen muss.[26]

c) Dokumentation

Es gilt der Grundsatz: „Was nicht dokumentiert wurde, wurde nicht gemacht." Dem Patienten kommt eine Beweiserleichterung für den Fall zu, dass ein Arzt seiner Dokumentationspflicht nicht nachkommt. Eine unterlassene Dokumentation begründet demnach die Vermutung, dass die jeweilige Maßnahme gar nicht gesetzt wurde.[27] Dieser Grundsatz ist auch auf die Dokumentationspflicht von Sanitätern gem § 5 Abs 1 SanG anzuwenden.[28] Die Dokumentation ist nicht nur zur Beweissicherung erforderlich, sondern auch wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und Nachvollziehbarkeit von Einsätzen.[29] Die Dokumentation hat insb die erhobenen Werte, das Erscheinungsbild des Patienten, die Anamnese und die Einsatzsituation zu beinhalten.[30] Die Anwendung von Abkürzungen, wie etwa ABCDE und SAMPLER, ist möglich, sofern die Abkürzungen im fachlich relevanten Kreis bekannt sind.[31] Auch alle Erkenntnisse, die über die Entscheidungsfähigkeit des Patienten Rückschlüsse geben, sind zu dokumentieren, wie bspw die Orientiertheit des Patienten, erhaltene oder vorgefundene Patientenverfügung, Sterbeverfügung, Vorsorgevollmacht, Kenntnis über das Vorliegen einer Erwachsenenvertretung oÄ.[32] Weiters ist zu dokumentieren, welche Maßnahmen von wem gesetzt oder vorgeschlagen wurden, sowie die entsprechende Aufklärung hierüber. Die Aufklärung muss tatsächlich stattgefunden haben. Um dies zu beweisen, sollte ebenjener Inhalt der Aufklärung dokumentiert werden. Die Unterschrift des Patienten unter der Formulierung, dass eine Aufklärung stattgefunden hat, ist kein Beweis dafür, dass der Patient tatsächlich ausreichend aufgeklärt wurde.[33] Vorformulierte Phrasen können den Sanitätern zwar ein Hilfswerk sein, ersetzen jedoch nicht die individuelle Aufklärung und Dokumentation des Patienten.[34] Auch wenn die Unterschrift des Patienten in der Beweisführung sicherlich von Vorteil ist, stellt sie kein konstitutives Erfordernis für eine rechtskonforme Reversbelassung dar.[35]

Auch die Erstellung eines Gedächtnisprotokolls kann hilfreich sein, insb bei Einsätzen, die einer Nachbesprechung bedürfen, die Unstimmigkeiten hervorgerufen haben oder die aus sonstigen Gründen besser erinnerlich bleiben sollten (etwa Meinungsverschiedenheiten mit Angehörigen vor Ort). Ein solches Gedächtnisprotokoll kann dem Team helfen, im Fall der Fälle den Einsatz auch Jahre später rekonstruieren zu können, und somit der Beweissicherung dienen. Insb in jenem der E zugrundeliegenden Fall zeigt sich, dass Einsätze auch nach mehreren Jahren noch rekonstruiert werden müssen. Im vorliegenden Fall fand der Einsatz am 22. 3. 2020 statt und wurde die letztinstanzliche E am 22. 10. 2025 getroffen, allerdings unter der Prämisse, dass vom ErstG ergänzende Feststellungen zu treffen und noch eine neuerliche E zu fällen ist. Eine lückenlose Dokumentation und ggf ein Gedächtnisprotokoll können nicht nur dabei helfen, die eigenen Erinnerungen „aufzufrischen", sondern auch, die eigene Aussage vor Gericht zu untermauern.

D. Belassung

1. Vorbemerkung

Das Judikat ist für die Präklinik auch deshalb so besonders, weil zum ersten Mal höchstgerichtlich festgestellt wurde, dass Belassungen in den Tätigkeitsbereich von Sanitätern fallen.[36] Belassungen sind somit auch für den OGH gem § 9 Abs 1 Z 1 SanG vom Arztvorbehalt ausgenommen. Da Belassungen für Sanitäter rechtlich riskant sein können, soll in diesem Kapitel skizziert werden, unter welchen Voraussetzungen Belassungen möglich sind, was bei Belassungen in der Praxis zu beachten ist und an welche Alternativen gedacht werden soll.

Belassungen durch Sanitäter sind grundsätzlich zulässig.

Große rechtliche Risiken birgt aus Sicht der Sanitäter eine Belassung, wenn der Patient gar keinem Arzt vorgeführt wird. Werden nämlich Symptome übersehen, wodurch beim Patienten mangels medizinischer Weiterversorgung eine Verringerung der Heilungschancen oder gar eine Zustandsverschlechterung eintritt, kann haftungsrechtlich nur mehr auf die Sanitäter zurückgegriffen werden. Folgt – wenn auch zeitlich etwas versetzt – eine ärztliche Untersuchung, wird bei Übersehen dieser Symptome idR

[23] RIS-Justiz RS0118355.
[24] RIS-Justiz RS0026362.
[25] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 23.
[26] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 24.
[27] RIS-Justiz RS0026236.
[28] Siehe dazu OGH 28. 1. 2011, 6 Ob 259/10x, in welcher E der OGH die Rechtsfolgen der ärztlichen Dokumentationspflichtverletzung auch für andere medizinische Berufe bestätigt hat.
[29] ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 40; *Halmich* in *Neumayr/Resch/Wallner,* GmundKomm² § 5 SanG Rz 1 (Stand 1. 1. 2022, rdb.at).
[30] Vgl auch *Burkowski/Halmich,* SanG § 5 Rz 3; *Halmich,* Recht für Sanitäter 52.
[31] *Burkowski/Halmich,* SanG § 5 Rz 3.
[32] Vgl auch *Burkowski/Halmich,* SanG § 5 Rz 4.
[33] Vgl hierzu auch *Laimer,* Ausmaß und Grenzen der Selbstbestimmungsaufklärung, RdM 2022, 250.
[34] Vgl dazu auch *Memmer* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer,* Handbuch Medizinrecht Kap. I.3.7.3.2 (Stand 1. 5. 2022, rdb.at).
[35] Vgl *Burkowski/Halmich,* SanG § 4 Rz 21.
[36] „Dem Rettungssanitäter obliegt die Beurteilung, ob eine Person überhaupt medizinisch indizierter Betreuung bedarf (vgl § 9 Abs 1 Z 1 SanG). Er hat damit eigenverantwortlich (§ 8 SanG) zu beurteilen, 1. ob eine medizinische Indikation für (weitere) (Hilfs-)Maßnahmen vorliegt sowie 2. wie dringlich diese sind, etwa ob ein Patient aufgrund seines Gesundheitszustands für eine ärztliche Abklärung bzw allfällige Behandlung in ein Krankenhaus zu transportieren oder – mangels Indikation zum Krankenhaustransfer – am Einsatzort zu belassen ist (*Halmich,* Recht für Sanitäter und Notärzte² 164; *Jochum,* Kompetenzen österreichischer Rettungs- und Notfallsanitäter [2018] 107 ff)", OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25b, Rz 16. Eingehender setzte sich der OGH mit der Belassungskompetenz von Sanitätern nicht auseinander.

auf den Arzt zurückgegriffen werden, dessen Sorgfaltsmaßstab bei der Diagnosestellung[37] ein freilich (viel) höherer[38] ist.

Die Organisation eines hausärztlichen Hausbesuchs oder die Nachforderung des außerordentlichen hausärztlichen Bereitschaftsdienstes (zB Ärztefunkdienst) bei gleichzeitigem Verlassen des Einsatzortes sind daher als Sonderfälle anzusehen. In solchen Fällen „wirkt" die Belassung nur so lange, bis der angeforderte Arzt eintrifft, da der Patient eben dann einem Arzt vorgestellt wird. Mit Übernahme der Behandlung durch den Arzt ist dieser für den Patienten hauptverantwortlich. Diese Konstellation ist aber auch nicht gänzlich ungefährlich, da die Sanitäter für jene Zeit, in der kein Arzt anwesend ist, die volle Verantwortung tragen. Etwa im Falle zeitkritischer Notfälle (zB bei einem Schlaganfall[39]) kann das Absehen von einem sofortigen Transport gesundheitliche Folgen haben. Dies kann sowohl straf- als auch zivilrechtlich haftungsbegründend sein, hätte die Dringlichkeit des Notfalls erkannt werden müssen.[40]

Die Belassung ist nichtsdestotrotz (primär) eine ärztliche Aufgabe.[41] Da Belassungen durch Ärzte für am Einsatz beteiligte Sanitäter idR aber keine rechtlichen Risiken bergen,[42] soll in diesem Beitrag nicht im Detail auf ärztliche Belassungen eingegangen werden.

2. Voraussetzungen

Zunächst ist (dogmatisch) aufzuzeigen, warum eine Belassung durch Sanitäter zulässig ist. Der Tätigkeitsbereich von RS ist in § 9 SanG, von NFS in § 10 SanG geregelt. § 9 Abs 1 Z 1 SanG zählt (ua) „die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports" zum Tätigkeitsbereich des (Rettungs-) Sanitäters. Sanitäter werden im Rahmen ihres Tätigkeitsbereichs eigenverantwortlich tätig (§ 8 SanG),[43] dh, dass sie in diesem Bereich grds nicht von der Anordnung eines Arztes abhängig sind. Die §§ 8 ff SanG statuieren somit eine Ausnahme vom Arztvorbehalt gem §§ 2, 3 Abs 1 und § 4 ÄrzteG 1998. Die Durchführung nicht medizinisch indizierter Transporte würde außerdem in das (reglementierte) Personenbeförderungsgewerbe gem § 1 Abs 1 Z 1, § 2 Abs 1 GelverkG fallen.[44] Rettungsorganisationen könnten sich mangels Gewerbeberechtigung für das Personenverkehrsgewerbe gem § 366 Abs 1 GewO iVm § 1 Abs 2 GelverkG strafbar machen. Mit der ggst OGH-E wurde erstmalig von der Rsp ausdrücklich anerkannt, dass Sanitäter gem § 9 SanG eigenverantwortlich bei Nichtvorliegen einer (dringlichen) medizinischen Indikation Belassungen durchführen dürfen.[45] Unter welchen Voraussetzungen dürfen Sanitäter nun aber belassen?

Bestehen Zweifel am Fehlen einer medizinischen Indikation, ist eine Hospitalisierung anzuraten.

Die zentrale Frage, die sich Sanitäter stellen müssen, ist, ob eine auf den Transport gerichtete medizinische Indikation besteht. Der Transport ist dem Heilbehandlungsbegriff unterzuordnen, da er einer (weiterführenden) intramuralen Behandlung dient, wenn auch nur Ausschlussdiagnostik[46] durchgeführt werden soll.[47] Liegt eine Indikation für die Setzung therapeutischer Maßnahmen vor, haben Sanitäter diese zu ermöglichen, indem sie etwa den Patienten in ein KH bringen oder aufgrund der Dringlichkeit einen Notarzt nachfordern (vgl § 4 SanG). Auch wenn eine (zunächst nur) auf Ausschlussdiagnostik gerichtete Indikation vorliegt, haben Sanitäter zu bewerkstelligen, dass dem Patienten diese Diagnostik zukommt. IdR wird hierfür der Weg in ein KH gewählt.

Das bedeutet für die Praxis, dass der Sanitäter eine auf den Transport gerichtete (dringliche) medizinische Indikation ausschließen muss. Falls jegliche Zweifel erst durch weiterführende diagnostische Maßnahmen, zB durch ein Labor (in einem KH), ausgeräumt werden können, ist eine (dringliche) medizinische Indikation zu bejahen und eine Hospitalisierung anzuraten. Dies gilt im Übrigen nicht nur für Sanitäter. Der Unterschied zwischen dem Notarzt und dem Sanitäter bzw zwischen Sanitätern unterschiedlichen Ausbildungsgrades manifestiert sich lediglich darin, wie früh/schnell derartige Zweifel aufkommen (müssen). Während der ordentliche, pflichtgetreue Durchschnittsarzt idR Kenntnis darüber hat, ob der Patient im konkreten Fall die diagnostischen und/oder therapeutischen Möglichkeiten eines KH akut benötigt,[48] werden dem Sanitäter viel eher Zweifel kommen. Es ist aber auch hier zu unterscheiden: Der NFS hat im Zuge seiner Ausbildung neben einer umfassenderen theoretischen Ausbildung[49] sowohl ein Praktikum in einem KH als auch im „Notarztsystem" zu absolvieren.[50] Dadurch kann der gewissenhafte, durchschnittliche NFS regelmäßig abschätzen, ob und welche Untersuchung oder Therapie im Einzelfall in einem KH durchgeführt werden muss. Bei gewissen Krankheitsbildern wird er somit die dringliche medizinische Indikation für einen Transport ausschließen können. NFS mit Notfallkompetenzen (NK) trifft ein nochmals höherer Sorgfaltsmaßstab, da im Rahmen der NK-Ausbildung weitere KH-Praktika zu absolvieren sind.[51]

Die NK-Anwendung schließt im Übrigen eine spätere Belassung nicht zwingend aus, wenngleich die Anwendung von NK im Einzelfall eine medizinische Indikation zum Transport in ein KH darstellt und damit eine Belassung verbieten kann. Wenn nach NK-Anwendung eine solche Indikation zweifellos ausgeschlossen werden kann, gibt es keinen Grund, eine Belassung

[37] Vgl § 2 Abs 1 Z 1 ÄrzteG 1998, wonach der Arzt zur Diagnosestellung berufen ist.

[38] Im Vergleich zu Ärzten (sechs Jahre Medizinstudium plus Notarztausbildung, vgl NA-V) hat ein Sanitäter der höchsten Ausbildungsstufe – NFS mit der besonderen Notfallkompetenz Beatmung und Intubation (NKI) – insgesamt weniger als 1000 Stunden Ausbildung absolviert (§§ 32, 35 f, 39 f und 42 SanG). Zum Sorgfaltsmaßstab vgl statt vieler *Schacherreiter* in *Kletečka/Schauer,* ABGB-ON[1.10] § 1299 Rz 6 und (mN zur Rsp) 6/1 (Stand 15. 2. 2026, rdb.at).

[39] Vgl *Advani/Naess/Kurz,* The golden hour of acute ischemic stroke, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2017, 54; auch der Rsp (OGH 9 Ob 69/22 w JMG 2024, 120) ist ein Fall bekannt, in dem eine Patientin mit einem Schlaganfall erst mehr als sechs Stunden nach dem ersten Notruf durch einen zweiten Notruf ins Spital gebracht wurde.

[40] Bspw § 80 StGB (fahrlässige Tötung) oder §§ 1293 ff, 1325 ABGB (Schadenersatz wegen Körperverletzung).

[41] Vgl § 2 Abs 2 Z 1 ÄrzteG 1998.

[42] Wird der iSd § 4 SanG nachgeforderte (Not-)Arzt von den Sanitätern etwa falsch informiert (es wird bspw ein falscher Blutdruckwert weitergegeben), haften die Sanitäter dafür, wenn der Arzt bei richtiger Information eine Hospitalisierung angestrebt hätte, da er grds auf die Richtigkeit der erhaltenen Information vertrauen darf (vgl *Aigner,* Zur Haftung von Sanitätern und Notärzten, RdM 2002, 100 Pkt C.1.).

[43] Siehe dazu etwa *Jochum,* Kompetenzen 87 ff.

[44] Vgl *Halmich* in *Neumayr/Resch/Wallner,* GmundKomm[2] § 9 SanG Rz 1 (Stand 1. 1. 2022, rdb.at); ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 42; zur gewerberechtlichen Einordnung des Taxi- und Mietwagengewerbes: *Holzer,* Taxi? Mietwagen? Gewerbe? Zur rechtlichen Qualifikation von Uber in Österreich, ecolex 2018, 284.

[45] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25 b, Rz 16.

[46] Vgl RIS-Justiz RS0130547, wonach auch Diagnostik Teil der Heilbehandlung ist.

[47] Zum Transport als „Behandlung" iSd §§ 252 ff ABGB: *Seller,* Die Anwendung körperlichen Zwangs in der Präklinik, RdM 2022, 200.

[48] Vgl *Schacherreiter* in *Kletečka/Schauer,* ABGB-ON[1.10] § 1299 Rz 6 f (Stand 15. 2. 2026, rdb.at).

[49] Vgl Anlage 5 San-AV.

[50] Vgl § 35 Abs 2 SanG; §§ 40 ff San-AV.

[51] Für NKV: § 40 Abs 1 Z 2 SanG; für NKI: § 42 Abs 1 Z 2 SanG sowie ErläutRV 872 BlgNR 21. GP 48.

nur aufgrund der Tatsache zu unterlassen, dass eine NK angewendet wurde – also eine potenziell lebensbedrohliche Situation einmal bestanden hat. Es soll jedoch immer auch bedacht werden, dass nicht nur medizinische, sondern auch soziale oder pflegerische Umstände gegen eine Belassung sprechen können.[52]

Da Sanitäter eben nicht der Sorgfaltsmaßstab des ärztlichen Berufs trifft, kann es durchaus vorkommen, dass Sanitäter Anzeichen für eine hospitalisierungspflichtige Erkrankung übersehen. Das ist logisch und zwangsläufig die Folge, wenn Nichtärzte Belassungskompetenz haben. Umso wichtiger ist es, dass Sanitäter auch bei Belassungen im Einklang mit der ggst OGH-E ausreichend über die Grundlagen ihrer Belassungsentscheidung aufklären. Sie haben allgemein darüber zu informieren, aufgrund welcher Umstände und Überlegungen sie zu ihrer Beurteilung gelangen.[53] Ein Hinweis, dass nur ein Arzt das Vorliegen einer (akut behandlungsbedürftigen) Erkrankung ausschließen kann, man selbst jedoch kein Arzt ist, wird fallweise notwendig sein.[54]

Sanitäter haben auch bei Belassungen über die Entscheidungsfindung aufzuklären.

Dem RS wird eine besonders kurze Ausbildung zuteil,[55] die im Gegensatz zur NFS-Ausbildung weder ein Praktikum in einem KH noch im Notarztsystem beinhaltet. Zudem sind sie für Notfallpatienten schlicht unzuständig.[56] Man kann also annehmen, dass sie nie bzw nur in Ausnahmefällen[57] keine Zweifel am Fehlen einer dringlichen medizinischen Indikation haben.

3. Lösungsansätze für die Praxis – die „Belassungs-SOP"

Sinnvoll wäre, wenn jede Rettungsorganisation Vorgaben entwickeln würde, die abstrakt skizzieren, unter welchen Umständen von einer Hospitalisierung abgesehen werden kann. Wie bereits oben (D.2.) ausgeführt, wird der durchschnittliche RS in aller Regel Zweifel am Fehlen einer (dringlichen) medizinischen Indikation haben, was in weiterer Folge einen Transport zur diagnostischen Abklärung notwendig macht. Daher ist es uE möglich, RS von der Möglichkeit, Belassungen durchführen zu dürfen, auszuschließen,[58] wobei es sinnvoll sein kann, Ausnahmen für offenkundige Fehleinsätze vorzusehen.

Vorgaben zu Belassungsentscheidungen können in Form von SOP erfolgen, denen uE Indizwirkung für den Stand der Wissenschaft zukommt, sofern sie auf durch wissenschaftliche Fachgesellschaften publizierten Leitlinien (Clinical Practical Guidelines) beruhen.[59]

Ein generelles, durch die Rettungsorganisation intern vorgeschriebenes Belassungsverbot für alle Sanitäter ist aber kritisch zu sehen: Kann ein NFS in concreto eine Indikation zur Hospitalisierung ausschließen (zB kleinste, ungefährliche Schnittverletzung, harmlose Verkühlung), wäre eine Empfehlung zur Hospitalisierung („zur Sicherheit") im Wissen um das Fehlen jeglichen Mehrwerts einer intramuralen Behandlung uU sogar contra legem artis.[60] Hierbei ist auch gegen allfällige Gefahren abzuwägen, die einem Transport oder einem (wenn auch nur kurzzeitigen) KH-Aufenthalt innewohnen (Risiko im Straßenverkehr, Ansteckung mit Krankheiten im KH udgl). Ob ein in der Folge eingetretener Schaden in solchen Fällen[61] adäquat-kausal und damit haftungsbegründend sein kann, ist aber fraglich.

4. Alternativen

Eine Belassung muss aber nicht zwingend in ein „Nichtstun" münden: Es gibt durchaus andere Lösungsansätze, falls der Patient zwar ein medizinisches Problem hat, das aber mangels Dringlichkeit aktuell keine Krankenhausbehandlung notwendig macht. Das Anraten eines Besuchs beim Hausarzt oder die Organisation eines hausärztlichen Hausbesuchs bzw die Nachforderung des außerordentlichen hausärztlichen Bereitschaftsdienstes können durchaus sinnvolle (und fallweise geeignetere) Alternativen sein. Einerseits erspart sich der Patient (und der Kostenträger) eine nicht notwendige Hospitalisierung; andererseits kann durch den Kontakt mit dem Arzt das einer Belassung innewohnende rechtliche Risiko für Sanitäter stark vermindert werden. Ein anderer gangbarer Weg kann die Einholung von ärztlichem Rat sein, etwa durch Konsultation eines „Telenotarzts"[62] oder des behandelnden Arztes.[63]

Es gibt abseits der „harten" Belassung geeignete Alternativen zu einer Hospitalisierung.

Würde die Hospitalisierung ausschließlich aufgrund einer pflegerischen bzw einer sozialen Indikation erfolgen, kann die Verständigung des Pflegedienstes bzw eines Akutpflegedienstes zielführend sein und die Hospitalisierung überflüssig machen.[64]

E. Fazit

Zwar konnte der OGH im konkreten Anlassfall nicht in der Sache entscheiden – die Rechtssache wurde zur neuerlichen E wieder ans ErstG zurückverwiesen.[65] Dennoch ist die E des OGH von Bedeutung, da höchstgerichtlich festgehalten wurde, dass die Aufklärungspflicht von Sanitätern bei Reversbelassungen nicht zu überspannen ist. Von ihnen ist keine Aufklärung wie durch einen Arzt zu erwarten, insb ist die Diagnosestellung dem ärztlichen Beruf vorbehalten. Die Aufklärungspflicht knüpft am – in den §§ 8 ff SanG normierten – Tätigkeitsbereich an, wobei der Sanitäter nicht über medizinische Einzelheiten aufzuklären, aber allgemein darüber zu informieren hat, aufgrund welcher Umstände und Überlegungen er zu seiner Beurteilung gelangt. Die Aufklärung hat umso ausführlicher und eindringlicher zu sein, je klarer für den Sanitäter die möglichen schädlichen Folgen des Unterblei-

[52] Bspw fehlende Versorgung mit Nahrung, hygienische Situation (Patient durch Stuhl/Harn verunreinigt), Wohnung im Winter nicht geheizt udgl. In solchen Fällen kann etwa die Verständigung eines Akutpflegedienstes sinnvoll sein (s unten D.4.).
[53] OGH 22. 10. 2025, 7 Ob 114/25 b, Rz 23; zur Reversbelassung s oben C.1. bzw C.2.b).
[54] Etwa weil der Patient (fälschlicherweise) davon ausgeht, dass er es mit einem Notarzt zu tun hat.
[55] § 32 SanG; § 11 ff San-AV.
[56] § 9 Abs 1 iVm § 10 Abs 1 Z 2 SanG e contrario.
[57] Bspw offensichtliche Fehleinsätze.
[58] Vgl *Jochum,* Kompetenzen 110; *Aigner et al,* RdM 2021, 182 (184); die Aussage des OGH (22. 10. 2025, 7 Ob 114/25 b, Rz 16), dass RS eine Belassungskompetenz haben, darf mit Blick auf die Gesetzessystematik und den jeweiligen Sorgfaltsmaßstab nicht streng wörtlich gelesen werden, s oben A. (Hinweisfenster).
[59] Zur Indizwirkung von Clinical Practical Guidelines auf den Stand der Wissenschaft vgl RIS-Justiz RS0132932; OGH 8 Ob 110/19 p RdM 2020, 284.
[60] Vgl *Kopetzki,* Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten, iFamZ 2007, 197 (198).
[61] Bsp: Der Einsatzlenker fährt ohne Indikation mit Blaulicht oder auf sonstige Weise sorgfaltswidrig und verursacht einen Unfall.
[62] Wie etwa beim Roten Kreuz Niederösterreich eingerichtet: *RKNÖ,* Telenotarzteinsatz, https://rdmed.n.roteskreuz.at/books/quick-reference-handbook/page/telenotarzteinsatz-ablauf (abgerufen am 5. 2. 2026); zur Telemedizin in der Präklinik vgl *Aigner et al,* RdM 2021, 185 f; s auch in der dt Lit *Katzenmeier/Schrag-Slavu,* Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst (2010).
[63] Vgl *Halmich,* Recht für Sanitäter 99.
[64] Vgl FN 50.
[65] Vgl FN 4.

bens sind und je dringlicher die Maßnahme aus der Sicht eines vernünftigen und einsichtigen Patienten erscheinen muss.

Weiters wurde erstmals höchstgerichtlich ausgesprochen, dass Sanitätern die Beurteilung obliegt, ob eine Person überhaupt dringlich medizinisch indizierter Betreuung bedarf oder am Einsatzort belassen werden kann. Im Einklang mit dem dazu bestehenden Schrifttum ist zu betonen, dass Sanitäter je nach Qualifikation besser oder weniger gut geeignet sind, das Vorliegen einer dringlichen medizinischen Indikation sicher auszuschließen. Hier kann durchaus vertreten werden, Belassungen erst ab der Ausbildungsstufe NFS (organisationsintern) freizugeben.

Generell ist das Absehen von einer Hospitalisierung rechtlich heikel. Auch aus diesem Grund ist die Erstellung von SOP durch die Rettungsorganisationen ratsam, um es Sanitätern zu erleichtern, Fehler bei Belassungsentscheidungen zu vermeiden.

Plus

ÜBER DIE AUTORIN UND DEN AUTOR

Mag.[a] iur. Melanie Strambach-Weissgärber, LL.M., ist Juristin bei einem Sozialversicherungsträger. Sie ist ausgebildete Rettungssanitäterin und Vorstandsmitglied der österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN).
E-Mail: melanie.weissgaerber@outlook.com

Mag. iur. Leon Seller ist Doktorand und Universitätsassistent (prae doc) am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht (Abteilung Medizinrecht) der Universität Wien sowie freiberuflich Lehrender und Vortragender im Medizinrecht. Er ist Notfallsanitäter (NKV) und Mitglied der österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN).
E-Mail: leon.seller@univie.ac.at

Neuer Rechtsrahmen für Substanzen menschlichen Ursprungs (II)

Die SoHO-Verordnung der EU

Der Beitrag schnell gelesen

Die VO (EU) 2024/1938 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Verwendung beim Menschen bestimmte Substanzen menschlichen Ursprungs (SoHO-VO) führt zu einer umfassenden Umgestaltung des Humansubstanzenrechts und löst mit August 2027 insb auch das bisher auf Grundlage der RL 2002/98/EG und 2004/23/EG geltende Regelungsregime für Blut und Blutbestandteile sowie Zellen und Gewebe ab. Teil II widmet sich dem Zulassungsverfahren für SoHO-Präparate, den Schutzbestimmungen für Spender und Empfänger von SoHO sowie Nachkommen aus medizinisch unterstützter Fortpflanzung und den Regelungen zur Versorgungssicherheit im Bereich von kritischen SoHO.[1]

Gewebesicherheitsrecht; Blutsicherheitsrecht
RdM 2026/20



Dr.in DANIELLE NOE ist Juristin in der für das Gewebe- und Blutsicherheitsrecht sowie für das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht zuständigen Abteilung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
Dr.in CLAUDIA STEINBÖCK ist Leiterin der für das Gewebe- und Blutsicherheitsrecht sowie für das Arzneimittel- und Medizinprodukterecht zuständigen Abteilung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

Inhaltsübersicht:

A. Zulassung von SoHO-Präparaten
1. Allgemeines
2. Der Ablauf des Zulassungsverfahrens
a) Antragstellung
b) Plan für die Überwachung der klinischen Ergebnisse
c) Bewertung von SoHO-Präparaten
d) Weitere Behandlung des Antrags

B. Schutz von SoHO-Spendern, SoHO-Empfängern und Nachkommen aus medizinisch unterstützter Fortpflanzung (muF)
1. Spenderschutz
a) Ziele und Reichweite
b) Einwilligung
c) Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Spende
d) Gesundheitsschutz
2. SoHO-Empfängerschutz und Schutz von Nachkommen aus muF
a) Ziele und Reichweite
b) Gesundheitsschutz
c) Unzulässige Praktiken
d) Überprüfung der Spendereignung
e) Einwilligung
f) Freigabe

C. Versorgungssicherheit
1. Der Begriff der „kritischen SoHO“ und der „kritischen SoHO-Einrichtung“
2. Maßnahmen zur Überwachung und Unterstützung der Versorgungssicherheit
a) Rolle der MS
b) Rolle der kritischen SoHO-Einrichtungen

D. Ausblick

[1] Der vorliegende Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Rechtsansicht der Autorinnen wieder.