



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation:

Rechtliche Grundlagen

des

österreichischen Rettungswesens

Verfasser:

Mag.iur. Felix Andreas

angestrebter akademischer Grad

Doktor der Rechtswissenschaften (Dr.iur.)

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 083 101

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Rechtswissenschaften

Betreuerin / Betreuer:

Univ.-Prof. DDr. Christian Kopetzki

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT I - EINFÜHRUNG **9**

I) EINLEITUNG	9
II) GESCHICHTE	10
1) DIE WIENER RETTUNG	10
2) DAS ROTE KREUZ	12
3) DER ARBEITER SAMARITER BUND	12
4) DIE JOHANNITER	14
5) DER MALTESER HOSPITALDIENST	14

ABSCHNITT II - VERFASSUNGS- UND VERWALTUNGSRECHT **15**

I) VERFASSUNGSRECHTLICHE VERANKERUNG DES RETTUNGSWESENS	15
1) KOMPETENZLAGE	16
1.1) Kompetenzlage im überregionalen Rettungsdienst	18
1.2) Aufgaben des Bundes im Rettungswesen	19
1.3) Aufgaben der Länder im Rettungswesen	20
1.4) Aufgaben der Gemeinden im Rettungswesen	21
2) GRUNDRECHTLICHE ASPEKTE	22
3) RETTUNGSWESEN ALS VÖLKERRECHTLICHE VERPFLICHTUNG	24
3.1) Europäische Menschenrechts Konvention	24
a) Das Recht auf Leben	25
b) Das Recht auf körperliche Integrität	26
c) Das Recht zu sterben	27
3.2) Exkurs: Bedeutung des Völkerrechts	29
3.3) Europäische Sozialcharta	31
3.4) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte	32
II) RECHTLICHE EINORDNUNG DER TÄTIGKEIT VON RETTUNGSORGANISATIONEN	33
1) RETTUNGSDIENSTE ALS EINRICHTUNGEN DER GEMEINDE ODER DES LANDES	35
2) RETTUNGSDIENSTE ALS PRIVATRECHTLICHE LEISTUNGSERBRINGER	36
2.1) Verträge zwischen Rettungsdienst und Patient	37
2.2) Vertrag zugunsten Dritter durch den Rettungsvertrag	39

2.3) Geschäftsführung ohne Auftrag	40
2.4) Conclusio	44
3) HOHEITLICHES HANDELN	45
3.1) Beleihung im Rettungsdienst	46
a) Beleihung mittels Gesetz	49
b) Beleihung durch Bescheid und öffentlich-rechtlichen Vertrag	50
c) Beleihung durch privatrechtlichen Vertrag	52
d) Conclusio	56
3.2) Exkurs Europarecht	56
3.3) Zulässigkeit einer Beleihung nach den Grundsätzen des VfGH	58
a) Sachliche Rechtfertigung und Effizienzgebot	58
b) Einzelne hoheitliche Aufgaben und Kernbereich	59
c) Aufsichtsunterworfenheit	60
3.4) Conclusio	63
4) ZUSAMMENFASSUNG	64
III) ÜBERTRAGENE PFLICHTEN	64
1) ÖFFENTLICH-RECHTLICHE PFLICHTEN	64
1.1) Amtshilfe	65
1.2) Beistandspflicht	66
1.3) Amtsverschwiegenheit	67
1.4) Auskunftspflicht	68
1.5) Datenschutz	68
1.6) Befugnisse der Rettung gegenüber der Polizei	69
2) PFLICHTEN AUFGRUND DES STANDS DER TECHNIK UND WISSENSCHAFT	70
2.1) Einsatzzeiten und Versorgungsdichte	70
2.2) Fahrzeugtechnik	72
2.3) Personal und Versorgungsqualität	74
2.4) Arzneimittellisten	75
IV) RECHTSSCHUTZ GEGENÜBER BELIEHENEN ORGANISATIONEN	76
1.1) Volksanwaltschaft	77
2) GERICHTSHÖFE ÖFFENTLICHEN RECHTS	78
2.1) Der unabhängige Verwaltungssenat:	79
2.2) Die Verfassungs- und Verwaltungsgerichtsbarkeit	80
2.3) Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte	81
3) AUFSICHTSBESCHWERDE	81
V) ERRICHTUNG EINES RETTUNGSDIENSTES	82

1) BEAUFTRAGUNG EINES PRIVATEN RETTUNGSDIENSTANBIETERS	82
2) GEMEINSAME RETTUNGSEINRICHTUNGEN MEHRERER GEMEINDEN	86
3) SCHAFFUNG EINER BERUFSRETTUNG	87
4) FIRST RESPONDER ALS MÖGLICHE ALTERNATIVE ZUR RETTUNG	87
5) ASSISTENZ DES BUNDESHEERES	89
VI) DIE RETTUNGSORGANISATION IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN ÖFFENTLICH-RECHTLICHER AUFGABENERFÜLLUNG UND WIRTSCHAFTSLEBEN	90
1) UNTERNEHMEN NACH UGB UND GEWO	91
2) ANWENDBARKEIT DES UWG UND DER GO	92
3) PERSONALMANAGEMENT	92
4) WARENWIRTSCHAFT	93
5) RETTUNGSTÄTIGKEIT ALS NICHT HOHEITLICHE DIENSTLEISTUNG	93
6) DIE RETTUNGSORGANISATION ALS FAKTISCH HANDELNDES ORGAN DER GEMEINDE	94
7) KOSTENERSATZ FÜR RETTUNGSDIENSTE	94
7.1) Der „Rettungsgroschen“	94
7.2) Einsatzkostenvergütung (-pauschale) der SVT	96
7.3) Kostenübernahme durch den Patienten	97
7.4) Aufteilung der Kosten bei Einsatz mehrerer Organisationen	98
8) VERSICHERUNGSSCHUTZ	99
8.1) Öffentliche Unfallversicherung durch SVT	99
8.2) Versicherung durch SVT bei Eintritt einer Berufskrankheit	101
ABSCHNITT III - STRAF- UND ZIVILRECHT	102
I) STRAFRECHTLICHE HAFTUNG	102
1) STRAFBARKEITSVORAUSSETZUNGEN	102
1.1) Straffähigkeit	102
1.2) Vorsatz (§ 5 StGB)	103
a) Bedingter Vorsatz	103
1.3) Fahrlässigkeit (§ 6 StGB)	103
a) Objektiv sorgfaltswidriges Verhalten	104
1.4) Garantenstellung (§ 2 StGB)	104
2) BESONDERE STRAFTATBESTÄNDE	107
2.1) Imstichlassen eines Verletzten (§ 94 StGB)	107
a) Haftung von Gesundheitsberufen aufgrund Imstichlassen des Verletzten	109

2.2) Unterlassung der Hilfeleistung (§ 95 StGB)	110
2.3) Unzumutbarkeit der Hilfeleistung (§§ 95 Abs 2, 94 Abs 1 und 3 StGB)	113
2.4) Aussetzung (§ 82 StGB)	116
2.5) Eigenmächtige Heilbehandlung (§ 110 StGB)	118
a) Exkurs: Privatanklagedelikt	119
b) Einwilligung in die Heilbehandlung	120
c) Heilbehandlung bei Gefahr im Verzug (§ 110 Abs 2 StGB)	124
d) Einsichts- und Urteilsfähigkeit	126
2.6) Kurpfuscherei (§ 184 StGB)	127
2.7) Körperverletzungsdelikte (§§ 83ff StGB)	128
a) Fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB)	129
b) Haftungsprivileg für Arzt- und Sanitätsberufe (§ 88 Abs 2 StGB)	130
3) EINWILLIGUNG DES VERLETZTEN (§ 90 STGB)	131
4) MITWIRKUNG AM SELBSTMORD OD. TÖTUNG AUF VERLANGEN (§§ 77 F STGB)	131
5) TÄUSCHUNG, DROHUNG ODER NÖTIGUNG (§§ 105 FF STGB)	132
6) FREIHEITSENTZIEHUNG (§§ 99 F STGB)	133
7) HAUSFRIEDENSBRUCH (§ 109 STGB)	134
8) MISSBRAUCH DER AMTSGEWALT (§ 302 STGB)	135
9) VERLETZUNG VON BERUFSGEHEIMNISSEN (§ 121 STGB)	137
10) MISSBRAUCH VON NOTZEICHEN (NOTZEICHENG)	138
11) VERBANDSVERANTWORTLICHKEITSGESETZ (VBVG)	138
II) ZIVILRECHTLICHE GRUNDLAGEN	141
1) RECHT AUF SELBSTBESTIMMUNG	141
1.1) Rechts- und Geschäftsfähigkeit	141
1.2) Einwilligungsfähigkeit	143
1.3) Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung – der Behandlungsvertrag	144
1.4) Der Behandlungsvertrag im Rettungsdienst	144
1.5) Heilbehandlung von minderjährigen Patienten (§ 146c ABGB)	145
1.6) Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger	148
1.7) Die Patientenverfügung	149
a) Gültigkeitsvoraussetzungen	150
b) Anwendbarkeit der Patientenverfügung im Rettungsdienst	151
1.8) Sonderfall Zeugen Jehovas	152
1.9) Vorsorgevollmacht	153
1.10) Heilbehandlung von besachwalteten Patienten (§ 273 ABGB)	154
2) ZIVILRECHTLICHE HAFTUNG	158

2.1) Haftung aus dem Vertrag	158
2.2) Deliktische Haftung	158
2.3) Sachverständigenhaftung (§ 1299 ABGB)	159
2.4) Haftung für zufällig eintretenden Schaden - Garantenstellung (§ 1311 ABGB)	161
2.5) Haftung für eigenes Fehlverhalten (§ 1313 ABGB)	162
2.6) Amtshaftung für das Handeln in Vollziehung der Gesetze	162
a) Exkurs AHG Verfahren	166
2.7) Organhaftpflichtgesetz	167
2.8) Haftung des Rettungsdienstes für das Verhalten des Mitarbeiters (§§ 1313a und 1315 ABGB) - Gehilfenhaftung	168
2.9) Dienstnehmerhaftpflicht für privatwirtschaftliches Handeln	170
2.10) Haftung der Organisation aus Risikohaftung - Organisationsverschulden	172

ABSCHNITT IV - ARBEITSRECHT UND BERUFSKUNDE **174**

I) ALLGEMEINES	174
II) BERUFSRECHTE – BERUFSVORBEHALTE	174
1) BERUFSVORBEHALTE DER ÄRZTE	175
1.1) Vorbehalt der Heilbehandlung	176
1.2) Vorbehalt von invasiven Maßnahmen/operativen Eingriffen	176
1.3) Vorbehalt der Medikation	177
1.4) Vorbehalt der Führung im Rettungseinsatz	177
2) BERUFSVORBEHALTE DER SANITÄTER	177
3) BERUFSVORBEHALTE DER KRANKENPFLEGEBERUFE	178
3.1) Vorbehalt der Krankenpflege	178
4) BERUFSVORBEHALTE DER HEBAMMEN	179
4.1) Vorbehalt der Untersuchung der Schwangeren	179
4.2) Vorbehalt der Leitung und Vorbereitung der Geburt	179
III) SANITÄTER	180
1) RETTUNGSTÄTIGKEIT ALS HEILBEHANDLUNG	181
2) ZULASSUNG ZUM BERUF DES SANITÄTERS	186
3) AUFSICHTSUNTERWORFENHEIT UND EIGENVERANTWORTUNG (§ 23 SANG)	187
3.1) Verfassungsrechtliches Problem der Aufsichtspflicht	188
4) EINRICHTUNGEN, FÜR DIE SANITÄTER TÄTIG WERDEN DÜRFEN (§ 23 SANG)	189
4.1) Sonstige Einrichtungen	190

5) TYPEN VON SANITÄTERN	191
5.1) Berufs- und Bezeichnungsschutz	191
6) ALLGEMEINE TÄTIGKEITSFELDER DER SANITÄTER (§ 8 SANG)	193
7) ÜBERTRAGENE AUFGABEN	194
8) RETTUNGSSANITÄTER - RS (§ 9 SANG)	195
8.1) Zulassung zur Ausbildung zum Rettungssanitäter	195
8.2) Ausbildung (§§ 32 ff SanG)	197
8.3) Aufgaben (§§ 8 f SanG)	197
a) Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich	198
b) Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich	201
9) NOTFALLSANITÄTER - NFS (§ 10 SANG)	202
9.1) Notfallsanitäter vs. Paramedics	202
9.2) Selbstständigkeit und Eigenverantwortung	203
9.3) Ausbildung	205
9.4) Aufgaben	206
a) Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich	206
b) Mitverantwortliche Tätigkeitsfelder	208
10) BERUFSMODUL (§ 14 ABS 3 SANG)	208
11) NOTFALLKOMPETENZEN	209
11.1) Notfallkompetenz I – Arzneimittellehre – NKA (§ 11 SanG)	210
a) Ausbildung	213
b) Aufgaben	213
11.2) Notfallkompetenz II – Venenzugang – NKV (§ 11 SanG)	214
a) Ausbildung	214
b) Aufgaben	215
c) Exkurs Problemstellung der Ausbildung durch den gehobenen Dienst	215
11.3) Notfallkompetenz III – Beatmung und Intubation – NKI (§ 12 SanG)	216
a) Ausbildung	217
b) Problemstellung	218
11.4) Notfallkompetenzverordnung (§ 13 SangG)	222
11.5) Geltungseinschränkung der Notfallkompetenzen auf einzelne Bundesländer?	222
11.6) Effizienz, Sicherheit und geringster möglicher Eingriff	223
11.7) Anwendung von Checklisten	224
12) DER LEHRSANITÄTER	225
13) SANITÄTERAUSBILDUNG IM EUROPÄISCHEN VERGLEICH	225
14) WEITERE AUFGABEN IM RETTUNGSWESEN	226

14.1) Leitstellendispatcher (ehem. Leitstellendisponent)	226
14.2) Der Einsatzfahrer	227
a) Der „Blaulicht“-Einsatz	228
b) Grenzen des Blaulichteinsatzes	229
c) Rechtfertigung für einen Einsatz	230
d) Die anderen Verkehrsteilnehmer	231
15) ALLGEMEINE PFLICHTEN DES SANITÄTERS	231
16) BERUFS- UND TÄTIGKEITSAUSWEIS UND FORTBILDUNGSPASS	232
IV) ÄRZTE	232
1) SELBSTSTÄNDIGE BERUFS AUSÜBUNG (§ 3 ABS 1 ÄRZTEG)	233
2) WECHSELSEITIGE HILFELEISTUNGSPFLICHTEN VON ÄRZTEN UND SANITÄTERN	234
2.1) Übertragung von Aufgaben	235
3) DRINGEND NOTWENDIGE ÄRZTLICHE HILFE (§ 48 ÄRZTEG)	236
4) NOTÄRZTE	237
4.1) Aufgaben	237
5) DER LEITENDE NOTARZT	238
5.1) Aufgaben	238
5.2) Weisungsbefugnisse im Einsatz	239
V) GEMEINSAME BESTIMMUNGEN FÜR ÄRZTE UND SANITÄTER	240
1) AUFKLÄRUNG DES PATIENTEN	240
2) DOKUMENTATION UND AUSKUNFT (§§ 5 FF SANG, § 51 ÄRZTEG)	240
3) PFLICHT ZUR LEGE ARTIS BEHANDLUNG (§ 49 ABS 1 ÄRZTEG, § 4 SANG)	242
4) FORT- UND WEITERBILDUNGSPFLICHT (§ 49 ABS 1 ÄRZTEG, §§ 4 ABS 2, 50, 51 SANG)	242
4.1) Verbindliche Fort- und Weiterbildung	243
a) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. §§ 50 und 51 SanG	244
b) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. § 51 Abs 3 SanG	245
c) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. § 49 Abs 1 ÄrzteG	246
d) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. § 40 ÄrzteG	246
4.2) Eigenverantwortliche Fortbildung (§4 Abs 2 SanG, §§ 2, 49 Abs 1 ÄrzteG, § 6 StGB und § 1299 ABGB)	246
a) Lex artis vs. Lehrmeinung	246
5) VERSCHWIEGENHEITSPFLICHT (§ 6 SANG, § 54 ÄRZTEG)	249
6) WAHL DES GEEIGNETEN KRANKENHAUSES	252
7) PATIENTENÜBERGABE (§ 22 KAKUG)	253
8) CHECKS AND BALANCES	255

9) EINBINDUNG ANDERER GESUNDHEITSBERUFE	256
VI) ORGANISATORISCHE FÜHRUNG DES SANITÄTSPERSONALS	257
<u>ABSCHNITT V - ANHÄNGE</u>	<u>259</u>
I) ABSTRACT - DEUTSCH	259
II) ABSTRACT - ENGLISCH	260
III) LEBENS LAUF - CURRICULUM PROFESSIONIS	260
1) PERSÖNLICHE DATEN:	260
2) BERUFLICHER WERDEGANG:	261
3) AKADEMISCHE LAUFBAHN:	261
4) WEITERE TÄTIGKEITEN:	261
5) VORTRÄGE/TAGUNGEN:	261
<u>ABSCHNITT VI - LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>263</u>
<u>ABSCHNITT VII - ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>280</u>

Abschnitt I - Einführung

I) Einleitung

Die Vermittlung von Rechtskenntnissen ist in der Ausbildung der Gesundheitsberufe ein Gebot der Zeit¹. Das Wissen um die eigenen Rechte und Pflichten ermöglicht erst einen gezielten Umgang mit dem Thema Versorgung von Patienten und damit verbunden eine sichere und zielorientierte Berufsausübung. Es ist daher so früh als möglich auf Risiken und Gefahren, aber auch auf die Rechte der Angehörigen der Gesundheitsberufe hinzuweisen.

In einer arbeitsteiligen Gesellschaft ist es notwendig, die jeweiligen Kompetenzen zu nutzen und die gesetzlich vorgegebenen wie auch die sich faktisch ergebenden Überschneidungen zu kennen. Ziel der rechtlichen Ausgestaltung der Gesundheitsberufe ist es, dem Patienten die bestmögliche Grundlage für eine Genesung oder zumindest ein möglichst schmerzfreies Leben zu garantieren und dem Gesundheitspersonal die rechtliche Absicherung für ihr Handeln zu bieten. Dieses beginnt nicht erst mit Besuch des Arztes oder eines Krankenhauses. Der Erfolg einer Therapie ist oftmals unmittelbar mit dem frühest möglichen Therapiebeginn verbunden. Die Versorgung liegt zu einem guten Teil in den Händen der Mitarbeiter der Rettungsdienste, also den Notärzten und Sanitätern.

Die Eingliederung der Versorgungseinrichtungen in das Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung sowie Kompetenzfragen und Aufsichtsrechte bzw -pflichten sind im Hinblick auf die Versorgung und die rechtliche Absicherung von Patienten und Gesundheitsberufen von erheblicher Bedeutung. Umso mehr überrascht es, dass hinsichtlich der Kompetenzfrage die Gesetzgeber offensichtlich unterschiedlicher Auffassung sind, nahezu keine Judikatur existiert und fast ausschließlich vom Vereinsdenken der Rettungsorganisationen geprägte Literatur vorhanden ist. Aus diesem Grund war im Rahmen dieser Arbeit vorrangig die Stellung des Rettungswesens innerhalb der Vollziehung abzuklären. Unmittelbar damit verbunden, wurden haftungsrechtliche Fragen abgeklärt sowie berufsrechtliche Problemstellungen erörtert.

Ziel war die abschließende Klärung der Stellung des Rettungswesens innerhalb der Verwaltung und Privatautonomie sowie die Darstellung der Rechtslage von Rettungsorganisationen, Ärzten, Sanitätern und Patienten.

¹ Aigner, Risiko und Recht der Gesundheitsberufe, Kap. D.

II) Geschichte

Die Kenntnis der Geschichtliche des Rettungswesens ermöglicht einen Einblick in die Entwicklung und somit einen Rückschluss auf den Werdegang unseres heutigen Systems. Österreich war eines der ersten Länder Europas, das über ein Rettungswesen in heutigem Sinn verfügte und maßgeblich für die Entwicklung eines solchen in Europa.

Im Folgenden ist die Entwicklung der aus historischer Sicht wichtigsten österreichischen Rettungsdienste kurz zusammengefasst dargestellt.

1) Die Wiener Rettung

Das Rettungswesen hat in Österreich eine lange und traditionsreiche Geschichte. Während das Spitalswesen bereits, vor allem aufgrund vieler geistlicher Krankenhäuser, weit entwickelt war, gab es bei der Verbringung von Kranken in die Spitäler große Defizite. Dabei war das Thema Rettungswesen alles andere als stiefmütterlich behandelt worden. Bereits unter Gerard von Swieten, dem Leibarzt Maria Theresias, erschien im Jahre 1769 eine Anleitung zur Hilfeleistung². Auch Maria Theresia selbst förderte Erste Hilfe Maßnahmen durch Stiftung einer Prämie an jene Menschen, die einen anderen nachweislich errettet hatten³. In der Theresianischen Verwaltungsreform kam es in der Folge zur Schaffung der Bezirksärzte.

Maria Theresias Sohn, Josef II. gründete im Jahre 1784 das Allgemeine Krankenhaus. Franz I. ließ an amtlich vorgeschriebenen Stellen „Rettungskästen“ aufstellen und wundärztliche Offizien einrichten. Folgend wurde die erste Wiener Rettungsanstalt bereits im Jahre 1803 durch Pasqual Joseph Ritter von Ferro gegründet, diese ging jedoch in den Napoleonischen Kriegen um 1809 unter.

Franz Joseph I. reformierte die Gesundheitspflege und das Rettungswesen weiter. U.a. wurden Sicherheitswachstuben als Rettungsanstalten ausgestattet. Es dauerte aber bis zu jenem verhängnisvollen 8. Dezember 1811 an dem das Wiener Ringtheater abbrannte und fast 400 Menschen ums Leben kamen. Die Tragik an diesem Geschehen war nicht nur die rasante Ausbreitung des Feuers durch eine Reihe von vermeidbaren Fehlern im Verhalten der Theatermitarbeiter, auch die Feuerwehr, die damals bereits gut organisiert war, wurde falsch alarmiert und war daher zunächst nur mit unzureichenden Rettungsmitteln

² van Swieten; „Unterricht wie die scheinbar ertrunkenen, erhenkten oder erstickten Menschen beym Leben zu erhalten seyen“

³ Hofkanzleidekret vom 9.3.1827, 5295

anwesend. Dennoch hätten vermutlich viele Verletzte gerettet werden können, die nur mangels rascher ärztlicher Hilfe ihren schweren Verletzungen erlegen sind⁴.

Unter dem Eindruck jener 386 ums Leben gekommenen Menschen gelang das, was davor bereits vergeblich versucht worden war. Bereits am Folgetag der Katastrophe erfolgte durch Jaromir Freiherr von Mundy und Johann Nepomuk Graf Wilczek die Gründung der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“, die selbst durch den Kaiser Unterstützung fand.

Aufgaben und Ausbildung der Rettungsmitarbeiter entwickelten sich schell weiter. Erkennbar ist dies durch einen Blick in die am 27. November 1897 gegründete „Samariterschule der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“. Die dort abgehaltenen Kurse dienten der Ausbildung der Retter und umfassten acht Vorträge zu je zwei Stunden, also insgesamt 16 Stunden. In diesen wurde Anatomie, Physiologie, Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen - das richtige Verhalten bei Vergiftungen, Blutungen, Knochenbrüchen, Quetschungen, Zerrungen und Verrenkungen - sowie Hygiene, der Transport Verunglückter und Krankenpflege unterrichtet. Zum Vergleich: das heutige „Sanitätärgesetz“ schreibt eine Grund-Ausbildungsdauer von 100 Stunden Theorie sowie 160 Stunden Praxis vor⁵. Die Gesellschaft unterrichtete Erste Hilfe nicht nur in Wien sondern auch in kleineren Städten und am Land⁶.

Nach Vorbild Wiens kam es auch in anderen Städten auf dem Gebiet des Rettungswesens zu Weiterentwicklungen. So wurden „Tochtergesellschaften“ der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“ im In- und Ausland wie beispielsweise in Prag, Krakau, Triest, Lemberg oder Budapest⁷ gegründet.

Auch heute zählt die mittlerweile in die „Wiener Rettung“ geänderte Organisation zu den Säulen der Gesundheitsversorgung. Als wichtigste Einrichtung innerhalb Wiens und als größte Gemeinderettung führt sie nicht nur die Tradition, sondern auch den Erfolg Ihrer Gründer fort. Aufgrund von Änderungen in der Rechtslage, neuer technischer und medizinischer Möglichkeiten und Erkenntnisse, aber auch aufgrund der finanziellen Belastung des Gesundheitswesens und geänderter sozialer Rahmenbedingungen ist diese auch weiterhin führend bei der Weiterentwicklung und der Verbesserung der Versorgung und Schaffung neuer Ressourcen.

⁴ 120 Jahre Wiener Rettung; S. 10 ff

⁵ BGBl 2002/30; „Sanitätärgesetz“

⁶ 120 Jahre Wiener Rettung; S. 27

⁷ 120 Jahre Wiener Rettung; S. 10 ff

2) Das Rote Kreuz

Neben der Wiener Rettung haben auch andere Organisationen zur Entwicklung des Rettungswesens beigetragen.

Das Rote Kreuz wurde unter dem Eindruck der „Schlacht von Solferino“ des Jahres 1859 von Henry Dunant ins Leben gerufen. Dieses versorgte ursprünglich ausschließlich Verwundete im Feld. In Österreich wurde das Rote Kreuz erstmals im Jahre 1866 tätig, als es als „Landeshilfsverein vom Rothen Kreuze für Niederösterreich“ auf Grundlage einer „*allerhöchsten Entschliebung seiner Mäjestät Kaiser Franz Josef I*“ anlässlich des Kriegszuges gegen Preußen gegründet wurde.

Nach Gründung weiterer Landesvereine wurde im Jahre 1880 die „*Österreichische Gesellschaft vom Rothen Kreuze*“ ins Leben gerufen. Das Rote Kreuz war paramilitärisch organisiert und widmete sich vorrangig der Versorgung der Soldaten in Kriegszeiten. Erst nach und nach entwickelte es sich zu einer zivilen Rettungsorganisation. Kurz vor Ausbruch des Ersten Weltkriegs (1914) wurde der zivile Rettungsdienst aufgebaut, vielerorts in Verbindung mit der Sanitätskolonne der Freiwilligen Feuerwehren.

Während des II. Weltkrieges kam es zur Eingliederung aller Rettungsorganisationen in das Deutsche Rote Kreuz. Dies kann als eigentlicher Beginn der Erbringung des zivilen Rettungsdienstes durch das Rote Kreuz in Österreich angesehen werden. So wurde mit dem Gesetz über das Deutsche Rote Kreuz vom 9. Dezember 1937 eine reichseinheitliche Neugestaltung des Roten Kreuzes und dessen Aufgaben vorgenommen und durch einen Erlass vom 10. Februar 1938 die Tätigkeit auch auf das Gebiet des Rettungs- und Hilfsdienstes ausgeweitet⁸. Aufgrund des Anschlusses an Deutschland traten diese Bestimmungen auch für Österreich in Kraft⁹.

Nach dem II. Weltkrieg erfolgte der Ausbau des zivilen Rettungs- und Krankentransportwesens, wodurch das Rote Kreuz österreichweit zum „Marktführer“ wurde¹⁰.

3) Der Arbeiter Samariter Bund

In Deutschland wurde im Jahre 1888 von sechs Berliner Zimmerleuten unter dem Einfluss der aus der Industrialisierung resultierenden schweren und häufigen

⁸ Frick in Amtliches Unterrichtsbuch über Erste Hilfe, Vorwort

⁹ Gesetzblatt für das Land Österreich, 170/1938, 10. Juni 1938, Bekanntmachung über das Deutsche Rote Kreuz im Lande Österreich

¹⁰ ÖRK; Ausbildung Rettungssanitäter; Das Rote Kreuz; S. 4 f, S. 33 ff

Verletzungen von Arbeitern ein „Lehrkursus über die Erste Hilfe bei Unglücksfällen“ durchgesetzt. In Folge leistete der damit ins Leben gerufene Arbeiter Samariter Bund (kurz ASB) einen wesentlichen Anteil an der Entwicklung des Rettungswesens in Deutschland¹¹.

Um die Folgen des 1. Weltkrieges zu lindern, organisierte der Verein Kinderverschickungen, Lebensmittel- und Säuglingsnahrungsverteilungen und Kleidervergaben¹².

1933 wurde der ASB aufgrund seiner sozialistisch-marxistischen Orientierung von der nationalsozialistischen Regierung verboten. Bis zu diesem Zeitpunkt verfügte er bereits über 1800 Kolonnen. Dieses Verbot blieb in Deutschland auch unter sowjetischer Besetzung aufrecht. In den Westalliierten Gebieten nahm der ASB 1945 seine Tätigkeit wieder auf¹³.

In Österreich hat der Arbeiter-Samariterbund seine Wurzeln in Arbeiterzusammenschlüssen der Ersten Republik. 1927 wurde ein „Österreichischer Arbeiter-Samariterdienst“ ins Leben gerufen, seine Aufgabe bestand in der Hilfeleistung bei Sport- und Freizeitunfällen. Vor 1927 waren Vorstufen des Samariterdienstes als Sanitätskräfte im Rahmen des „Republikanischen Schutzbundes“, der bewaffneten Fraktion der sozialdemokratischen Partei, tätig¹⁴.

1932 wurde der Versuch gestartet einen eigenen zivilen Rettungsdienstes des „Arbeiter-Samariter-Bundes“, der bewusst aus dem Schutzbund herausgelöst werden sollte, zu gründen. Dieser konnte sich jedoch nicht etablieren.

Nach Beendigung der bürgerkriegsähnlichen Aufstände wurde 1934 die Sozialdemokratie und mit ihr alle Arbeiterorganisationen, so auch der Rettungsdienst des ASB, aufgelöst. Sein Vermögen und die Ausrüstung wurden beschlagnahmt¹⁵.

Nach Ende des 2. Weltkrieges wurde 1947, gestützt auf Geld- und Materialspenden des Schweizer ASB, in Wien der Arbeiter Samariter Bund Österreich (ASBÖ) neu gegründet. 1948 wurde das erste Rettungsfahrzeug in Dienst gestellt und die früheren Tätigkeiten im Bereich des Wintersport-Unfalldienstes und der Wasserrettung wieder aufgenommen. Im Rahmen des

¹¹ www.asb.de (Stand 1. April 2007)

¹² www.asb.de (Stand 1. April 2007)

¹³ www.asb.de (Stand 1. April 2007)

¹⁴ www.samariter.net/museum (Stand 1. April 2007)

¹⁵ www.samariter.net/museum (Stand 1. April 2007)

Einsatzes beim Donau-Hochwasser 1954 unterstützte dieser auch die Katastrophenhilfe¹⁶.

Heute zählt der ASB zu den expandierenden Rettungsorganisationen. Sowohl im Krankentransport, als auch im Rettungswesen werden von diesem immer mehr neue Märkte erschlossen.

4) Die Johanniter

Bereits 1099 schlossen sich Kreuzfahrer in Jerusalem einer Laienbruderschaft an, die sich dem barmherzigen Dienst an armen und kranken Pilgern verschrieb. Dieser wurde 1113 die päpstliche Anerkennung zuteil. Es dauerte bis 1180, bis sich der Hospitalsorden zu einem geistlichen Ritterorden entwickelte. Dieser der hospitalen Versorgung dienende Orden wurde 1952 in Deutschland als Johanniter-Unfall-Hilfe im Rahmen des Rettungswesens tätig¹⁷.

1974 nahm die Johanniter-Unfall-Hilfe Österreich (JUH) ihre Tätigkeit auf, zunächst mit einem aus Deutschland überlassenen Krankenwagen. Ab 1975 wurde die JUH in Kooperation mit dem Roten Kreuz Wien im Rettungswesen tätig, bevor sie sich 1985 durch die Gründung einer eigenen Zentrale selbstständig macht. Zudem ist die JUH nunmehr auch in anderen Bundesländern tätig¹⁸.

5) Der Malteser Hospitaldienst¹⁹

In Österreich wurde der Malteser Hospitaldienst Austria (MHDA) 1956 mit einer Einsatzstaffel, die sich für spontane Hilfsaktionen im Grenzgebiet zu Ungarn und für die Flüchtlingsbetreuung in Wien und im Burgenland während des Volksaufstandes aus Mitgliedern des Souveränen Malteser-Ritter-Ordens formierte, tätig.

1958 begann der Malteser Hospitaldienst am Rettungsdienst zunächst im Rahmen des Roten Kreuzes, ebenso wie die Johanniter-Unfall-Hilfe, in Wien mitzuwirken. 1967 bauten diese eigene Strukturen auf. Heute arbeitet der MHDA in den Bundesländern Wien, Steiermark, Tirol, Salzburg, Kärnten, Oberösterreich und Burgenland.

¹⁶ www.samariter.net/museum (Stand 1. April 2007)

¹⁷ www.johanniter.at (Stand 1. April 2007)

¹⁸ www.johanniter.at (Stand 1. April 2007)

¹⁹ www.malteser.at/about/geschichte.html (Stand 2. Juli 2008)

Abschnitt II - Verfassungs- und Verwaltungsrecht

I) Verfassungsrechtliche Verankerung des Rettungswesens

Das Rettungswesen ist aus der umfassenden Aufgabe eines Staates zur Wahrung der Gesundheits- und Krankenversorgung nicht wegzudenken. Österreich hatte bereits zu Zeiten Josefs I ein fortschrittliches Spitalswesen, der Ausspruch Josefs I „*in meinem Land hat jeder Bürger sein eigenes Spitalsbett*“ war richtungsweisend und Grundlage des Baus des Wiener Allgemeinen Krankenhauses. Durch diese „ein Patient – ein Bett“ Politik kam es zur Eindämmung der Übertragung von Krankheiten zwischen den Spitalsinsassen, die sich bis dahin oft zu dritt ein Spitalsbett teilten. Der Transport von Kranken in die Spitäler wurde zumeist von Freunden oder Angehörigen übernommen, ein „Rettungswesen“ wie es heute bekannt ist wurde erst nach den tragischen Erlebnissen des Ringtheaterbrandes 1811 errichtet. Heute ist es weltweit Standard, in Akutsituationen einen Rettungsdienst zu alarmieren.

Die Organisation eines solchen Rettungsdienstes kann unterschiedlichster Rechtsnatur sein. Dieser kann auf privatrechtlicher Ebene organisiert sein und seine Kompetenzen durch vertragliche Regelung erhalten, wie dies beispielsweise bei Betriebsrettungen der Fall ist. Ein Rettungsdienst kann durch Organe der öffentlichen Verwaltung übernommen werden und ihre Kompetenzen teils aus Verträgen und teils aus Gesetzen ableiten, wie beispielsweise die Wiener Rettung. Die Errichtung einer Rettung kann aber auch auf dem Rechtsverhältnis eines privaten Rechtsträgers mit der Staats- oder Landes- oder Gemeindeverwaltung basieren, wie beispielsweise im Fall der Beauftragung einer Rettungsorganisation durch eine Gemeinde.

Daraus ergibt sich die Frage, worauf sich Rechte und Pflichten von Rettungsorganisationen und Kontrollorganen im öffentlichen Rettungsdienst begründen und welche Verwaltungsorganisationen zur Einrichtung und Kontrolle verpflichtet bzw. ermächtigt sind.

In Lehrbüchern zum österreichischen Verfassungs- und Verwaltungsrecht finden sich zum Thema Rettungswesen höchstens kurze, eher vage gehaltene Anmerkungen. Dies verwundert, da das Rettungswesen im B-VG gleichrangig mit dem örtlichen Sicherheits- oder Feuerwehrwesen genannt wird. Diese werden im Rahmen der Darstellung der Aufgaben der Verwaltung ausführlich erörtert.

1) Kompetenzlage

Das B-VG teilt die Zuständigkeiten von Gesetzgebung und Vollziehung zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltungskörpern.

Für die Einrichtung eines funktionierenden Rettungswesens sind die Gemeinden zuständig. Das Rettungswesen ist gem. Art 118 Abs 3 Z 7 B-VG dem eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden überlassen. Die Gemeinden sind an Bundes- und Landesgesetze sowie an die entsprechenden Verordnungen gebunden, ansonsten sind sie in der Wahrnehmung ihres Wirkungsbereichs frei (Art 118 Abs 4 B-VG). Den Gemeinden bleibt es somit vorbehalten, wie sie diese ihnen übertragenen Aufgaben ausüben wollen. Ob ein Rettungswesen eingerichtet wird, ist hingegen der Entscheidung der Gemeinde weitgehend entzogen, diesbezüglich besteht eine Verpflichtung (siehe unten). Es steht der Gemeinde allerdings frei, sich einem bestehenden Rettungssystem anzuschließen oder ein eigenes zu unterhalten.

Der Bürgermeister, die Gemeindevorstände und allenfalls zur Umsetzung beauftragte Organe der Gemeinde sind gem. Art 118 Abs 5 B-VG für die Erfüllung dieser Aufgaben gegenüber dem Gemeinderat verantwortlich.

In Art. 115 Abs 2 B-VG wird bestimmt, dass, soweit nicht ausdrücklich die Zuständigkeit des Bundes festgesetzt ist, der Landesgesetzgeber Gesetzgebungsorgan der in den Wirkungsbereich der Gemeinde fallenden Aufgaben ist. Hinsichtlich des für das Rettungswesen maßgeblichen Art. 118 B-VG wird zudem festgelegt, dass sich die Zuständigkeit zur gesetzlichen Regelung nach den allgemeinen Vorschriften des B-VG bestimmt.

Die allgemeinen Vorschriften zu Art. 118 B-VG findet sich in Art 15 Abs 1 B-VG. In diesem wird die Kompetenz zur Gesetzgebung und Vollziehung den Ländern übertragen. Allerdings ist diese Kompetenz daran gebunden, dass sich der Bundesgesetzgeber keine eigene Gesetzgebungskompetenz vorbehält. In Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG behält sich der Bund die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz für das Gesundheitswesen vor. Von diesem Vorbehalt werden „*der Gemeindesanitätsdienst und das Rettungswesen*“ ausgenommen. Da in Verbindung mit dem Sanitätsdienst ausdrücklich auf den Gemeindesanitätsdienst verwiesen, hingegen das Rettungswesen in seiner Gesamtheit genannt wurde, ist auszuschließen, dass mit dieser Bestimmung die Kompetenzübertragung auf das Landes- oder Gemeinderettungswesen eingeschränkt sein sollte. Vielmehr wird das Rettungswesen den Ländern zur Gänze in ihre Gesetzgebungskompetenz übertragen. Ausgenommen davon ist nur

die Regelung der Ausbildung, welche gemäß dem Ausbildungsvorbehaltsgesetz²⁰ dem Bund vorbehalten ist.

Da die Gemeinden über keine eigene Gesetzgebungskompetenz verfügen, ist ihr Rechtshandeln auf den Verordnungs- oder Bescheidweg sowie auf privatwirtschaftliches Handeln beschränkt. Um auf ihre Aufgaben wahrnehmen zu können, müssen die notwendigen Gesetze vom Landesgesetzgeber erlassen werden.

Die Kontrolle über die Gemeinden ist vom Bund und den Ländern (Art 118 Abs 4 i.V.m. 119a B-VG) auszuüben. Dabei ist nicht nur zu überwachen ob die Gemeinde ihre Befugnisse überschreitet, sondern auch, ob sie ihrem gesetzlichen Auftrag ordnungsgemäß nachkommt.

Innerhalb der öffentlich-rechtlichen Kontrollmechanismen fällt das Rettungswesen in die Aufsichtskompetenz des Landes²¹. Welches Landesorgan zur Aufsicht berufen ist, ergibt sich aus den GemO (GemeindeG), zumeist wird die BH mandatsweise betraut. Als Mittel zur Durchsetzung eines säumigen oder rechtswidrigen Verwaltungshandelns ist bei unabdingbarer Notwendigkeit eine Ersatzvornahme der säumigen Handlungen der Gemeinde durch die Aufsichtsbehörde (zumeist nach bescheidförmiger Aufforderung und Terminsetzung zur Abänderung) gem. Art 119a Abs 7 B-VG auf Kosten der Gemeinde vorgesehen²². Als Ultima-Ratio-Lösung sieht Art 119a Abs 7 B-VG auch die Auflösung von Gemeindeorganen und Absetzung von Organwaltern vor²³. Vereinzelt können Organstrafen gegen die verantwortlichen Organe in der GemO vorgesehen sein²⁴.

Auch der Bund ist zur Kontrolle der Aufgabenwahrnehmung gegenüber den Ländern (Art 15 Abs 6 B-VG) und den Gemeinden (Art 118 Abs 4 i.V.m. Art 119a B-VG) verpflichtet. Er kann in Wahrnehmung dieser Aufgabe dem Landeshauptmann im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung Weisungen erteilen. Wird der Landeshauptmann oder dessen Stellvertreter trotz Weisung des Bundes nicht tätig, so kann er gem. Art 142 Abs 2 B-VG mittels staatsrechtlicher Anklage zur Verantwortung gezogen werden.

²⁰ BGBl 378/1996 – Ausbildungsvorbehaltsgesetz, § 1 Abs 1 Z 1 und 11

²¹ Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, RZ 393; Art 118 Abs 4 i.V.m. Art 119a B-VG

²² Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, RZ 398f

²³ Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, RZ 400

²⁴ Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, RZ 401

1.1) Kompetenzlage im überregionalen Rettungsdienst

Die Übertragung des Organisationsrechtes erfolgte durch das noch in Kraft stehende Reichssanitätsgesetz²⁵. Dem übertragenen Wirkungsbereich wird zwar heute durch Art 10 Abs 1 Z 12 und 118 Abs 3 Z 7 B-VG derogiert, aufgrund der Versteinerungstheorie ist diese Bestimmung jedoch weiterhin zur Interpretation des Übertragungsumfanges heranzuziehen.

Die Bereitstellung des Rettungsdienstes ist eine verfassungsrechtlich übertragene Aufgabe der Gemeinden²⁶. Unter Berücksichtigung des Wortlautes des Art. 118 Abs 3 Z 7 B-VG ist diese Übertragung jedoch beschränkt. So haben die Gemeinden in ihrem eigenen Wirkungsbereich die Besorgung der *„örtlichen Gesundheitspolizei, insbesondere auch auf dem Gebiet des Hilfs- und Rettungswesens ...“* wahrzunehmen. Zudem heißt es in Art 118 Abs 2 B-VG wörtlich, *„... umfasst ... alle Angelegenheiten, die im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse der in der Gemeinde verkörperten örtlichen Gemeinschaft gelegen und geeignet sind, durch die Gemeinschaft innerhalb ihrer örtlichen Grenzen besorgt zu werden.“* Diese Einschränkung widerspricht einer weitergehenden, über das Maß der Besorgung eines regional beschränkten Versorgungswesens hinausragenden, Kompetenzzuteilung. Damit erfolgte keine Überantwortung des gesamten Rettungswesens an die Gemeinden. Diese sollen vielmehr die „Nahversorgung“ gewährleisten. Es ist nicht Aufgabe der Gemeinden einen Rettungsdienst zu betreiben, der eine Gesamtversorgung des Landes - oder in besonderen Fällen des Bundes - gewährleistet. Auch haben Gemeinden nicht die Kapazitäten aufzubringen, um bei Gefahren oder Unglücksfällen Hilfe leisten zu können, die aufgrund Art und/oder Umfang nicht mehr der „örtlichen Gesundheitspolizei“ zuzurechnen sind.

Die Gemeinden haben daher nur einen Teil am Gesamtversorgungssystem zu erbringen, nämlich jenen, der verfassungsrechtlich unter der Wahrung des örtlichen Gesundheitswesens zu verstehen ist und der vom einstigen Begriff des Gemeindesanitaätswesens erfasst wird. Hier ist Mayer zu folgen, der richtig erkennt, dass die Aufgaben der Gemeinderettung nicht derart ausgedehnt werden dürften, dass die Gemeinden über ihr Maß an Hilfeleistungskapazität hinaus leistungs verpflichtet wären²⁷. Solche die Kapazitäten überschreitenden Maßnahmen umfassen nach Mayer unter anderem die jederzeit verfügbare ärztliche Hilfeleistung. Ihm folgend wäre zwar die Rettung i.S. eines

²⁵ RGBl. Nr. 68/1870, §§ 3 ff

²⁶ Mayer, Rdm 1994, 14, Kap. II.3. 5. Absatz

²⁷ Mayer, Rdm 1994, 14, Kap. II.3. 7. Absatz

Sanitätsrettungswesens zur örtlichen Versorgung einzurichten, ein Notarztwesen oder ein Ärztekundendienst würde jedoch diesen Rahmen sprengen.

Auch die Vorsorge für Großschadensereignisse oder Katastrophen, die med. Versorgung auf Veranstaltungen oder die Abwicklung von Industrieunfällen, beispielsweise bei Chemieunglücken, fällt nicht in die Aufgabe eines Gemeinderettungsdienstes. Zudem können noch Fälle wie Quarantäne- oder Infektionstransporte, die Hubschrauberrettung oder die Versorgung auf Autobahnen genannt werden. Auch hier wäre der Rahmen der Vorsorgepflicht der Gemeinde überspannt. Im Falle der Autobahnen besteht zudem keine territoriale Zuständigkeit. Aus den getroffenen Erwägungen sind, unter Berücksichtigung des Art 15 Abs 1 i.V.m. 10 Abs 1 Z 12 B-VG, die Länder verpflichtet, einen überregionalen Rettungsdienst einzurichten. Dieser hat für jene Fälle bereitzustehen, welche die Kapazitäten der Gemeinden übersteigen.

Im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz können die Länder diese Aufgaben nur bedingt an die Gemeinden übertragen. Dies wäre nur soweit zulässig, als die Gemeinde weiterhin der Wahrung des örtlichen Rettungswesens nachkommen kann und die Übernahme von zusätzlichen Aufgaben, aufgrund der Übertragung in die überschaubaren Strukturen einer Gemeinde, eine Vereinfachung der Verwaltung durch die lokale Steuerung darstellt. So ist durch das Land jedenfalls eine Finanzierung der Mehrleistung zu sichern und hat dieses für die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zu sorgen.

1.2) Aufgaben des Bundes im Rettungswesen

Die Gesetzgebungskompetenz zur Erlassung von Ausbildungsgesetzen hat aufgrund des Ausbildungsvorbehaltsgesetz²⁸ der Bund. Alle Regelungen, die sich auf die Ausübung und das Erlernen des Berufes auswirken, sind daher vom Bundesgesetzgeber zu beschließen. Auf geänderte Anforderungen, welche die Tätigkeit maßgeblich beeinflussen, hat der Bund mittels Gesetzesnovellen oder Verordnungen zu reagieren.

Im Lichte zunehmenden Terrors, erhöhter Seuchengefahren durch den modernen Flugverkehr sowie globaler Gefahren aus Industrie, Verkehr und Forschung, kann es notwendig werden, Schutzmaßnahmen vorzubereiten und ein System einzurichten, das eine Rettung bei solchen Gefahren ermöglicht. Dem einzelnen Rettungsbetrieb, den Gemeinden und den Ländern wird die Anschaffung spezieller Einsatzmittel zur Abwehr solcher Risiken zu teuer kommen oder eine Investition

²⁸ BGBl 378/1996 – Ausbildungsvorbehaltsgesetz, § 1 Abs 1 Z 1 und 11

ohne (ausreichende) Einsatzmöglichkeit darstellen. Hier wäre der Bund berufen eine zentrale, für alle Bundesländer verfügbare Einsatztruppe zu errichten. Rechtlich könnte dies unter den Vorbehalt des Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG subsumiert werden, da die Errichtung einer solcher Abwehreinrichtung keinen Rettungsdienst im Sinne des B-VG oder des Reichssanitätsgesetzes²⁹ darstellen würde. Sohin wären weder der übertragene Wirkungsbereich der Gemeinden noch die Gesetzgebungs- und Vollzugskompetenz der Bundesländer betroffen.

Überall dort, wo zwar ein Handlungsbedarf des Bundes vorliegt, es aufgrund ausreichender Kapazitäten jedoch keiner eigenen Bundeseinrichtung i.S. des vorherigen Absatzes bedarf, sind die Rettungsdienste der Gemeinden und Länder in Anspruch zu nehmen. Der Bund hat sich somit grundsätzlich, im Rahmen seiner mittelbaren Bundesverwaltung, dieser Organe zu bedienen. Ihm ist es verwehrt, über das Maß des im vorangegangenen Absatz näher Beschriebenen, einen eigenen Rettungsdienst einzurichten.

1.3) Aufgaben der Länder im Rettungswesen

In den Aufgabenbereich der Länder fallen die Gesetzgebung, die Kontrolle und Anerkennung von Rettungsorganisationen, die Bewilligung von Rettungsverträgen zwischen Gemeinden und Organisationen und die Bewältigung überregionaler Schadensereignisse sowie der überregionale Rettungsdienst³⁰. In Niederösterreich wurde die Pflicht zur Erhaltung eines Notarztendienstes mittels Gesetz in die Landeskompentenz³¹ übertragen, ansonsten leitet sich diese Pflicht aus der allgemeinen Kompetenzlage ab³². Kann durch eine Gemeinde kein Rettungsdienst errichtet werden, so kommt es zu einer Verpflichtung der Länder, für die Schaffung eines Rettungssystems Sorge zu tragen³³. Dies wäre insbesondere dann der Fall, wenn die finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten der Gemeinde erschöpft sind.

Ebenso ist das Land für den Katastrophenschutz zuständig³⁴. Die Länder haben zu diesem Zweck Landeskatastrophengesetze zu erlassen, in denen die Aufgaben und Kompetenzen verteilt und ein möglichst reibungsloser Ablauf der Schutzmaßnahmen und Vorkehrungen zur Beseitigung und Vorsorge bei

²⁹ RGBl. Nr. 68/1870, §§ 3 ff

³⁰ siehe Ausführungen zur Kompetenzlage im überregionalen Rettungsdienst; auch § 5 Bgld Rettungsgesetz; § 1a NÖ Rettungsdienstgesetz; § 7ff Tir Rettungsgesetz

³¹ § 1a Abs 2 Lit a NÖ Rettungsdienstgesetz;

³² siehe Ausführungen zur Kompetenzlage im überregionalen Rettungsdienst

³³ siehe Mayer, Rdm 1994, 14, Kap. II.3. 7. Absatz

³⁴ Art 15 B-VG

Katastrophen gewährleistet werden soll. Bei einer Katastrophe handelt es sich um „ein durch elementare, technische oder sonstige Vorgänge ausgelöstes Ereignis, durch das im großen Umfang Menschen gefährdet, verletzt oder getötet bzw. Sachen beschädigt oder vernichtet werden.“³⁵

Zur Abwendung von Katastrophen sind vor allem Katastrophenhilfsdienste und Feuerwehren berufen. Der Einsatz von Kräften des Bundesheeres ist explizit nur in Kärnten³⁶ gesetzlich verankert, eine Anforderung steht jedoch jedem Bundesland und jeder Gemeinde frei. Zusätzlich kommen Rettungsorganisationen zum Einsatz³⁷, gerade wenn es sich um die Abwehr von Gefahren für Leib und Leben handelt. Eine gesonderte gesetzliche Verpflichtung zur Hilfestellung im Katastrophenfall ist dabei nicht notwendig, da Länder und Gemeinden, wie später näher ausgeführt wird, die Rettungsdienste zur Wahrnehmung dieser Aufgabe im Rahmen der Beistandspflicht verpflichten können.

Zuständig zur Ausrufung einer Katastrophe, unabhängig davon, ob dies ein großes Unfallgeschehen mit hauptsächlich Rettungshandlungen oder ein elementares Ereignis darstellt, ist die Bezirksverwaltungsbehörde³⁸, die ebenfalls die Einsatzleitung übernimmt oder an ein von ihr ernanntes Organ abtritt³⁹. Das Land kann jedoch zur besseren Koordinierung eine eigene Einsatzleitung stellen, die jene der Bezirksverwaltungsbehörde ersetzt⁴⁰. Dies ist als Ermächtigung zur Kontrolle der von den Bezirksverwaltungsorganen gesetzten Abwehrmaßnahmen und der Wahrnehmung der Leitungsaufgaben anzusehen.

1.4) Aufgaben der Gemeinden im Rettungswesen

Zu den vorrangigen Aufgaben der Gemeinde zählen die Beauftragung oder Unterhaltung einer Rettungsorganisation und die Aufsicht über diese. Ebenso die Finanzierung und die Koordinierung mit anderen Einsatzmitteln und -kräften.

³⁵ § 2 Abs 1 Burgenländisches Katastrophenhilfegesetz

³⁶ § 7 Abs 2 Ktn Katastrophenhilfegesetz;

³⁷ § 7 Bgld Katastrophenhilfegesetz; § 10 Abs 1 NÖ Katastrophenhilfegesetz; § 5 Sbg Katastrophenhilfegesetz; § 7 Abs 3 Stmk Katastrophenschutzgesetz;

³⁸ § 18 Abs 1 Bgld Katastrophenhilfegesetz; § 3 Ktn Katastrophenhilfegesetz; § 16 Sbg Katastrophenhilfegesetz; § 4 Stmk Katastrophenschutzgesetz; § 7 Abs 1 Tir Katastrophenhilfsdienstgesetz; § 6 Wr Katastrophenhilfegesetz

³⁹ § 18 Abs 1 Bgld Katastrophenhilfegesetz; § 3 Ktn Katastrophenhilfegesetz; § 10 Abs 1 NÖ Katastrophenhilfegesetz; § 17 Sbg Katastrophenhilfegesetz; § 2 Abs 2 iVm § 5 Abs 1 Stmk Katastrophenschutzgesetz; § 3 Abs 1 iVm § 11ff Tir Katastrophenhilfsdienstgesetz; § 11 Vgb Katastrophenhilfegesetz; § 7 Wr Katastrophenhilfegesetz

⁴⁰ § 21 Bgld Katastrophenhilfegesetz; § 3 Abs 3 Ktn Katastrophenhilfegesetz; § 10 Abs 1 NÖ Katastrophenhilfegesetz; § 18 Sbg Katastrophenhilfegesetz; § 2 Abs 3 iVm § 5 Abs 1 Stmk Katastrophenschutzgesetz; § 15ff Tir Katastrophenhilfsdienstgesetz; § 28 Vgb Katastrophenhilfegesetz;

2) Grundrechtliche Aspekte

Das Recht auf ein funktionierendes Rettungswesen ist als Teil der Gesundheitsfürsorgepflicht bundesverfassungsrechtlich abgesichert und stellt als Teil der körperlichen Integrität und des Rechts auf Leben ein Grundrecht dar.

Erforscht man die Rechtsquellen der Grundrechte, so sind für den Bereich des Rettungswesens der Grundrechtskatalog des Jahres 1867⁴¹, das BVG über den Schutz der persönlichen Freiheit des Jahres 1988⁴², sowie die Europäische Menschenrechtskonvention von maßgeblicher Bedeutung. Während in den beiden erstgenannten Gesetzesmaterien kaum Anhaltspunkte für eine Schutzpflicht des Staates gegenüber seinen Bürgern durch Errichtung eines Rettungswesens zu finden sind, bietet die EMRK in Verbindung mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte die Basis für einen solchen Anspruch. Die Europäische Menschenrechtskonvention ist gemäß BVG BGBl. Nr. 59/1964 mit Verfassungsrang ausgestattet.

Grundlage einer Schutzpflicht des Staates bietet Art 2 EMRK – Recht auf Leben. Aus dem Wortlaut dieser Bestimmung ist nur der Schutz des Einzelnen gegenüber der Willkür des Staates zu erkennen, da dieser alles zu unterlassen hat, was das Leben eines Menschen beenden oder verkürzen könnte. Art 2 EMRK wurde jedoch durch die Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte mehrfach und umfangreich erweitert. Der EGMR hat in seiner ständigen Judikatur⁴³ festgehalten, dass dem Schutz des menschlichen Lebens durch den Staat nicht alleine damit genüge getan ist, dass dieser alles unterlässt, in das Leben oder die Gesundheit seiner Staatsangehörigen einzugreifen. Vielmehr muss der Staat aktiv dafür Sorge tragen, dass alle Menschen, die sich auf seinem Staatsgebiet befinden (also Staatsbürger und Fremde)⁴⁴, Zugang zu medizinischen Einrichtungen haben, ein funktionierendes Rettungswesen eingerichtet ist und dass die Funktionalität dieser Einrichtungen überwacht⁴⁵ wird.

Der grundrechtlichen Pflicht zur Versorgung durch ein Rettungswesen ist nicht alleine durch die Schaffung einer solchen Einrichtung genüge getan. Der Staat hat vielmehr sicherzustellen, dass insbesondere Quantität, Qualität und Kontinuität gewährleistet sind. So ist dafür Sorge zu tragen, dass durch geeignete

⁴¹ Grundrechtskatalog 1867

⁴² BVG über den Schutz der persönlichen Freiheit

⁴³ EGMR, Torquil Dick ERIKSON against Italy; Nelina SIEMIŃSKA against Poland; SKRASKOWSKI against Poland; A.H. against the United Kingdom; David and Carol GLASS against the United Kingdom

⁴⁴ vgl. ua. EGMR, David and Carol GLASS against the United Kingdom und A.H. against the United Kingdom

⁴⁵ EGMR, Torquil Dick ERIKSON against Italy, The Law - Abs 10f; Nelina SIEMIŃSKA against Poland, The Law - Abs 3; SKRASKOWSKI against Poland, The Law - Pkt a und b

Entsendungsroutinen ein geeignetes Rettungsmittel⁴⁶ zum Einsatz gelangt und unter Einhaltung der medizinisch notwendigen Einsatzzeiten⁴⁷ den Hilfesuchenden erreicht. Die Verpflichtung des Staates zur Sicherung des Lebens gem Art 2 EMRK geht soweit, dass dieser weiters geeignete Maßnahmen setzen muss um prompte (medizinische) Versorgung⁴⁸, gemeint ist eine ausreichende Erste Hilfe, zu garantieren. Im Sinne der zugrunde liegenden Judikatur (A.H. against the United Kingdom) ist eine bloß allgemeine gesetzliche Verpflichtung, wie beispielsweise in unserem Strafrecht durch § 94 StGB (Imstichlassen eines Verletzten) und § 95 StGB (Unterlassung der Hilfeleistung), als ein zu gelindes Mittel anzusehen. Vom Staat müssen weitergehende Maßnahmen gesetzt werden, um beispielsweise an Arbeitsstätten oder an öffentlichen Plätzen und Einrichtungen die Erbringung von Erste Hilfe Maßnahmen zu gewährleisten.

Der Staat hat eine Erstversorgung am Unglücksort soweit als möglich zu gewährleisten und daher die Möglichkeit einer raschen und effizienten Versorgung durch einen Rettungsdienst zu schaffen. Seine rechtlichen Vorgaben müssen von ihm überwacht werden und er hat geeignete Rechtsmittel zur Verfügung zu stellen, damit der Einzelne seine Rechte durchsetzen kann⁴⁹. Alle Vorkehrungen sind dabei unter Rücksichtnahme auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu setzen⁵⁰.

Weitere relevante Artikel der EMRK, die sich auf den Bereich des Rettungswesens auswirken können, sind die Art 5 (Recht auf Freiheit und Sicherheit) und Art 8 (Gebot der Achtung der Privatsphäre), sowie eventuell Art 9 (Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit).

Da jede Rechtsnorm nur soweit anwendbar ist, als damit der Schutz eines höheren Rechtsgutes nicht beeinträchtigt wird, sind Art 5, 8 und 9 EMRK in vielen Fällen nachrangig und somit für das Rettungswesen und die Akutversorgung von geringer Bedeutung. Zwar stellen Freiheit und Sicherheit, Privatsphäre, Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit maßgebliche Rechtsgüter dar, jedoch ist der Schutz des Lebens, schon aufgrund von oftmals nicht wiedergutzumachenden Schäden, als höherwertiges Rechtsgut einzustufen. Aus diesem Grund wird eine Beschneidung der Rechte gem. Art 5, 8 und 9 EMRK im

⁴⁶ EGMR, Nelina SIEMIŃSKA against Poland, The Law – Abs 6

⁴⁷ EGMR, A.H. against the United Kingdom, The Law - Pkt 1 Abs 5

⁴⁸ EGMR, A.H. against the United Kingdom, The Law - Pkt 1 Abs 5

⁴⁹ EGMR, A.H. against the United Kingdom, The Law - Pkt 2; David and Carol GLASS against the United Kingdom

⁵⁰ EGMR, David and Carol GLASS against the United Kingdom

Einzelfall oftmals gerechtfertigt sein. Der Staat ist jedoch angehalten, bei der Ausgestaltung des Rettungswesens auf vorhersehbare und spezifische Probleme Rücksicht zu nehmen. Für den Rahmen dieser Arbeit sind Art 5, 8 und 9 EMRK nur von nachrangiger Bedeutung, da ihre Anwendbarkeit im Einzelfall auszulegen und in Verhältnis zu Art 2 EMRK zu setzen wären.

3) Rettungswesen als völkerrechtliche Verpflichtung

Über das nationale Recht hinaus gelten völkerrechtliche Verpflichtungen. Diese fordern die Errichtung eines funktionierenden Rettungs- und Gesundheitswesens. Hierzu sind allen voran die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), die von den Vereinten Nationen erarbeitete Allgemeine Erklärung der Menschenrechte sowie die vom Europarat beschlossene Europäische Sozialcharta zu nennen. Völkerrechtlich durchsetzbar durch den Betroffenen selbst ist jedoch einzig die EMRK. Diese steht innerhalb des österreichischen Rechtssystems im Verfassungsrang.

Daneben existieren weitere, zwischenstaatliche Verträge, die eine Absicherung der Staatsbürger der Unterzeichnerstaaten zum Ziel haben. Hier können beispielsweise die Abkommen über grenzüberschreitende Rettungsflüge oder über den grenzüberschreitenden Katastrophenschutz genannt werden.

Auch generelle völkerrechtliche Verpflichtungen sind heranzuziehen, will man eine völkerrechtliche Pflicht des Staates zur Erhaltung eines Rettungswesens herleiten. Hier ist auf die allgemeinen Rechtsgrundsätze hinzuweisen, die innerhalb entwickelter Staaten ein bestehendes und ausreichendes Rettungswesen beinhalten.

3.1) Europäische Menschenrechts Konvention

Die Europäische Menschenrechts Konvention (EMRK) ist sowohl Bestandteil des österreichischen Verfassungsrechts als auch ein völkerrechtlicher Vertrag und als solcher nicht nur innerhalb der österreichischen Grenzen anwendbar. Die Ausführungen der Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte zur Auslegung des Art 2 EMRK können auf alle hohen Vertragsstaaten⁵¹ der Konvention angewendet und in diesen aufgrund der Zuständigkeit des EGMR auch durchgesetzt werden.

⁵¹ Albanien, Andorra, Armenien, Aserbaidshan, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Georgien, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Moldawien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russische Föderation, San Marino, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ukraine, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern (Serbien und Montenegro haben unterzeichnet aber noch nicht ratifiziert)

Aus der EMRK lassen sich neben allgemeinen auch individuelle Menschenrechte ableiten. So erschließen sich aus Art 2 EMRK insbesondere Rechte des Bürgers, die eine Verpflichtung des Staates zur Errichtung eines funktionierenden Rettungswesens mitbegründen und eine Haftung für Schäden, die durch Vernachlässigung dieser Pflichten entstehen, auslösen.

a) Das Recht auf Leben

Jeder Mensch hat ein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, dies hat der Gesetzgeber durch geeignete Maßnahmen zu garantieren. Zwar gibt es keine nationale Rechtsnorm, die den Gesetzgeber zur Erlassung entsprechender Gesetze zwingt. Ein Schaden, der aufgrund eines Unterbleibens notwendiger Regelungen eingetreten ist, kann gegen den Staat durchgesetzt werden. Die EMRK in Verbindung mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) gesteht dem Einzelnen das subjektive Recht zu, dass von Seiten des Staates alles unternommen werden muss um die Rechtsgüter Leben und Gesundheit zu schützen.

Der EGMR erklärte wiederholt, dass der Schutz des Lebens eine ureigene Aufgabe des Staates sei und dieser zu gewährleisten habe, dass sich der Einzelne auf ein funktionierendes Krankenversorgungssystem, intra- und extramural, verlassen kann⁵². Der Gesetzgeber verpflichtet daher Ärzte⁵³, Krankenpflegepersonal⁵⁴ sowie Sanitäter⁵⁵, aber auch andere Gesundheitsberufe, zur Hilfeleistung auch außerhalb ihres eigentlichen Tätigkeitsbereiches. Zudem wurden Privatpersonen gesetzlich verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen um das Leben und die körperliche Integrität anderer zu schützen⁵⁶. Österreich verpflichtete sich sogar verfassungsrechtlich für ein funktionierendes Rettungs-, Spitals- und Ärzteswesen⁵⁷ Sorge zu tragen. Dies wird durch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten abgerundet, der seine Zustimmung zu jeder an ihm vorzunehmenden Behandlungen geben muss und eine solche ohne Konsequenzen auch ablehnen oder seine Zustimmung jederzeit zurückziehen darf⁵⁸.

⁵² Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, *Nelina SIEMIŃSKA v. Poland, Kaya v. Turkey, Ergi v. Turkey, Yasa v. Turkey, Erikson v. Italy*

⁵³ §§ 48, 57 ÄrzteG

⁵⁴ § 4 GuKG

⁵⁵ §§ 4, 8ff SanG

⁵⁶ Lewisch, Strafrecht BT I, zu §§ 94, 95

⁵⁷ Art 10 Abs 1 Z 10, Art 118 Abs 3 Z 7 B-VG

⁵⁸ Schmoller, Kap. V/A/1

Das Recht des Patienten, nach eigenem Ermessen auch eine lebenserhaltende Maßnahme abzulehnen, ist auch im Rettungswesen unter Einhaltung der innerstaatlichen Vorgaben zu wahren. Ebenso das Recht auf Erhalt des Lebens. Im Spannungsfeld aus eventuell eingetrübter Entscheidungsfreiheit des Patienten und Respekt vor dem Leben und Ableben arbeiten die Rettungsdienste. Vereinsinterne Zwänge und Anweisungen, auch bei Aussichtslosigkeit oder unter Gesamtbetrachtung des Zustandes eines Patienten als nicht sinnvoll erscheinende lebenserhaltende Maßnahmen um jeden Preis zu setzen, stehen nicht im Einklang mit dem Schutz auf Erhalt des Lebens.

b) Das Recht auf körperliche Integrität

Gemäß den Erkenntnissen des EGMR ist der Schutz des Lebens auch so zu verstehen, dass damit die körperliche Integrität des Einzelnen erhalten bleiben soll. So hat der Staat durch eine entsprechende Regelung dafür Sorge zu tragen, dass ein Eingriff in die Unversehrtheit des menschlichen Körpers einerseits unter Strafe gestellt, andererseits eine medizinisch-pflegerische Behandlung damit nicht unterbunden wird.

Eine Verletzung am Körper eines Menschen ist unter Strafe gestellt und somit wurde auch ein Schutz des Einzelnen vor rechtswidrigem und fahrlässigem Verhalten von Angehörigen der Gesundheitsberufe geschaffen. Das Recht auf körperliche Integrität wurde jedoch gesetzlich auf ein nützliches Maß reduziert. So sind Körperverletzungen sanktionsfrei gestellt, die nach Zustimmung des Patienten und trotz Beachtung aller Regeln der medizinischen Kunst eintreten. Dies gilt auch dann, wenn die Einholung einer Einwilligung aufgrund der Dringlichkeit nicht möglich und kein widersprechender Patientenwille erkennbar ist. Diese Maßnahmen müssen jedoch dem Erhalt des Lebens oder der Gesundheit dienen und nach den Regeln der Heilkunst durchgeführt werden.

Zudem findet das Recht auf körperliche Integrität eine Einschränkung soweit es sich um die Erbringung einer Erfolgsschuld handelt. Hinlänglich bekannt ist, dass Menschen auf Behandlungen unterschiedlich reagieren und sich Krankheitsverläufe schicksalhaft entwickeln können. So kann im Bereich der medizinischen Wissenschaften kein Erfolg garantiert, sondern nur mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit prognostiziert werden. Nicht eingetretene Erfolge sind solange ohne rechtliche Konsequenz, solange die angewendete Therapie dem Stand der Wissenschaft entsprochen und dem Krankheitsverlauf und dem Zustand des Patienten angepasst waren.

Auch Heilbehandlungen, die nicht dem Stand der Wissenschaft entsprechen, sind nicht unbedingt haftungsbegründend. Je nach Krankheitsverlauf ist ein Abweichen von einer „Standardtherapie“ sogar gefordert. Aufgrund eines individuellen Therapieverlaufs ist es notwendig, Behandlungen der körperlichen Situation anzupassen. Derartige Modifizierungen widersprechen nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft. Doch haben sich auch solche Therapien an den der medizinischen Wissenschaft zugrunde liegenden Erkenntnisse zu orientieren.

Gerade im Rettungswesen sind Therapiemöglichkeiten eingeschränkt. Weder Zeit noch Ausstattung lassen eine umfassende Untersuchung, Diagnose oder Heilbehandlung zu. Umso mehr wird mit einfachen und effizienten Methoden der Erhalt der körperlichen Integrität weitestgehend gewährleistet werden müssen. Dies ist jedoch auf den Umfang eines Rettungseinsatzes zu reduzieren. Hier geht es vorrangig um den Zeitfaktor, da eine Rettungstherapie zumeist auf wenige Minuten ausgerichtet ist. Die Integrität muss daher nicht unbedingt bereits durch das Einschreiten der Rettung gesichert sein, vielmehr hat sie die Zeit bis zur hospitalen Endversorgung bestmöglich zu überbrücken und so ihren Teil an der Erhaltung der Gesundheit beizutragen.

c) Das Recht zu sterben

Eine relativ junge Rechtsquelle, die auf innerstaatlicher Ebene das Thema „Würde und Krankheit“ regelt, ist die Patientencharta. Dabei handelt es sich um eine Bund-Länder Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG (einen „15a Vertrag“), in der Grundaufgaben der medizinischen Versorgung näher beschrieben werden und die darauf abzielt, Patienteninteressen besser zu wahren und rechtlich festzulegen. Auch zum Thema Sterben wurde Stellung bezogen. So sind Krankenanstalten so zu führen und auszugestalten, dass einem unheilbaren und terminalen Patienten ein würdiges und so weit als möglich schmerzfreies Sterben ermöglicht wird. Der Patient muss Kontakt zu seiner Familie aufnehmen können und darf Personen von einer Kontaktaufnahme ausschließen.

Stellt man den Schutz des Art. 2 EMRK (Recht auf Leben) der Patientencharta gegenüber, ist zu hinterfragen, wie weit der Schutz der EMRK eingeschränkt werden darf. Aus Sicht des Therapeuten stellt sich insbesondere die Frage, ob der Erhalt des Lebens in Fällen, in denen dies nur für eine verhältnismäßig kurze Zeitspanne möglich und mit einem hohen Maß an Leiden oder Siechtum verbunden ist, medizinisch gerechtfertigt werden kann.

Ein Abbruch oder das Unterlassen einer Reanimation erfolgt in der Praxis aufgrund der Wahrscheinlichkeit eines Therapieversagens oder eines unbefriedigenden Ergebnisses, somit auch dann, wenn eine Lebenserhaltung zwar erfolgreich sein kann, das darauf folgende Leben jedoch nur unter erheblichen Einschränkungen möglich ist. Diese Abwägung steht im Einvernehmen mit der Berufsauffassung medizinischer Berufe. Will der Gesetzgeber oder die Gesellschaft jedes Leben bis an die Grenzen des medizinisch-technisch Möglichen erhalten, so müssten die Aufgaben der medizinischen Berufe neu definiert werden. Aus der Formulierung der Patientencharta ist erkennbar, dass dem Gesetzgeber ein solches Interesse nicht unterstellt werden kann. Hingegen anerkennt dieser das Recht auf einen würdevollen Tod im Kreise der Angehörigen und unter Vermeidung von Schmerzen und Siechtum. Schmerzen und Siechtum sind sogar unter der Voraussetzung zu unterbinden, dass mit dieser Therapie eine Lebensverkürzung verbunden ist. Der Gesetzgeber spricht sich somit gegen eine Lebensverlängerung unter Ausnutzung aller Mittel und unter nachrangiger Betrachtung des Gesamtzustandes und der Zukunftsprognose aus. Eine Heilbehandlung hat nur dann und soweit zu erfolgen, als dies im Hinblick auf die zu erwartende Gesundheitssituation sinnvoll erscheint.

Zur Problematik eines würdevollen Sterbens argumentiert der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in seiner Auslegung des Art. 2 EMRK, dass hier eine naturwissenschaftliche Grenze dieser Bestimmung vorliegt. Zwar hat der EGMR ausdrücklich den Schutz des Lebens vor eine einseitige medizinische Entscheidung gestellt. So soll das Schicksal eines Patienten nicht der möglicherweise falschen Entscheidung eines einzelnen Arztes überlassen bleiben, sondern sind bei wichtigen Entscheidungen auch Kollegen zu konsultieren. Zugleich vertritt der Gerichtshof jedoch die Auffassung, dass die Entscheidung über die Art der Therapie, einen möglichen Abbruch derselben oder die Durchführung von „nur“ noch sterbebegleitenden Maßnahmen dem Patienten selbst und für den Fall, dass dieser nicht mehr entscheidungsfähig ist, der Ärzteschaft (unter Aufsicht des Staates) überlassen bleiben muss⁵⁹.

So argumentiert der EGMR zu Recht, dass bei der Entscheidung über Durchführung oder Abbruch einer Behandlung jedenfalls die technischen und medizinischen Möglichkeiten einer Versorgung im Sinne des Patientenwohls abzuwägen sind. Eine dauerhafte Definition, wann und wie Leben zu erhalten oder

⁵⁹ Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, David and Carol GLASS vs. the United Kingdom

stattdessen ein würdiges Sterben zu ermöglichen ist, will und kann dieser jedoch nicht treffen.

Ein würdiges Sterben ist im Rettungswesen nur schwer zu verwirklichen, hier sind Zeit und medizinisch-technische Möglichkeiten begrenzt. Zudem liegen dem Rettungsteam nur beschränkt Daten vor, so dass eine genaue Diagnose und eine fundierte Entscheidungsfindung problematisch erscheinen. Es ist daher schwierig jene Grenze zu finden, die dem Recht des Patienten auf ein würdiges Ableben und der notwendigen Sorgfalt bei der Lebenserhaltung gerecht wird. Das Rettungsteam wird sich daher in weiten Bereichen auf seine Erfahrung verlassen müssen. Dies wird im Falle eines Rechtsstreites auch entsprechend zu würdigen sein.

Fälle, in denen Patienten im terminalen Stadium aus Pflegeheimen in ein Spital transferiert werden, weil ein Sterben im Heim „unerwünscht“ ist, sollten mittlerweile der Vergangenheit angehören. Diese Vorgehensweise widerspricht der Intention der Patientencharta und der Auffassung des EGMR. Bei sterbenden Patienten kann von den Rettungsdiensten zwar alles unternommen werden, um das schmerzfreie Ableben zu ermöglichen, solche Maßnahmen wären jedoch primär vom Pflegeheim zu setzen. Abgesehen von akuten sterbebegleitenden Maßnahmen wird daher die Verständigung des Anstaltsarztes und eventuell die Überbrückung bis zu dessen Eintreffen die Aufgabe des Rettungsdienstes darstellen. Eine Behandlung oder Verbringung des ablebenden Patienten ist hingegen weder Aufgabe eines Notfalldienstes noch sollte eine solche aus Rücksicht auf die Würde des Patienten vorgenommen werden.

3.2) Exkurs: Bedeutung des Völkerrechts⁶⁰

Das Individuum wurde im Völkerrecht ursprünglich nicht als solches berücksichtigt, vielmehr diente dieses Rechtsgebiet dazu, zwischenstaatliche Verhaltensnormen zu schaffen. Doch schon dieses den Staaten vorbehaltene Recht beinhaltet Grundlagen des Individualschutzes. So konnten Staaten, bei grober Missachtung der Rechte seiner Staatsangehörigen auf fremdem Hoheitsgebiet, den unrechtmäßig handelnden Staat vor den völkerrechtlichen Gerichten klagen. Daraus entwickelte sich nach und nach das Recht des einzelnen Staatsbürgers, seine aus dem Völkerrecht erwachsenden Individualrechte persönlich einzufordern und gegenüber seinem Staat geltend zu machen.

⁶⁰ Neuhold, Hummer, Schreuer, Handbuch des Völkerrechts, RZ 15ff,

Österreich verankerte das Völkerrecht als Teil der österreichischen Rechtsordnung in seiner Bundesverfassung, indem gem. Art 9 Abs 1 B-VG alle allgemein anerkannten Regeln des Völkerrechts als in das Bundesrecht übernommen gelten. Daher sind völkerrechtliche „Rechtssätze“ Bestandteil des österreichischen Rechts. Art 9 Abs 1 B-VG wird derart ausgelegt, dass es zu einer dynamischen Inkorporation des Völkerrechts kommt. Das bedeutet, dass die Einbindung immer in der gegenwärtigen „Fassung“ erfolgt. Im Stufenbau der österreichischen Rechtsordnung werden, seit einer Entscheidung des VfGH⁶¹, diese Inkorporationen im Rang von einfachen Bundesgesetzen verstanden.

Die Implementierung von völkerrechtlichen Verträgen in das österreichische Rechtssystem richtet sich nach der in den Art 16, 50, 65 und 66 B-VG geregelten Vertragsabschlusskompetenz. Solche Staatsverträge erfahren zumeist durch Kundmachung im BGBl eine generelle Transformation, sie können aber auch nach Beschluss des Nationalrates gemäß Art 50 Abs 2 B-VG oder durch Anordnung des Bundespräsidenten gemäß Art 66 Abs 2 B-VG als Gesetz oder Verordnung umgesetzt werden und sind auf diese Weise einer speziellen Transformation unterzogen.

Damit bestimmt sich aus der Art der Transformation, in welchem Rang ein Staatsvertrag innerhalb des Stufenbaus einzuordnen ist. Ist der Vertrag gem. Art 50 Abs 1 B-VG vom Nationalrat genehmigt worden, so besitzt er den Rang eines Bundesgesetzes (im Falle der Vertragsschließung durch die Bundesländer ist Art 16 B-VG maßgeblich). Wird zusätzlich noch Art 44 B-VG eingehalten, so stehen die Verträge im Verfassungsrang. In beiden Fällen muss jedoch im BGBl angegeben werden, dass diese Verträge gesetzesändernd/-ergänzend oder verfassungsändernd sind.

National ist die Durchsetzung von Rechten einfach. Unter Zuhilfenahme von Behörden oder im zivilgerichtlichen Verfahren können subjektive Rechte geltend gemacht werden. Die Durchsetzung ist effizient, da nicht nur entsprechende Institutionen geschaffen wurden, sondern auch ein Apparat der Rechtsdurchsetzung, der ein Vorgehen gegen den Staat und seine Organe ermöglicht. Im Völkerrecht ist dies weitaus komplizierter. Österreich hat sich, wie auch andere Staaten, verpflichtet die Sprüche bestimmter internationaler Gerichtshöfe anzuerkennen. Die Durchsetzung ist jedoch dann problematisch, wenn sich ein Staat weigert, einem Urteil folge zu leisten.

⁶¹ VfGH vom 26. Juni 1954

Staaten und Staatengemeinschaften können gegen einen rechtsbrüchigen Staat zwar Sanktionen verhängen, als Beispiel seien hier der Abbruch der diplomatischen Beziehungen, politische und wirtschaftliche Isolation oder als Ultima-Ratio-Lösung die Kriegserklärung genannt. Es muss aber bedacht werden, dass all diese Sanktionen das Weltwirtschafts- und Weltfriedensgefüge nachhaltig stören und überdies zu Lasten jenes Staates gehen können, der in der rechtlichen Auseinandersetzung eigentlich der rechtskonform Handelnde ist. Überdies sind die rechtskonform handelnden Staaten oftmals weder wirtschaftlich, noch politisch, noch militärisch in der Lage, sich durchsetzen zu können.

Resümierend kann festgestellt werden, dass in einem funktionierenden Staatensystem, wie es in weiten Teilen dieser Welt existiert und in dem die Staaten an der Erhaltung des Friedens und der Stabilität in der Region interessiert sind, das Völkerrecht als Ruhe- und Stabilisationsfaktor unentbehrlich ist. Im Rahmen der Weiterentwicklung von Völkern unterentwickelter Nationen ist das Völkerrecht das Mittel der Wahl und kann, auch wenn es umstritten ist, als Garant für einen (weitgehenden) Weltfrieden angesehen werden.

Dieses Friedensmittel überträgt dem Einzelstaat auch die Aufgabe, für seine und für die Staatsbürger der Vertragsstaaten die persönliche Sicherheit zu gewährleisten, zu der auch die Versorgung im Krankheitsfall zählt und die ohne ein Rettungswesen nicht zu halten ist. Sihin haben sowohl die Bürger als auch die Vertragspartnerstaaten ein Anrecht darauf, die Aufrechterhaltung eines Rettungssystems einzufordern.

3.3) Europäische Sozialcharta

Die Europäische Sozialcharta vom 18.10.1961 wurde 1969 in Österreich gesetzlich verankert. Das Abkommen beinhaltet einen materiellen Grundrechtgehalt, ist jedoch von Österreich mit einem Erfüllungsvorbehalt abgeschlossen worden und steht überdies nicht im Verfassungsrang⁶². Dennoch zählt sie Öhlinger zu den „sozialen Grundrechten“ obwohl die verankerten Rechte keine Möglichkeit zur Rechtsdurchsetzung bieten, da sie nur unzureichend formuliert wurden. Da sie jedoch auf völkerrechtlicher Ebene geschlossen wurden, finden diese dennoch Anwendung⁶³. So verpflichtet sich ein Staat durch diesen Staatsvertrag, im Rahmen seiner Möglichkeiten, die darin enthaltenen Ziele

⁶² Öhlinger, Verfassungsrecht, RZ 682

⁶³ Öhlinger, Verfassungsrecht, RZ 701

umzusetzen. Kombiniert mit dem Gleichheitsgrundsatz kann ein, wenn auch nur geringer, individueller Schutz der Staatsbürger abgeleitet werden.

3.4) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

Diese Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (UNMRK) wurde von den Vereinten Nationen als Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948 in New York beschlossen. Ziel war und ist es, einen Mindeststandard zu schaffen, nach dem alle Menschen gleich behandelt und vor Ausbeutung, Unterdrückung und Sklaverei geschützt werden sollen. Ein Zuwiderhandeln gegen die Erklärung wird von der UN als Akt der Barbarei bezeichnet. Die UNMRK sieht im Verhältnis zur EMRK einen wesentlich geringeren Rechtsschutz vor. Überdies enthält sie keine umfassenden Schutzbestimmungen in Bezug auf das Rettungswesen, daher werden hier nur jene Artikel angeführt, die eine völkerrechtliche Verpflichtung zur Sicherung der Gesundheit und der körperlichen Integrität des Einzelnen garantieren sollen.

Artikel 3: *„Jeder hat das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person.“*

Artikel 18: *„Jeder hat das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit; dieses Recht schließt die Freiheit ein, seine Religion oder seine Weltanschauung zu wechseln, sowie die Freiheit, seine Religion oder seine Weltanschauung allein oder in Gemeinschaft mit anderen, öffentlich oder privat durch Lehre, Ausübung, Gottesdienst und Kulthandlungen zu bekennen.“*

Artikel 22: *„Jeder hat als Mitglied der Gesellschaft das Recht auf soziale Sicherheit und Anspruch darauf, durch innerstaatliche Maßnahmen und internationale Zusammenarbeit, sowie unter Berücksichtigung der Organisation und der Mittel jedes Staates in den Genuss der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zu gelangen, die für seine Würde und die freie Entwicklung seiner Persönlichkeit unentbehrlich sind.“*

Artikel 25 Abs 1: *„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“*

II) Rechtliche Einordnung der Tätigkeit von Rettungsorganisationen

Trotz einer hohen Beteiligung der Bevölkerung am Rettungswesen (dieses ist neben den Freiwilligen Feuerwehren eine jener Strukturen, in denen sich Menschen häufig freiwillig und unentgeltlich für andere engagieren) gibt es kaum wissenschaftliche Literatur über die rechtliche Einordnung. Gerade die Abklärung dieser Frage ist Voraussetzung für die Klärung von Haftung, Rechten und Pflichten.

Verfassungsrechtlich wurde die Sicherung eines örtlichen Rettungswesens den Gemeinden übertragen. Diese haben ein solches zu administrieren und am eigenen Bedarf auszurichten. Zudem trifft die Länder die Verpflichtung zur Errichtung und zum Erhalt eines überörtlichen Rettungswesens.

Um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden stehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten der Einrichtung zur Verfügung. Die Gemeinde (das Land) kann einen eigenen Rettungsdienst errichten, der direkt in dessen Vollzugsgewalt steht. Sie kann aber auch mittels Vertrag eine (anerkannte) Rettungsorganisation mit der Durchführung dieser Aufgabe betrauen. Dabei ist in allen Landesrettungsgesetzen vorgesehen, dass jene Organisation, der sich die Gemeinde bedient, vom Land anerkannt sein muss.

Die Landesrettungsgesetze regeln, wann eine Rettungsorganisation anerkannt werden kann⁶⁴ und legen oft die Anerkennung bestimmter Organisationen von Rechtswegen⁶⁵ fest. Je nach Bundesland wird in diesen die Einrichtung eines eigenen Rettungsdienstes⁶⁶ (durch Formulierungen wie „... können Verträge mit Organisationen abgeschlossen werden“) oder die Beauftragung einer anerkannten Organisation⁶⁷ (durch Formulierungen wie „Zur Wahrnehmung der Aufgaben sind Verträge mit einer anerkannten Organisation abzuschließen“) bevorzugt⁶⁸ bzw. bestimmt.

Unterschiedlich wird in den Landesrettungsgesetzen geregelt, ob es sich bei der Beauftragung eines privaten Rettungsdienstes um einen rein zivilrechtlichen⁶⁹ oder einen

⁶⁴ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 1; K-RFG § 5; Oö. Rettungsgesetz § 4; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 1; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz § 2; § 6 WRKG

⁶⁵ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 6; K-RFG § 5 Abs 8 und 12; Oö. Rettungsgesetz § 4 Abs 4; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 4; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 5; Tiroler Rettungsgesetz §§ 3 Abs 4, 8 Abs 6 (keine Erklärung der Anerkennung aber einer generellen Eignung als Rettungsorganisation); Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 2, § 34 WRKG

⁶⁶ NÖ Rettungsdienstgesetz § 1 Abs 3; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 1 Abs 2; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz § 1 Abs 1

⁶⁷ K-RFG § 1; Oö. Rettungsgesetz § 2 Abs 2; Salzburger Rettungsgesetz § 2 Abs 2; Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 1

⁶⁸ keine Bevorzugung in Wien gem § 5 WRKG

⁶⁹ Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 1 Abs 1; Tiroler Rettungsgesetz § 2 Abs 2

öffentlichrechtlichen⁷⁰ Vertrag handeln soll. Einige Gesetze erscheinen auf den ersten Blick in sich widersprüchlich⁷¹, da sie einerseits festlegen, dass es sich bei einer solchen Beauftragung um einen privatwirtschaftlichen Akt handelt, andererseits die Übertragung bestimmter hoheitlicher Rechte⁷² vorsehen. Die Rechtfertigung für einen Rettungseinsatz ist von besonderer Relevanz, da bei diesem regelmäßig in die Rechte des Patienten und Dritter eingegriffen wird die Rettungen zum Teil hoheitlich tätig werden.

Zu den genannten Kompetenzen, die Rettungen im Rahmen ihrer Einsätze ausüben, zählen neben dem Recht zur Verwendung von Sondersignalen im Straßenverkehr vor allem Befugnisse, die der Errettung einer Person dienen, wie fremde Grundstücke zu betreten, sich Zutritt zu Wohnung oder Lokalen zu verschaffen, Straßen oder Bahnlinien zu sperren, Kleidung zu zerstören, medizinische Heilbehandlungen und Untersuchungen gegebenenfalls auch ohne vorherige Einwilligung des Patienten vorzunehmen, kurzfristig Personen die Freiheit zu entziehen (psychotische Patienten vor Eintreffen des Arztes oder der Polizei) und vieles mehr. Die Ausübung dieser Kompetenzen, die untrennbar mit einem effizienten Rettungswesen verbunden sind, bedarf einer rechtlichen Absicherung. Da es sich dabei nicht nur um vereinzelte Fälle handelt, sondern im Rettungsalltag routinemäßig in der einen oder anderen Form in fremde Rechte eingegriffen wird, ist eine Berufung auf Notfallkompetenzen unzulässig. Vielmehr sind solche Kompetenzen ansonsten dem Staat als Teil seines Gewaltmonopols vorbehalten. Somit wären diese auf die Rettungsdienste mit der Übernahme der Aufgabenwahrnehmung zu übertragen. Diese Übertragung hat, insbesondere da es sich um hoheitliche Kompetenzen handelt, in einer verfassungsrechtlich zulässigen Form zu erfolgen.

Teile der Literatur verstehen, den Blaulichteinsatz ausgenommen, den Rettungseinsatz als Akt privatwirtschaftlichen Handelns. Kompetenzen wie die eben dargestellten, sollen sich aus zivilrechtlichen Normen und Verträgen ableiten lassen. Aber auch für eine Einordnung in das Zivilrecht gilt, dass, aufgrund der routinemäßigen Ausübung, eine Berufung auf Notfallkompetenzen unzulässig ist. Auch für die Annahme einer zivilrechtlichen Tätigkeit ist eine rechtskonforme Kompetenzübertragung notwendig.

Wäre sowohl die Übertragung hoheitlicher Befugnisse als auch die Kompetenzübertragung auf Grundlage des Zivilrechts möglich, so ergäbe sich daraus, dass es vom Vertrag und den Landesrettungsgesetzen abhängig wäre, ob ein Rettungsdienst hoheitlich oder zivilrechtlich/privatwirtschaftlich einschreitet. Dies

⁷⁰ Burgenländisches Rettungsgesetz §§ 2 Abs 1, 5 Abs 1, 12 Abs 4, 19 Abs 2; K-RFG §§ 7 Abs 1, 11 Abs 2; NÖ Rettungsdienstgesetz § 5 Abs 1; Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 5; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz § 1 Abs 1; § 6 WRKG (Bezeichnung als Bewilligung)

⁷¹ Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz §§ 1 Abs 1 ivm 14; Tiroler Rettungsgesetz §§ 2 Abs 2 ivm 10 Abs 5

⁷² Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 14; Tiroler Rettungsgesetz § 10 Abs 5

befremdete jedoch, da es dann zwischen den Ländern und ggf. sogar den Gemeinden zu einem rechtlich unterschiedlichen Tätigwerden der Rettungen käme. Es ist daher abzuklären, um welche Art von Beauftragung es sich beim Abschluss eines Vertrages zwischen einer privaten Organisation und einer Gemeinde handelt und ob sowohl die Möglichkeit der privatrechtlichen als auch der öffentlichrechtlichen Beauftragung besteht. Ebenso ist zu klären, ob hinsichtlich der Übertragung von Kompetenzen zu unterscheiden ist, ob es sich um eine Beauftragung einer privaten Organisation oder eine von der Gemeinde/dem Land selbst unterhaltene Rettungseinrichtung handelt. Sodann sind die Folgen sowie die übertragenen Rechte und Pflichten, die mit einer Übernahme des Rettungsdienstes verbunden sind, zu erörtern.

Zu untersuchen ist auch, ob es sich durch die Beauftragung der Rettungsdienste mit der Wahrung des Rettungswesens um eine ausschließlich privatrechtliche, eine gemischt privatrechtlich-öffentlichrechtliche oder eine ausschließlich öffentlichrechtliche Beauftragung und Kompetenzzusübung handelt.

Diese Arbeit beschränkt sich ausschließlich auf den Bereich des Rettungswesens, die ermittelten Rechtsgrundlagen sind nicht auf das Krankentransportwesen anwendbar.

1) Rettungsdienste als Einrichtungen der Gemeinde oder des Landes

In einigen Bundesländern wird an die Errichtung und Erhaltung einer Rettung die gesetzliche Forderung gestellt, dass die Gemeinde (ggf. das Land) dabei privatrechtlich tätig wird. Dadurch wird die Befugnis darauf eingeschränkt, dass die Rettungsorganisationen ausschließlich unter Ausschöpfung zivilrechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten zu errichten sind. Die Errichtung einer Gemeinderettung als Magistratsabteilung, wie dies beispielsweise in Wien der Fall ist, wäre nach solchen Landesgesetzen rechtswidrig. Eine privatrechtlich errichtete Rettungsorganisation ist als selbstständiges Unternehmen in ihrer wirtschaftlichen Struktur weitgehend politisch unabhängig. Trotz eines öffentlich-rechtlichen Eigentümers ist eine solche Einrichtung ein privatrechtliches Unternehmen. Dennoch verpflichtet auch eine privatrechtliche Organisation die Gemeinde bzw. das Land und begründet durch ihr rechtswidriges Handeln deren Haftung. Die rechtlichen Folgen einer privatwirtschaftlich errichteten Rettung folgen weitgehend jener einer privatwirtschaftlich beauftragten Rettungsorganisation. Daher wird für weitere Ausführungen auf das unten Gesagte verwiesen.

In jenen Bundesländern, in denen die Gründung einer Rettungsorganisationen als Organ des Landes oder der Gemeinde ermöglicht wurde, tritt die Gemeinde- oder Landesrettung im Namen und als Gehilfe der Gemeinde bzw. des Landes auf und

macht somit diese für die in Vollziehung der Gesetze entstandenen Schäden sowie für zivilrechtliches Fehlverhalten seiner Organe haftbar. Zum hoheitlichen Handeln und zur Amtshaftung wird auf nähere Ausführungen weiter unten verwiesen.

2) Rettungsdienste als privatrechtliche Leistungserbringer

Der weitaus größte Teil der Rettungsdienste wird in Österreich von privatrechtlichen Organisationen, die im Auftrag der Gemeinden tätig werden, betrieben. Diese haben sich mittels Vertrag (in Folge als Rettungsvertrag bezeichnet) verpflichtet, die Leistungen des örtlichen, ggf. auch des überörtlichen Rettungswesens zu erbringen. Betrachtet man diese Beauftragung, so ist zu prüfen, ob es zwischen einer vertraglichen Übernahme des Rettungsdienstes und einer Einrichtung der Rettung durch Gemeinden oder Länder selbst zu unterschiedlichen Kompetenzübertragungen kommt.

Der Abschluss eines zivilrechtlichen Vertrages legt zunächst die Annahme nahe, dass damit eine ausschließlich privatrechtliche Beauftragung erfolgt und ein Rettungseinsatz ausschließlich auf zivilrechtlicher Grundlage möglich ist. Der Vertragsinhalt und -abschluss ist nach den allgemeinen Grundsätzen des Vertragsrechts zu prüfen. Beachtlich sind dabei insbesondere die Vertragsfreiheiten und das Vorliegen allfälliger Mängel. Auch die Prüfung zwischen welchen Parteien ein Vertrag im Zuge eines Rettungseinsatzes zustande kommt ist vorzunehmen, da bei dieser Konstruktion zwei mögliche Vertragsbeziehungen entstehen können. So kann einerseits der Rettungsvertrag selbst die Organisationen zur Durchführung des gesamten Einsatzes ermächtigen oder andererseits nur die Grundlage für die Errichtung und Erhaltung bilden und der einzelne Einsatz wird erst durch eine (weitere) vertragliche Beziehung zwischen Rettung und Patient ermöglicht. Aber auch eine Vertragskonstruktion unter Berücksichtigung des Berufers (jener Person die einen Notruf abgesetzt und so die Rettung alarmiert hat) ist möglich.

Unabhängig von der Beauftragung muss die Rettungsorganisation zur Durchführung ihres Rettungseinsatzes über eine Ermächtigung verfügen, am Patienten tätig zu werden oder in die Rechte Dritter einzugreifen um die Versorgung eines Hilfsbedürftigen zu gewährleisten. Nur nach Klärung der rechtlichen Basis, aufgrund derer die Rettungsdienste in die Rechte des Patienten oder Dritter eingreifen können, ist die abschließende Bewertung der Rechtsstellung der Rettungsorganisationen möglich.

2.1) Verträge zwischen Rettungsdienst und Patient

Will man die Befugnis der Rettungsdienste zur Behandlung rechtfertigen, wird man zunächst an einen Vertrag zwischen der Rettungsorganisation und dem Patienten selbst denken müssen. Damit ein solcher Vertrag rechtswirksam zustande kommt, bedarf es übereinstimmender, freier Willenserklärungen beider Seiten⁷³.

In den meisten Bundesländern ist die Rettungsorganisation landesgesetzlich verpflichtet jedem die notwendige Hilfe angedeihen zu lassen⁷⁴. Aber auch ohne eine solche Verpflichtung wird die Organisation nicht frei entscheiden dürfen, ob und mit wem sie einen Rettungs-/Behandlungsvertrag abschließt. Durch die Übernahme der der Gemeinde verfassungsrechtlich übertragenen Aufgabe zur Betreibung des Rettungswesens übernimmt die Organisation nicht nur die Rechte, sondern auch die Pflichten der Gemeinde und verpflichtet sich damit dazu, jedermann Hilfe zu Teil werden zu lassen. Es besteht auf Seiten der Organisation ein gesetzlicher Kontrahierungszwang⁷⁵ und keine Vertragsfreiheit.

Die Alarmierung eines Rettungsdienstes erfolgt in den meisten Fällen durch Anruf über eine (staatliche) Notrufnummer, von einer Notrufzentrale wird dann das zuständige (nächstgelegene) und geeignete Einsatzmittel entsendet. Bei einer Vielzahl der Notrufe ist nicht der Patient selbst derjenige, der den Notruf absetzt, sondern Angehörige oder Zeugen des Geschehens. Ein so zustande gekommenes Rechtsgeschäft leidet am Mangel einer Beauftragung durch den Patienten. Hier kann der Vertrag, der die Rettung beauftragt und ermächtigt einer Person zu helfen, nicht zwischen der Rettungsorganisation und dem Patienten geschlossen worden sein, da keine entsprechende Willensäußerung des Patienten vorliegt. Vielmehr hätte der Anrufer diesen Vertrag (für den Patienten) geschlossen, der Anrufer wird jedoch weder den Willen zu einem Vertragsabschluss haben, noch von der Erfüllung begünstigt sein.

Auf Seiten des Patienten ist also kein rechtswirksam abgeschlossener Vertrag zu erkennen. So erfolgt schon die Beauftragung nicht durch ihn. Zudem fehlt es einem Notfallpatienten oft an der Geschäftsfähigkeit oder der Einsichts- und

⁷³ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 86f

⁷⁴ Burgenländisches Rettungsgesetz § 4 Abs 4 Z 2; K-RFG § 6 Abs 1; Oö. Rettungsgesetz § 2 Abs 3 Z 2; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 4 Abs 2 Z 5; Tiroler Rettungsgesetz § 10 Abs 1; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz §§ 1 Abs 3 1. Satz, 3 Abs 1; § 1 WRKG

⁷⁵ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 123f

Urteilsfähigkeit um überhaupt einen solchen Vertrag abzuschließen. Beides ist jedoch unerlässlich, um diesen zu begründen⁷⁶.

Auch eine spätere Genehmigung des Geschäfts durch Zustimmung⁷⁷, Schweigen⁷⁸ oder konkludentes⁷⁹ Handeln, selbst das bewusste Alarmieren der Rettung durch den Patienten selbst wird nicht zur Begründung eines Vertrages ausreichen. Da sich der Patient in vielen Fällen aufgrund seiner Erkrankung oder Verletzung in einem Zustand eingeschränkter Handlungs- und Willensfreiheit befindet und damit in seine Entscheidungsfreiheit eingeschränkt ist, er zudem von der Hilfe der Rettungsdienste abhängig ist, fehlt es bei ihm an der notwendigen Freiheit und Freiwilligkeit beim Vertragsabschluss. Die durch Krankheit, Schmerzen, Stress und Angst beeinträchtigte Geschäftsfähigkeit des eventuell sogar um sein Leben oder seine Gesundheit bangenden Patienten macht den Vertrag mangelhaft.

Selbst bei Annahme einer Vertragsfähigkeit des Patienten bestehen weitere Vorbehalte zum ordnungsgemäßen Zustandekommen eines privatrechtlichen Vertrages. So wird durch Verständigung der Rettung mittels (öffentlicher) Notrufnummer ein Automatismus in Gang gesetzt, bei dem der Patient keinen Einfluss darauf nehmen kann, wer welches Rettungsmittel entsendet und ob diese Hilfe adäquat ist. Da der Patient somit nicht mehr frei in der Wahl seines Vertragspartners und des Vertragsinhalts bzw. -umfangs ist, bleibt ihm nur die Möglichkeit, die Hilfe nach dem Eintreffen zu akzeptieren oder eine Behandlung zu verweigern. Vom Rettungsmittel und der Wahl der Besatzung hängt es jedoch ab, welche Behandlungsmöglichkeiten vor Ort zur Verfügung stehen. Dem Patienten ist somit jede Dispositionsfreiheit über die Person oder Eigenschaft seines Vertragspartners sowie die Therapie entzogen⁸⁰. Mangels einer derartigen Freiheit ist ein rechtmäßiges Zustandekommen des Vertrages zu verneinen, zumal die Ablehnung der Versorgung nicht nur aufgrund der Zwangslage, sondern darüber hinaus auch aufgrund der Unmöglichkeit eine alternative Hilfeleistung zu erlangen vom Patienten nicht abverlangt werden kann.

Zwar liegt es nahe, den Rettungsvertrag in ein Naheverhältnis zu einem ärztlichen Behandlungsvertrag zu rücken, doch sind die Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung gänzlich unterschiedlich. Kann ein Patient im ärztlichen Behandlungsvertrag zumeist zwischen mehreren Spitälern oder verschiedenen

⁷⁶ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 85

⁷⁷ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 91

⁷⁸ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 92

⁷⁹ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 91

⁸⁰ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 130ff

Ärzten wählen und liegt in den überwiegenden Fällen der Konsultation keine Akutsituation vor, so sind vom Rettungsvertrag hauptsächlich Notfallsituationen erfasst, die keine Wahl des Vertragspartners zulassen und eine akute bzw. überbrückende Behandlung beinhalten. Somit ist der Rettungsbehandlungsvertrag jedenfalls unterschiedlich zum ärztlichen Behandlungsvertrag zu bewerten. Diese Unterscheidung schließt eine pauschale Berufung auf Literatur und Judikatur zum Behandlungsvertrag aus und verlangt eine gesonderte Erörterung dieses Vertragstypus.

Berücksichtigt man die genannten Mängel, die einem zivilrechtlichen Vertrag entgegenstehen, führt dies zu einem vertragslosen Zustand, der nur in wenigen Fällen durch eine, im Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht vorhersehbare, nachträgliche Genehmigung durch den Patienten behoben werden könnte. Eine nachträgliche Einwilligung in eine Heilbehandlung ist jedoch rechtlich nicht wirksam. Zudem wirft auch die Konstruktion über eine nachträgliche Genehmigung neue Fragen in Zusammenhang mit Fehleinsätzen auf. Die Rechtfertigung des Rettungseinsatzes aufgrund eines Vertrages zwischen Patient und Rettungsorganisation ist daher abzulehnen.

2.2) Vertrag zugunsten Dritter durch den Rettungsvertrag

Da regelmäßig kein Vertrag zwischen Patient und Rettungsorganisation zustande kommen kann, bleibt zu untersuchen, ob das Einschreiten des Rettungsdienstes aufgrund eines Vertrages zugunsten Dritter⁸¹ gerechtfertigt ist. Hier würde eine dritte Person für den Patienten tätig werden, ohne dass dieser etwas davon wissen oder gar einen entsprechenden Willen äußern müsste. Zu denken ist hier zunächst an den Berufer, der den Notruf abgesetzt hat. Bei einem solchen Vertragstyp werden der Dritte und die Rettungsorganisation Vertragspartner, der Patient ist berechtigt die Einhaltung der Vereinbarung einfordern.

Diese Konstruktion wird am Bindungswillen des Dritten scheitern, der im Regelfall kein Interesse an einem Vertrag und den daraus resultierenden Pflichten hat. Zudem findet sich in einigen landesrechtlichen⁸² Bestimmungen die Pflicht eines jeden Bürgers zur Alarmierung des Rettungsdienstes und ist eine solche Pflicht in bestimmten Fällen auch strafrechtlich⁸³ und verwaltungsrechtlich⁸⁴ verankert.

⁸¹ ABGB, §§ 881f

⁸² Burgenländisches Rettungsgesetz § 11; K-RFG § 8, Oö. Rettungsgesetz § 8; Salzburger Rettungsgesetz § 7; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 13

⁸³ StGB §§ 82 Abs 2 (Aussetzung), 92 Abs 1 und 2 (Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen), 94 (Imstichlassen eines Verletzten), 95 (Unterlassung der Hilfeleistung)

Somit wird sich der Dritte, gerade wenn es zu Streitigkeiten aufgrund des Vertrags kommt, auf seine gesetzliche Hilfeleistungs- und Verständigungspflicht berufen. Unter Betrachtung der Gesamtsituation wird eine Alarmierung daher in den überwiegenden Fällen aufgrund einer sittlichen Pflicht, einer gesetzlichen Anordnung oder aufgrund einer Notlage durch den Berufer erfolgen und somit kein Kontrahierungswille vorliegen. Damit wäre gar kein Vertrag zustande gekommen und es könnte somit auch keine Drittwirkung angenommen werden.

Die zweite Möglichkeit, ein Vertrag zugunsten Dritter aufgrund eines Rechtsverhältnisses zwischen Rettungsorganisation und Gemeinde bzw. Land, ist hingegen begründbar. In diesem Vertrag kommt es eben zu einer Übereinkunft zum Schutz des Dritten, des Patienten. Die Rettungsorganisation hat eine vertragliche Pflicht zur Übernahme der Rettungstätigkeit. Geht man von einer privatrechtlichen Aufgabenwahrnehmung aus, so führt der Vertrag zu einem Vertrag zugunsten Dritter. Hiezu ist jedoch der Vertrag zwischen der Rettungsorganisation und dem öffentlichen Rechtsträger zu untersuchen. So ist insbesondere zu hinterfragen, ob dieser Vertrag tatsächlich privatrechtlicher Natur ist. Wäre dies nicht der Fall, so käme auch kein Vertrag zugunsten Dritter zustande. Näheres über die Ausgestaltung der Rechtsbeziehung der Rettungsorganisation zum öffentlichen Rechtsträger wird unten ausgeführt.

Jedenfalls spricht gegen die Annahme eines Vertrags zugunsten Dritter als Grundlage für ein rettungsdienstliches Einschreiten, dass mit einem solchen die Rettung ermächtigt würde, in höchstpersönliche Rechtsgüter des Patienten einzugreifen, nämlich in die Gesundheit und körperliche Integrität. Betrachtet man andere Rechtsquellen, die Dritte zu einem solchen Eingriff ermächtigen, beispielsweise im Falle der Sachwalterschaft oder die Patientenverfügung, so muss bezweifelt werden, dass ein Rettungsvertrag als Rechtsgrundlage ausreicht. Vielmehr wird durch einen Vertrag zugunsten Dritter kaum die notwendige Rechtssicherheit geschaffen werden können, um damit die Tätigkeit von Rettungsdiensten grundlegend zu rechtfertigen.

2.3) Geschäftsführung ohne Auftrag

Will man die Befugnisse des Rettungswesens auf das Zivilrecht stützen, so besteht die Möglichkeit, sich auf eine Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) zu berufen. Diese Meinung scheint innerhalb der Rettungsdienste die am meisten

verbreitete⁸⁵ zu sein und sie wird in Österreich wie auch in Deutschland (jedoch bei unterschiedlicher Rechtslage) zur Rechtfertigung des Einsatzes herangezogen.

In Deutschland findet sich im § 677 BGB unter dem Begriff der Geschäftsführung ohne Auftrag folgender Wortlaut:

„Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.“

Weiters definiert § 680 BGB im Falle der Geschäftsführung zur Gefahrenabwehr:

„Bezweckt die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr, so hat der Geschäftsführer nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten.“

Somit ist nach deutscher Rechtslage eine Einordnung der Rettungstätigkeit zum Schutze eines Patienten unter die GoA, allfällige andere Rechtsgrundlagen außer Acht gelassen, möglich. Die Rechtslage in Österreich stellt sich anders dar. So ist in § 1035 ABGB die GoA wie folgt definiert:

„Wer weder durch ausdrücklichen oder stillschweigenden Vertrag, noch vom Gerichte, noch aus dem Gesetze das Befugniß erhalten hat, darf der Regel nach sich in das Geschäft eines Andern nicht mengen. Hätte er sich dessen angemaßt; so ist er für alle Folgen verantwortlich.“

Für den Notfall wird die GoA in § 1036 ABGB folgendermaßen geregelt:

„Wer, obgleich unberufen, ein fremdes Geschäft zur Abwendung eines bevorstehenden Schadens besorgt, dem ist derjenige, dessen Geschäft er besorgt hat, den nothwendigen und zweckmäßig gemachten Aufwand zu ersetzen schuldig; wenn gleich die Bemühung ohne Verschulden fruchtlos geblieben ist (§ 403).“

Die Regelung der GoA für den Notfall kann aufgrund des Verweises auf § 403 ABGB keine Anwendung auf den Rettungsdienst finden. Dieser Verweis beschränkt die GoA für den Notfall ausschließlich auf die Rettung von Sachen und schließt damit höchstpersönliche Rechtsgüter wie Leben und Gesundheit aus (Wortlaut des § 403 ABGB: *„Wer eine fremde bewegliche Sache von dem unvermeidlichen Verluste oder Untergange rettet...“*). Anderer Ansicht ist

⁸⁵ u.a. Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap A Pkt 1; Maurer, Die Haftung für Schäden von Rettungskräften, Kap 4.2

Aigner⁸⁶, der unter Bezugnahme auf Welser⁸⁷ und dieser wiederum bezugnehmend auf Meissel⁸⁸, eine GoA, insbesondere eine für den Notfall, anstelle eines Behandlungsvertrages als gegeben ansieht, ohne dies jedoch näher auszuführen. Eine herrschende Lehre oder Judikatur ist zu diesem Thema nicht erkennbar.

§ 1035 ABGB regelt die GoA als eine Tätigkeit des „normalen“ Geschäftsverkehrs. Dies allein stellt noch keine Unanwendbarkeit auf einen „Rettungseinsatz“ dar. Mit Ausübung der Rettungstätigkeit käme es, bei Anwendbarkeit der GoA, zu einer Aufnahme der Behandlung als Geschäftsführer ohne Auftrag, daher ohne Zutun des Patienten.

Der Unterschied der deutschen Rechtslage zur österreichischen liegt darin, welche Art von Handlungen für einen Geschäftsherrn getätigt werden können um eine GoA darzustellen. So sagt das BGB über die Stellung des Geschäftsführers, der Gefahren abwehrend tätig wird, dass dieser eingeschränkt gegenüber dem Geschäftsherrn haftet. Darüber, welcher Art die Abwehr der Gefahr ist, besagt das BGB nichts.

Wie bereits erwähnt, ist die lex specialis zur Gefahrenabwehr in Österreich auf den Schutz von Sachen beschränkt⁸⁹. Daher muss für die Einordnung des Rettungsauftrages auf die generelle Regelung zur GoA gem. § 1035 ABGB zurückgegriffen werden. Diese allgemeinen Regeln der GoA bilden zudem auch die Grundlage für die Geschäftsführung zur Gefahrenabwehr und sind auf diese anzuwenden. Die GoA sagt zur Person des Geschäftsführers, er dürfe keine vertragliche, gerichtliche oder gesetzliche Verpflichtung zur Ausübung dieses Geschäftes haben⁹⁰. Der Geschäftsführer im Rettungseinsatz wäre entweder die Rettungsorganisation selbst (da diese den Einsatz übernimmt und zum Wohle des Patienten tätig wird) oder aber eine dritte Person, die den Notruf absetzt (diese wird durch Verständigen des Rettungsdienstes für den Patienten tätig und somit selbst zum Geschäftsherrn gegenüber der Rettungsorganisation).

Betrachtet man die Stellung des Berufers i.S. der GoA, so mangelt es in vielen Fällen zwar an einer vertraglichen oder gerichtlichen Verpflichtung, nicht jedoch an einer gesetzlichen. Hier wird noch einmal auf die bereits erwähnten

⁸⁶ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap A Pkt 1

⁸⁷ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 355

⁸⁸ Meissl, Geschäftsführung, S 197

⁸⁹ Verweis auf § 403 ABGB („Wer eine fremde bewegliche Sache von dem unvermeidlichen Verluste oder Untergange rettet...“)

⁹⁰ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 354

landesgesetzlichen⁹¹ und die strafgesetzlichen⁹² Verpflichtungen sowie auch auf die zivilrechtliche Pflicht aufgrund einer Garantenstellung⁹³ (siehe II. Abschnitt) sowie weitere gesetzliche⁹⁴ Regelungen über die Verpflichtung zur Alarmierung von Rettungskräften verwiesen. Aufgrund dieser Verpflichtungen zur Hilfeleistung und damit zur Alarmierung einer qualifizierten Hilfe kann es nicht zu einer Tätigkeit des Berufers i.S. der GoA kommen.

Betrachtet man die Rettungsorganisation, so wird auch diese nicht als Geschäftsführer i.S. der GoA tätig. Diese ist neben ihrer Verpflichtung durch landesgesetzliche Bestimmungen⁹⁵ und der allgemeinen Hilfeleistungspflicht auch vertraglich an die Ausübung der Rettungstätigkeit im Auftrag der Gemeinde bzw. des Landes gebunden. Somit liegen auch für die Rettungsorganisation die Voraussetzungen, eben keine vertragliche, gerichtliche oder gesetzliche Verpflichtung zur Ausübung dieses Geschäftes haben⁹⁶, nicht vor.

Da weder ein Dritter noch die Rettungsorganisation als Geschäftsführer ohne Auftrag in Frage kommen, scheidet die Einordnung der Rettungstätigkeit unter die GoA an der fehlenden Rechtsposition des Geschäftsführers. Nur scheinbar im Widerspruch dazu steht die Rechtsprechung, dass Ärzte ihre Aufwendungen, die sie zur „zufälligen“ akuten (Erst-) Versorgung tätigen, sowie ein angemessenes Honorar hierfür nach § 1035 ABGB, also nach den Regeln einer GoA, geltend machen können⁹⁷. Hier wird das Gesetz in Analogie angewendet⁹⁸. Die GoA dient als Rechtsgrundlage für den Ersatz von Aufwendungen und Zuspruch eines Honorars, also für eine materielle Wiedergutmachung und nicht für einen Eingriff in ein höchst persönliches Rechtsgut. So verwendet die Rechtsprechung richtiger Weise die GoA aufgrund eines Größenschlusses. Entschädigungen, die jemanden für die Rettung einer Sache und damit eines geringeren Rechtsgutes als dem Leben und der Gesundheit zustehen, sollen auch für die Rettung eines Menschen

⁹¹ Burgenländisches Rettungsgesetz § 11; K-RFG § 8, Oö. Rettungsgesetz § 8; Salzburger Rettungsgesetz § 7; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 13

⁹² StGB §§ 82 Abs 2 (Aussetzung), 92 Abs 1 und 2 (Quälen oder Vernachlässigen unmündiger, jüngerer oder wehrloser Personen), 94 (Imstichlassen eines Verletzten), 95 (Unterlassung der Hilfeleistung)

⁹³ § 2 StGB; Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B Pkt 5

⁹⁴ z.B. § 4 StVO

⁹⁵ Burgenländisches Rettungsgesetz § 4 Abs 4 Z 2; K-RFG § 6 Abs 1; Oö. Rettungsgesetz § 2 Abs 3 Z 2; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 4 Abs 2 Z 5; Tiroler Rettungsgesetz § 10 Abs 1; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz §§ 1 Abs 3 1. Satz, 3 Abs 1

⁹⁶ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 354

⁹⁷ Bernard, Der didaktische Beitrag, Punkt 2.2;

⁹⁸ Bernard, Der didaktische Beitrag, Punkt 2.2.; Rummel, ABGB, zu § 1036 RZ 2, zu § 1035 RZ 6

anerkannt werden. Ein solcher Ersatz für die Aufwendungen und ein Honorar werden im Übrigen auch andere Berufsgruppen analog geltend machen können⁹⁹.

Der Umkehrschluss, dass ein Eingriff in höchstpersönliche Rechte wie der Gesundheit oder körperlichen Integrität erlaubt sei, da es in Notfällen gestattet ist in Sachenrechte eines Dritten einzugreifen, vermag hingegen nicht zu überzeugen.

Zudem lässt der herabgesetzte Haftungsmaßstab eines Handelns i.S. der GoA erkennen, dass der Gesetzgeber diese Geschäftsführung auf Personen „zugeschnitten“ hat, die weder eine entsprechende Verpflichtung noch Qualifikation haben und dennoch zum Wohl eines Dritten tätig werden. Die Gefahrenabwehr erfolgt, wenn aus Sicht des Geschäftsführers keine qualifizierte Person zur Gefahrenabwehr vorhanden ist. Die GoA ist damit immer auf eine Ausnahmesituation ausgerichtet, nämlich auf eine, in der keine ausreichende Geschäftsführung zur Verfügung steht. Rettungsdienstmitarbeiter sind hingegen für ihre Art der Gefahrenabwehr die qualifizierten Personen und als solche berufen und verpflichtet einzuschreiten. Folglich sind Sanitäter als Gehilfen der Rettungsorganisation jene „qualifizierten Geschäftsführer“, bei deren Ausfall erst ein Dritter i.S. der GoA tätig werden kann.

Es muss somit festgestellt werden, dass die ohnehin befremdlich wirkende Annahme, dass sich eine der grundlegendsten Staatsaufgaben rechtlich auf eine zivilrechtliche Notfallmaßnahme für Ausnahmesituationen stützt, rechtlich nicht haltbar ist.

2.4) Conclusio

Alle angeführten zivilrechtlichen Regelungen vermögen in einzelnen Fällen die Tätigkeit des Rettungsdienstes zu begründen. Eine umfassende rechtliche Einordnung der rettungsdienstlichen Aufgaben kann hingegen nicht auf eine oder mehrere dieser Regelungen gestützt werden.

Der Schutz der körperlichen Integrität des Menschen ist eine vorrangige Aufgabe des Staates. Die Ermächtigung dazu, diese Aufgabe zu übernehmen ist auf eine fundierte, nachvollziehbare und vor allem umfassende rechtliche Basis zu stellen. Für die Tätigkeit rettungsdienstlichen Handelns sind zivilrechtlich zur Verfügung stehende Regelungen unzureichend, daher wird die Erfüllung der Aufgabe auf andere Rechtsmaterien gestützt werden müssen.

⁹⁹ Holzer, Der praktische Fall, Punkt II. 2

3) Hoheitliches Handeln

Seit jeher sind zivilrechtliche und öffentlich-rechtliche Einrichtungen mit der Besorgung hoheitlicher Aufgaben befasst. Trotz ihrer unterschiedlichen Struktur wurde ihnen vom Staat die Kompetenz übertragen, bestimmte hoheitliche Aufgaben unter Ausübung eines eingeschränkten Gewaltmonopols durchzusetzen. Es handelt sich bei solchen zivilrechtlichen Einrichtungen um Organisationsformen, die parallel zu ihrem privatwirtschaftlichen Handeln die hoheitlichen Aufgaben selbstständig ausüben und damit den öffentlichen Rechtsträger verpflichten. Die Übertragung von Hoheitsrechten auf einen Privaten bezeichnet man als Beleihung.

Holoubek¹⁰⁰ beschreibt in einem Artikel ausführlich die Problematik der Vollziehung der Gesetze durch private Rechtsträger und führt aus, dass der Gesetzgeber nicht nur eine organisatorische Abgrenzung des Verwaltungsbegriffes sondern auch eine funktionelle kennt. Er führt weiters aus, dass diese gemischte Abgrenzung Probleme mit sich bringt, da die Rechtsordnung oft nicht festlegt, welches Handeln als „Ausübung von Hoheitsgewalt“ verstanden werden soll. Dies bleibt vielmehr eine interpretative Aufgabe des Rechtsanwenders¹⁰¹. Die Unschärfen, die das Gesetz bei der Abgrenzung der öffentlichen Verwaltung von der Privatwirtschaftsverwaltung mit sich bringt, könnten nur durch die einzelfallorientierte Auslegung der Art 18 Abs 1, 20 Abs 1 und 23 B-VG ermittelt werden. Die Probleme weiter erörternd, führt Holoubek, wie er selbst sagt, „*im Zusammenhang mit Beleihungsphänomenen*“ stehende Erkennungsmerkmale einer solchen Übertragung des Imperiums ein. Er zielt hierbei auf jene Handlungen ab, die zwar nach herkömmlichen Abgrenzungskriterien keine Hoheitsverwaltung (im strengen Sinn) sind, die aber gleichwohl öffentlich-rechtliches und nicht privatrechtliches Handeln darstellen. Als Beispiel nennt er das vereinsrechtlich organisierte Normungsinstitut, welches die ÖNormen erlässt. Die Erlassung von ÖNormen kann nicht als Verwaltungshandlung im Sinne des B-VG verstanden werden, gleichwohl es eine öffentlich-rechtliche Handlung darstellt.

Holoubek¹⁰² erkennt weiters, dass Verwaltung nach herrschender Auffassung die organisatorische Einheit von Bund, Ländern und Gemeinden ist. Diese Auffassung wird nur durch die tatsächliche Ausübung von Hoheitsgewalt durchbrochen,

¹⁰⁰ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap II.A.

¹⁰¹ so auch Potacs, Entscheidungsbesprechung VfSlg 15.742/2000, Glosse

¹⁰² Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap II.A.

insbesondere, da auch die Wahrnehmung hoheitlicher Befugnisse durch Privatpersonen oder Privatrechtsträger Verwaltungshandlungen im Sinne des B-VG darstellen. Dies gilt immer dann, wenn eine Beleihung vorliegt.

Der VwGH¹⁰³ meint zum Thema Beleihung ganz allgemein: *„Von Beleihung spricht man, wenn juristische Personen privaten Rechts ... oder natürliche Personen mit der Wahrnehmung einzelner Hoheitsaufgaben bzw mit der unterstützenden Mitwirkung bei der Besorgung solcher Aufgaben betraut werden.“*

Als Beispiele für übertragene hoheitliche Aufgaben und Befugnisse, die bis hin zum Recht zur Festnahme oder des Waffengebrauches gehen und an Privatpersonen übertragen wurden, nennt Öhlinger¹⁰⁴ jene von Forstschutzorganen, Eisenbahnaufsichtsorganen, Feldschutzorganen sowie Jagd- und Fischereiaufsichtsorganen. Diese werden mittels einer „Bestätigung“, die er als Bescheid qualifiziert, beliehen. Weitere Beispiele wären die Beförderung von amtlichen Schriftstücken durch die nunmehr privatisierte Post oder die gesamte, grundsätzlich private Tätigkeit der Kontrolle der Bank durch den zuständigen Bankprüfer¹⁰⁵.

3.1) Beleihung im Rettungsdienst

Rill¹⁰⁶ hat eine anschauliche und ebenso passende Definition geschaffen, wenn er sagt: *„Unter klassischer Beleihung verstehe ich die Beleihung einer Person privaten Rechts, die ähnliche Aufgaben im gesellschaftlichen Bereich und nicht als verlängerter Arm des Staates bereits ausübt und sich für die Übernahme einer ähnlichen Aufgabe mit Imperium als geeignet darstellt.“*

Faber¹⁰⁷ führt in einem Artikel die Problematik der Übertragung mittels Beleihung treffend aus, dass nach herrschender Auffassung eine Beleihung immer dann anzunehmen ist, wenn ein Privater zur Setzung von Hoheitsakten berechtigt ist¹⁰⁸. Andere Autoren schränken noch weiter ein und nehmen eine Beleihung erst an, wenn der Private zur Erlassung von Bescheiden oder Rechtsakten mit ähnlicher Wirkung bemächtigt wird.

Die Setzung von Hoheitsakten ist geradezu immanent im Rettungswesen und kann daraus auch nicht weggedacht werden. Die strengere Auffassung, nachdem

¹⁰³ VwGH 1999/09/0248

¹⁰⁴ Öhlinger, Überlegungen zu den rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer Verkehrsüberwachung durch Private, Kap 2.

¹⁰⁵ Krejci, Amtshaftung für Bankprüfer, Kap 5

¹⁰⁶ Rill, Grenzen der Ausgliederung behördlicher Aufgaben ..., Kap 4.1.

¹⁰⁷ Faber, Private Wachdienste in Österreich, Kap II.B

¹⁰⁸ zustimmend Korinek, Staatsrechtliche Bedingungen und Grenzen der Ausgliederung, Kap II

der Private ein Teil der Verwaltung sein müsse, scheint von den Rettungsdiensten jedoch nicht erfüllt. Faber zeigt im Rahmen seiner weiteren Ausführungen ein Kriterium zur Erkennung einer typischen Beleihung auf, indem er auf den Inhalt der übertragenen Aufgabe verweist. Er sieht die übertragene Aufgabe der Gefahrenabwehr unter Anwendung von Zwang als eine „versteckte Beleihung“. Weiters stellt Faber richtig fest: *„Um staatlich veranlasste Gefahrenabwehr handelt es sich aber nicht nur bei der gesetzlichen Verpflichtung zur privatrechtlichen Heranziehung eines privaten ..., sondern auch beim freiwilligen Rückzug des Staates aus dem öffentlichen Raum, um ihn der Kontrolle durch private ... zu überlassen.“*

In dieselbe Richtung wie Holoubek und Faber argumentiert Krejci¹⁰⁹, wenn er bei seiner Prüfung von Amtshaftungsansprüchen in Verbindung mit Bankprüfern folgende Anhaltspunkte für eine Beleihung aufzeigt: er spricht von Kriterien, die geeignet erscheinen, eine Tätigkeit als in Vollziehung der Gesetze zu qualifizieren und zählt dazu die organisatorische Einbindung, die Bindung des Staates an die Handlungen (Feststellung) der Organe sowie die Verrichtung typischer Staatsaufgaben. Während die Bindung des Staates in diesem Zusammenhang nicht von Interesse ist, sind die Bestellung und die Verrichtung typischer Staatsaufgaben von größter Relevanz. Bei der Bestellung deuten sowohl das Recht als auch die Pflicht der Gemeinde zur Beauftragung einer Organisation mit dem Rettungswesen, sowie der Vorbehalt der Anerkennung dieser Beauftragung durch das Land, in Richtung einer Beleihung. Krejci zählt *„die Vorsorge, dass Leib und Leben der Bürger vor drohenden Gefahren geschützt werden“* zum zentralen staatlichen Schutzbereich - ein Indiz für eine Beleihung. Weiters führt er aus, dass Organe im Sinne des AHG nicht öffentlichrechtliche Bedienstete sein müssen, sondern auch *„durch privatrechtlichen Vertrag oder durch bloßen Realakt“* zu solchen Organen bestellt werden können.

Wie oben besprochen, kommt es meist zu einer vertraglichen Übernahme des Rettungsauftrags durch eine privatrechtliche Organisation. Selten wird diese Aufgabe durch die Gemeinde bzw. das Land selbst wahrgenommenen.

Es ist unstrittig, dass sich Gemeinden zur Erfüllung ihrer Aufgaben privatrechtlicher Organisationen bedienen können, dabei kommt es zu einer Übertragung der Durchführung, nicht jedoch zur Übertragung der Aufgabe selbst.

¹⁰⁹ Krejci, Amtshaftung für Bankprüfer, Kap 4.1.

Die gesetzliche Verpflichtung bleibt weiterhin beim Hoheitsträger¹¹⁰. Mühlehner folgend kann man daher sagen, dass es zu keiner wirklichen, im Sinne einer wirtschaftlichen „Ausgliederung“ kommt, sondern dass sich die Gebietskörperschaft bei ihrer Aufgabenerfüllung nur eines privaten Rechtsträgers bedient.

Überdenkt man die Aufgaben eines Rettungsdienstes, so kann der gesetzlich vorgesehene und vertraglich ausbedungene Auftrag nur erfüllt werden, wenn mit der Verpflichtung auch Rechte übertragen werden. Zwei Grundsätze des österreichischen Vertragsrechtes sind, dass zum einen niemand mehr Rechte übertragen kann als er selbst hat und zum anderen, dass es keine Verträge zu Lasten Dritter gibt. Daher können Eingriffrechte gegenüber Dritten oder in das höchstpersönliche Rechtsgut des Patienten „Gesundheit“ nicht privatrechtlich übertragen werden.

Der Staat verfügt über ein großes Maß an hoheitlichen Befugnissen, einem Imperium, das unter bestimmten Umständen die Einschränkung von Persönlichkeitsrechten gestattet. Damit nicht jede Person willkürlich die Rechte Privater einschränken kann, nimmt der Staat für sich das Gewaltmonopol in Anspruch. Will eine Rettungsorganisation ihren Auftrag ausführen und muss sie dabei in Rechte Dritter eingreifen, so wird sie auf solche Hoheitsrechte zurückgreifen müssen. Dies kann die Befugnis zum „Blaulichteinsatz“ sein, das Recht umfassen, eine Straße für die Versorgung eines Patienten abzusperren, die Möglichkeit beinhalten, fremde Grundstücke zu betreten oder in fremde Wohnungen einzudringen, oder sogar bis hin zu Eingriffen in höchstpersönliche Rechte des Patienten oder anwesender Dritter gehen. Eine Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages ohne hoheitliche Rechte wäre schwierig, für den Patienten nachteilig und oftmals unmöglich. Die Übertragung dieser Rechte wird daher, zumindest konkludent, Inhalt des Vertrags zwischen Rettungsorganisation und Gemeinde. Der Rechtsakt, der die Übertragung von hoheitlichen Aufgaben an eine Privatperson regelt, ist eine Beleihung.

Welche Hoheitsrechte als übertragen anzusehen und welche Befugnisse unter dem Begriff der Hoheitsrechte zu verstehen sind, geht nicht (gänzlich) aus solchen Verträgen hervor. Holoubek¹¹¹ vertritt die Ansicht, dass Hoheitsgewalt enger oder weiter verstanden werden kann. So wäre diese im formellen Sinn

¹¹⁰ Mühlehner, Durchführung von gesetzlichen Pflichtaufgaben für Gemeinden und Umsatzsteuer, Kurztext; Öhlinger, Überlegungen zu den rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer Verkehrsüberwachung durch Private, Kap 2.

¹¹¹ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap I

gegeben, wenn der beliehene Rechtsträger mit der Möglichkeit ausgestattet wird, Verordnungen und Bescheide zu erlassen oder Akte unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls und Zwangsgewalt auszuüben. Eine andere Möglichkeit der Zurechnung wäre das nicht formgebundene, jedoch im engen Zusammenhang mit der Setzung förmlicher Hoheitsakte oder im Kontext mit der Erfüllung typisch staatlicher Regulierungsaufgaben stehende Auftreten des Privaten.

Grundsätzlich ist es verfassungsrechtlich zulässig, Aufgaben der Hoheitsverwaltung an Private zu übertragen. Nach dem Austro-Control-Erkenntnis des VfGH¹¹² ist eine Beleihung immer dann zulässig, wenn sie sachlich gerechtfertigt ist, dem verfassungsrechtlichen Effizienzgebot im Sinne des Rechnungshofes entspricht, nur für einzelne Aufgaben erfolgt, der Beliehene einem obersten Organ unterstellt und verantwortlich ist und die Beleihung keine Kernbereiche der staatlichen Verwaltung betrifft¹¹³.

Nimmt man die Übertragung von Hoheitsrechten an die Rettungsorganisationen an und geht daher von einer Beleihung aus, so ist zu untersuchen, ob der gewählte Weg der Beauftragung eine solche zulässt.

a) Beleihung mittels Gesetz

Allgemein anerkannt ist, dass die Übertragung von Hoheitsrechten auf ein Privatrechtssubjekt, also eine Beleihung, durch ein Gesetz möglich ist¹¹⁴. Dies hat der VfGH erstmals 1932 entschieden und seither mehrfach in seinen Entscheidungen¹¹⁵ bestätigt, jedoch gewisse, oben bereits angeführte Grenzen, gesetzt¹¹⁶. Bei der Beleihung handelt es sich nicht um eine gesetzlich geregelte Gestaltungsform. Der Verfassungsgerichtshof begründet die Möglichkeit einer Beleihung daher nicht auf ein „Zulässigkeitsgesetz“ sondern darauf, dass eine solche Konstruktion bereits bei Entstehung des B-VG bekannt war und der Bundesverfassungsgesetzgeber dieser nicht widersprochen hat¹¹⁷. Somit ist die Berechtigung, ein Hoheitsrecht an Private zu übertragen, aus einem

¹¹² VfSlg 14.473/1996 – „Austro-Control-Erkenntnis“

¹¹³ Schneider, Rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausgliederung von Krankenanstalten, Punkt B Abs 1

¹¹⁴ u.a. VfSlg 14.473/1996 – „Austro-Control-Erkenntnis“; Dittrich, Empfiehlt es sich die gesetzlichen Grundlagen von Bodenmarkierungen neu zu regeln, Kap II.3.; Öhlinger, Überlegungen zu den rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer Verkehrsüberwachung durch Private, Kap 2.; u.a.

¹¹⁵ u.a. VfSlg 16.400/2001; VfSlg 1.455/1932; VfSlg 14.473/1996; VfSlg 3685/1960; VfSlg 14.473/1996; VfSlg 8215/1977; VfSlg 8644/1979

¹¹⁶ Mühlechner, Durchführung von gesetzlichen Pflichtaufgaben für Gemeinden und Umsatzsteuer, Kurztext

¹¹⁷ der VfGH spricht von „als mit Art 20 und Art 77 B-VG vereinbar“; Rill, Grenzen der Ausgliederung behördlicher Aufgaben ..., Kap 3.

„Gewohnheitsrecht“ sowie daraus, dass der Bundesverfassungsgesetzgeber dies trotz Kenntnis solcher Übertragungen nicht verboten hat, abgeleitet worden. Die einzige verfassungsrechtlich relevante Rechtsquelle, in der die Beleihung verankert ist, findet sich in Art 23 B-VG, in dem zum Thema Amtshaftung auf beliehene, mit Hoheitsrechten ausgestattete Personen des Privatrechts und des öffentlichen Rechts Bezug genommen wird.

Dies hat zur Konsequenz, dass keine Regeln für die Abwicklung einer solchen Übertragung bestehen¹¹⁸. Wie eine Beleihung zu erfolgen hat, ob diese auf einem Gesetzesakt beruhen muss oder auch mittels Abschluss eines zivilrechtlichen Vertrages durchgeführt werden kann, ist von Judikatur und Lehre entwickelt worden.

Einigkeit besteht darüber, dass es die Möglichkeit einer Beleihung mittels Gesetz gibt. Zumeist handelt es sich dabei um ein eigens, für einen solchen Rechtsträger geschaffenes Gesetz, in dem diese Hoheitsrechte übertragen werden. Die klassischen Beispiele hierzu sind die Österreichische Nationalbank und die Austro Control GmbH. Auch die Beleihung mittels Bescheid, der sich auf ein Ermächtigungsgesetz stützt, ist eine gängige Form der Übertragung von Hoheitsrechten an Privatrechtsträger¹¹⁹.

Die Beleihung per Gesetz, Verordnung oder Bescheid ermöglicht die jederzeitige und einseitige Ausgestaltung von Befugnissen und Pflichten durch den Gesetzgebers bzw. die Verwaltungsbehörde. Es widerspräche jedoch dem Liberalismus der österreichischen Verfassung, könnte der Gesetzgeber einfach Rechte und Pflichten eines Privaten in beliebigem Umfang einseitig erweitern oder einschränken. Will der Gesetzgeber dem Liberalismus nicht zuwider handeln oder auf Widerstand beliehener Rechtsträger stoßen, so hat er bei der Änderung von Rechten und Pflichten moderat umzugehen und wird Änderungen nicht willkürlich und jederzeit durchführen können.

b) Beleihung durch Bescheid und öffentlich-rechtlichen Vertrag

Um privatrechtliche Unternehmen dazu zu bewegen, sich mit der Übernahme staatlicher Aufgaben zu befassen, muss nicht nur ein wirtschaftlicher Anreiz gegeben sein. Es muss auch Rechtssicherheit gegenüber der Willkür des Gesetzgebers gewährleistet werden. So ist es notwendig, die Übertragung in einer Form zu gestalten, die im Falle einer Unrechtmäßigkeit mit den Mitteln des

¹¹⁸ Rill, Grenzen der Ausgliederung behördlicher Aufgaben ..., Kap 3.

¹¹⁹ Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap A. III.

Rechtsstaates bekämpft werden kann. Der Bescheid stellt hier ein überzeugendes Mittel dar. Hauer¹²⁰ meint hierzu, dass in den Bereichen, in denen sich der Staat eines privaten Dienstleisters bedienen will und diesen mit entsprechenden Hoheitsrechten ausstattet, nur der Bescheid oder der öffentlich-rechtliche Vertrag in Frage kommen. *„Die Judikatur und Lehre verstehen unter einem "öffentlich-rechtlichen (verwaltungsrechtlichen) Vertrag" eine rechtsgeschäftliche Willenseinigung zwischen einer Behörde in nichtprivatwirtschaftlicher (hoheitlicher) Funktion und einem privaten Rechtssubjekt über einen der vertraglichen Regelung zugänglichen Inhalt¹²¹“*. Weiters führt Hauer aus, dass bei der Wahl des geeigneten Mittels primär auf eine durch den einfachen Gesetzesgeber ausdrücklich oder impliziert bestimmte Form Rücksicht zu nehmen ist.

Eine bestimmte Form der Übertragung von Hoheitsrechten ist in den Rettungsgesetzen nicht verankert. Zudem wurde eine Beauftragung oft nur durch zivilrechtlichen Vertrag vorgesehen. Eine Auslegung solcher Verträge als öffentlich-rechtlich ist aufgrund der ausdrücklichen Anordnung im Gesetz, eben einen zivilrechtlichen Vertrag abzuschließen, nicht möglich und eine Umdeutung in einen Bescheid ist ebenfalls ausgeschlossen. Anders verhält es sich nur in jenen Gesetzen, in denen die Form der Beauftragung nicht mittels zivilrechtlichen Vertrags festgelegt wurde. Verträge, die auf solchen Gesetzen basierend geschlossen wurden, könnten ggf. als öffentlich-rechtlicher Vertrag umgedeutet werden.

Zu den Charakteristika eines öffentlich-rechtlichen Vertrages führt Eberhard¹²² aus: *„Das Vertragsverhältnis besteht im Rahmen der Hoheitsverwaltung.“*, *„Die Entscheidung über Streitigkeiten aus dem Vertragsverhältnis fällt somit in die Kompetenz der Verwaltungsbehörden und nicht in jene der ordentlichen Gerichte.“*, *„Der verwaltungsrechtliche Vertrag unterliegt folglich gewissen Prinzipien des öffentlichen Rechts, wie sie - nicht nur, aber vor allem - in den Verwaltungsverfahrensgesetzen kodifiziert sind. Einer dieser Grundsätze liegt im hoch entwickelten Rechtsschutzinstrumentarium des öffentlichen Rechts, v.a. in der Verfassungs- und Verwaltungsgerichtsbarkeit.“*

¹²⁰ Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap B.

¹²¹ Eberhard, Der verwaltungsrechtliche Vertrag - Kritische Überlegungen zu einem rechtlichen Phänomen, Kap II

¹²² Eberhard, Der verwaltungsrechtliche Vertrag - Kritische Überlegungen zu einem rechtlichen Phänomen, Kap II

Die Grundlagen, welche sich aus den Rettungsgesetzen ergeben, reichen aus, um die Rettungsorganisation zum Hilfsorgan der Behörde zu machen. Dies ist die Organisation immer dann, wenn sie in Ausübung des Rettungsdienstes tätig wird. Es handelt sich hierbei um eine innere Einrichtung des Verwaltungsapparates, der teilweise hoheitliche, teilweise private Tätigkeiten ausübt. Entstände hingegen mit der Beauftragung oder Schaffung einer Rettungsorganisation ein eigener Behördentyp mit ressortmäßig abgegrenztem Wirkungsbereich, so wäre dies tatsächlich nur durch Erlassung eines eigenen Gesetzes möglich¹²³. Ein Bescheid oder ein öffentlich-rechtlicher Vertrag reichen für die Bildung eines solchen nicht aus.

Für eine Beleihung mittels Bescheid ist ein Grundlagengesetz unabdingbar, da die Voraussetzungen zur Erlassung von Bescheiden verfassungsrechtlich geregelt sind und eben ein solches vorsehen. Eine solche Kompetenz wurde jedoch gesetzlich keiner Verwaltungsbehörde übertragen. Zudem ist derzeit keine Organisation mittels Bescheid oder mittels Vertrag, der als Bescheid umgedeutet werden könnte, beauftragt.

c) Beleihung durch privatrechtlichen Vertrag

Die Beziehung von Privaten zu Tätigkeiten, die in den Aufgabenbereich der öffentlichen Verwaltung fallen, hat eine lange Tradition. So schreibt Hauer¹²⁴, dass *„eine privatrechtliche Beziehung Privater durch Vertrag bis in die monarchische Ära zurückzuverfolgen ist.“*

Die wichtigste Frage bei der Annahme einer Beleihung in Bezug auf die Wahrnehmung der Aufgaben des Rettungsdienstes ist, ob eine solche Beleihung durch einen von der Rettungsorganisation mit der Gemeinde geschlossenen privatrechtlichen Vertrag erfolgen kann. Ist dies der Fall, bedarf es also für eine Beleihung nur einer gesetzlichen Grundlage und eines zivilrechtlichen Vertrags, so ist der Rettungsvertrag als Beleihungsurkunde anzusehen und die Tätigkeit der Organisation, zumindest teilweise, als hoheitliche Tätigkeit in Vollziehung der Gesetze im Namen der Gemeinde zu werten.

Einen wichtigen Anhaltspunkt für die Zulässigkeit einer Beleihung mittels (zivilrechtlichen) Vertrags gibt die kritische Besprechung Fabers zu einer Entscheidung des deutschen Bundesverwaltungsgerichtes. Dieser hat die Zulässigkeit der Beauftragung eines Kernkraftwerkbetreibers zur Einrichtung eines

¹²³ Öhlinger, Überlegungen zu den rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer Verkehrsüberwachung durch Private, Kap 3.1.1.3.

¹²⁴ Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap B.

bewaffneten Werkschutzes bestätigt¹²⁵. Faber führt aus, dass dieser Entscheidung entgegengehalten werden muss, *„dass es sich dabei um eine Delegation von staatlichen Polizeiaufgaben handle, die den gleichen Anforderungen entsprechen müsse, die an eine Beleihung mit hoheitlichen Befugnissen gestellt werden“*. Die Wachdienste, die beschäftigt werden und hoheitliche Aufgaben verrichten, sind ausschließlich über einen privatrechtlichen Vertrag, ohne gesonderte gesetzliche Ermächtigung beauftragt. Eine Konstruktion, die jenem der Beauftragung der Rettungsdienste nahe kommt, nur dass in diesem Fall ein privater Kernkraftwerkbetreiber mit einem privaten Wachdienst kontrahiert.

Faber¹²⁶ führt - im Hinblick auf die gegenläufige Annahme einer rein privatrechtlichen Tätigkeit der Rettungsdienste besonders beachtenswert - weiters aus: *„Es wäre doch nicht einzusehen, warum sich der Staat den relativ strengen Voraussetzungen für eine Beleihung dadurch entziehen könne, dass er den Einsatz privater Wachdienste (Anm.: und dies wird auch für Rettungsorganisationen gelten müssen) unter planmäßiger Heranziehung der Notrechte vorschreibe.“* Bezug genommen hat Faber damit auf die Durchgriffsrechte gegenüber Dritten, die ein Wachdienst zur Besorgung seiner Aufgaben benötigt und die ohne Beleihung nur auf „Notrechte“ wie der Notwehr und nicht nach den strengen Vorgaben für Bundesorgane wie nach dem Waffengebrauchsgesetz geregelt würden.

Hauser¹²⁷ zeigt zudem auf, dass im Bildungswesen die Tätigkeit der Vortragenden an Universitäten und Schulen (unabhängig ob Angestellte der Bildungseinrichtung oder anders Verpflichtete) Amtshaftung begründen kann und sagt: *„Als weitgehend gesichert kann angenommen werden, dass nicht nur im Rahmen von öffentlich-rechtlichen Institutionen „in Vollziehung der Gesetze“ gehandelt werden kann; vielmehr ist auch denkbar, dass private Personen oder Institutionen mit der Besorgung von Aufgaben der Vollziehung betraut werden können.“* Hauser beruft sich darauf, dass es sowohl in der Judikatur¹²⁸ als auch in der Literatur¹²⁹ anerkannt ist, dass es sich bei der Tätigkeit im Bildungswesen um Vollziehung der Gesetze handelt. Er schreibt: *„Dies gilt unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten an*

¹²⁵ Faber, Private Wachdienste in Österreich, Kap II.B

¹²⁶ Faber, Private Wachdienste in Österreich, Kap II.B

¹²⁷ Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap I.3.

¹²⁸ Nach Hauser: OGH 7.9.1960 SZ 33/86; OGH 11.1.1978 SZ 51/2; OGH 11.11.1987 SZ 60/236; OGH 18.9.1991; MR 1992, 154; OGH 26.3.1987 SZ 60/55; OGH 25.1.1984 SZ 57/17

¹²⁹ Nach Hauser: Schragel, Kommentar zum Amtshaftungsgesetz, 2. Auflage, (1985) Anm 84 und 106 zu § 1 AHG; Kucsko-Stadlmayer, in Korinek-Holubek (Hrsg), Bundesverfassungsrecht II/1, Anm 20 zu Art 23 B-VG; M. Novak, Fachhochschulen und ihre Organe (2000) 67 mwN

öffentlichen oder privaten Institutionen ausgeübt werden, maßgeblich ist vielmehr, dass der Unterricht im Rahmen von staatlich vorgegebenen Normen und unter staatlicher Aufsicht stattfindet." Für den Rettungsdienst kann eine solche gesetzliche Vorgabe und Aufsicht ebenso wie für das Bildungswesen festgestellt werden. Hauser bezeichnet, der Judikatur entsprechend, auch externe Begleitpersonen, wie beispielsweise bei Schikursen und dgl. üblich, in ihrer Tätigkeit als „in Vollziehung der Gesetze“ iSd AHG handelnd, solange die Veranstaltung iSd Schulunterrichtsgesetzes stattfindet.

Weigl¹³⁰ führt zur staatlichen Gewährleistung der Leistungserbringung durch Private, die er als Beleihung definiert, aus, dass *„... die Aufgabe durch vertragliche Vereinbarung ... gewährleistet werden soll.“*. Er sagt überdies, dass sich die öffentliche Hand dabei auch nicht (oder nicht unbedingt mehrheitlich) öffentlicher Leistungserbringer bedienen kann. Zudem weist er darauf hin, dass so die Erfüllung der Aufgabe von der Verantwortung des Aufgabenträgers getrennt wird.

Auch der Verfassungsgerichtshof tendiert zu der Auffassung, dass die Tätigkeit einer Person in Ausübung gesetzlicher Aufgaben jedenfalls eine Beleihung darstelle und nicht unter dem Titel der „simplen“ Beauftragung zu subsumieren sei. So schreibt Hauer¹³¹ zusammenfassend zu VfSlg 2847, dass der VfGH einen Sachverständigen als Beliehenen ansieht, der als Hilfsperson der Behörde tätig wird und deren Weisungen unterworfenen ist, selbst wenn die Beauftragung mittels zivilrechtlichen Vertrags erfolgt. Der VfGH¹³² selbst zitiert in seiner Entscheidung den OGH¹³³: *„Desgleichen vertrete der OGH in Zivilrechtsfällen die Auffassung, dass Hoheitsverwaltung auch für Handlungen vorliege, die ... hoheitlicher Zielsetzung diene, sofern ein hinreichend enger Zusammenhang mit hoheitlichen Aufgaben vorliege. Wenn dies der Fall sei, dann seien alle damit zusammenhängenden Vorkehrungen als Hoheitsverwaltung anzusehen und einheitlich zu beurteilen.“*

Im ASVG findet sich ein Hinweis darauf, dass der Gesetzgeber die Tätigkeit der freiwilligen Rettungsorganisationen als eine Tätigkeit der Vollziehung verstanden sehen will. So werden in § 1 ASVG (Zusatzversicherung in der

¹³⁰ Weigl, Evaluierung von Ausgliederungen, Kap IV.C

¹³¹ Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap B.

¹³² VfSlg 15.742/2000

¹³³ OGH, 1 Ob 11/91

Unfallversicherung)¹³⁴ die Rettungsorganisationen als Körperschaften bezeichnet. Dabei wird auf die Form der Beauftragung keine Rücksicht genommen.

In seiner Entscheidung über eine Widerrufsklage, die Unterstellung betreffend, dass das Rote Kreuz Niederösterreich zur Übernahme des Rettungsdienstes bestellt worden sein soll, jedoch entsprechende Verträge nie abgeschlossen worden wären, geht der OGH¹³⁵ übereinstimmend mit beiden Unterinstanzen¹³⁶ davon aus, dass es sich bei der Aufgabe des Rettungswesens um eine öffentlich-rechtliche Aufgabe handelt. Dies, obwohl die streitgegenständliche Beauftragung mittels zivilrechtlichen Verträgen erfolgen sollte. Der Annahme, dass es sich beim Rettungswesen um eine öffentlich-rechtliche Aufgabe handelt, auch wenn diese von einem Privaten wahrgenommen wird, widersprachen zudem weder das Österreichische Rote Kreuz noch dessen Landesverband Niederösterreich (als Erst- und Zweitkläger). Die beklagte Partei führte diese Aufgabe als öffentlich-rechtliche sogar dezidiert an. Der OGH begründete die Einstufung als öffentlich-rechtliche Aufgabe mit der Kontrolle der Rettungsorganisationen durch die niederösterreichischen Verwaltungsbehörden und erkennt, dass Amtsärzte berufen seien, diese regelmäßig zu überprüfen¹³⁷. Die Oberaufsicht der Verwaltung über das Rettungswesen wird auch dahingehend näher ausgeführt, dass der OGH eine „für das Sanitätswesen zuständige Behörde“ als mögliche Informationsquelle für den Beklagten benennt¹³⁸. Dieser Judikatur zu Folge stellt die Wahrnehmung des örtlichen Rettungswesens ein öffentlich-rechtliches Handeln dar und wäre daher eine Beleihung zu bejahen.

In einem, für das Rettungswesen maßgeblichen Erkenntnis¹³⁹ stellt der VfGH einige verfassungsrechtliche Eigenheiten von Rettungsorganisationen und ihrer Tätigkeit im Rahmen der Verfassung klar. Aus diesem Erkenntnis ist besonders hervorzuheben, dass an mehreren Stellen dieser Entscheidung¹⁴⁰ der VfGH bei der Rettungsorganisation, die für eine Gemeinde tätig wird, von dieser als beliehene Organisation spricht. Dies obwohl in der zugrunde liegenden und in der Entscheidung zitierten Stelle des Landesgesetzes ausdrücklich von einem

¹³⁴ BGBl.Nr. 408/1982

¹³⁵ OGH, 6 Ob308/99h

¹³⁶ OGH, 6 Ob308/99h, Entscheidungsgründe Abs 15

¹³⁷ OGH, 6 Ob308/99h, Entscheidungsgründe Abs 17

¹³⁸ OGH, 6 Ob308/99h, Entscheidungsgründe Abs 23

¹³⁹ VfSlg 12.320/1990

¹⁴⁰ ZfVB 1991/300, 2. Leitsatz und indirekt 8. Leitsatz; VfSlg 12.320/1990 Rechtssatz 3. Absatz; VfSlg 12.320/1990, Zusammenfassende Feststellung des VfGH zum Ausschussbericht zum OÖ Rettungsgesetz

privatrechtlichen Vertrag¹⁴¹ zwischen Rettungsorganisation und Gemeinde gesprochen wird, durch den die Organisation zu beauftragen ist. Dieser Feststellung, es lege eine Beleihung vor, wurde weder von der zuständigen Landesregierung noch von den Streitparteien (Rotes Kreuz und Arbeiter Samariter Bund) widersprochen. Zudem sind die Feststellungen der Landesregierung und des VfGH beachtlich, die beide die Zuständigkeit der Landesregierung für den Rettungsdienst als weiterhin aufrecht sehen, auch wenn dieser von Vereinen besorgt wird. Aufgrund des Wortlauts der, dieser Entscheidung zugrunde liegenden Gesetzesstellen des OÖ Rettungsgesetzes lässt sich weiters feststellen, dass die Beantwortung der Frage, ob eine Beleihung der Rettungsorganisation mittels privatrechtlichem Vertrag vorliegt, gem. VfGH auch unabhängig vom Umfang der übertragenen Rechte und Pflichten ist. Anders wäre das Vernachlässigen des Zitats des § 2 Abs 3 OÖ Rettungsgesetz (in dem es um den Inhalt der Verträge geht) in der Entscheidung nicht zu erklären. Folglich ist es für die Beleihung unerheblich, ob die „Beauftragung eines Rettungsdienstes“ mit „privatrechtlichem“ Vertrag erfolgte und welchen Inhalt dieser aufweist.

d) Conclusio

Zusammengefasst kann daher festgehalten werden, dass Rettungsdienste, unabhängig von der Art Ihrer Bestellung, jedenfalls beliehene Organisationen sind und über hoheitliche Befugnisse verfügen. Da die Erfüllung des Rettungsauftrages einen hoheitlichen Akt darstellt, der Rettungsdienst in Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe tätig wird und dies in der überwiegenden Zahl der Fälle nur durch Ausübung eines Imperiums erfolgen kann, hat mit der Beauftragung auch eine Beleihung zu erfolgen. Rettungsdienste handeln somit in Erfüllung hoheitlicher Aufgaben und verpflichten die Gemeinden bzw. die Länder.

3.2) Exkurs Europarecht

Auch innerhalb der Europäischen Union ist die Beauftragung Privater mit Staatsaufgaben bekannt. Die EU kennt drei typische Systeme, wie einem Privaten die Übernahme einer solchen Leistung abgegolten wird. Da wäre zum einen die Möglichkeit, dass die Tätigkeit als Gesamtes von der Verwaltung finanziert wird. Zum anderen gibt es Fälle, in denen die Tätigkeit als solche genügend Gewinn abwirft um diese wirtschaftlich führen zu können, der Gewinn verbleibt in solchen Fällen in Händen des Konzessionärs. Und zuletzt die am häufigsten gewählte Variante, in der die Einnahmen aus der Betriebsführung vom Privaten einbehalten

¹⁴¹ §2 Abs 2 OÖ Rettungsgesetz

und die wirtschaftlich unabwendbaren Verluste vom Staat durch eine Art Ausgleichssystem übernommen werden.

Der letztere Fall trifft auf das Rettungswesen in Österreich zu. So sind die Einnahmen aus dem Rettungsdienst den Organisationen zur Verwendung überlassen, die Gemeinden, zum Teil auch das Land, kommen mit zusätzlichen Zahlungen zur Aufrechterhaltung auf.

Grundlegend für alle drei Varianten ist, dass ein gewisses Maß an wirtschaftlichem Risiko beim Privaten verbleibt. Betrachtet man den engen finanziellen Spielraum vieler Rettungsdienststellen sowie deren Konkurrenzkampf mit anderen Anbietern, so trifft auch dies auf das Rettungswesen zu.

Eine derartige Übernahme einer staatlichen Aufgabe wird als Dienstleistungskonzession bezeichnet¹⁴². Bei Dienstleistungskonzessionen werden, obwohl es sich um die Übernahme von Staatsaufgaben handelt, diese mit zivilrechtlichem Vertrag übertragen. Es zeigt sich sohin auch auf europäischer Ebene, dass die Überantwortung von Staatsaufgaben durch zivilrechtliche Verträge ein gebräuchliches Verfahren darstellt.

Erfolgt eine Beauftragung in Form einer Dienstleistungskonzession, so begründet dies eine Unanwendbarkeit des EU Vergaberechts bei der Ausschreibung, obgleich gewisse Mindestanforderungen an die Vergabe, wie beispielsweise Fairness und Offenheit, sichergestellt werden müssen¹⁴³. Gem. der Rechtsprechung des OGH finden bei der Vergabe von Dienstleistungskonzessionen in Österreich entweder das BVergG oder die entsprechenden Landesvergabegesetze Anwendung. Sind diese nicht anwendbar, so hat sich die Ausschreibung jedenfalls nach der ÖNorm A 2050 zu richten.

Zu dem Ergebnis, dass es sich in Österreich bei der Tätigkeit von beauftragten Rettungsorganisationen für Länder und Gemeinden um eine Wahrnehmung von Staatsaufgaben handelt, kommt auch der EuGH in seinem Urteil vom September 1998. Aufträge, die im Rettungswesen erteilt werden, bezeichnet der EuGH als öffentliche Aufträge, ohne jedoch eine Unterscheidung zwischen Krankentransport und Rettungswesen zu treffen¹⁴⁴.

¹⁴² Dullinger, Gruber, Dienstleistungskonzession bei der Vergabe öffentlicher Aufträge, Kap B

¹⁴³ Dullinger, Gruber, Dienstleistungskonzession bei der Vergabe öffentlicher Aufträge, Kap D; Eilmannsberger, Vergaberechtliche Schranken von Ausgliederungen und Privatisierungen, Kap B.III.3,

¹⁴⁴ Krause-Sigle, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Die Arbeit der Rettungsdienste in Europa im Spannungsfeld zwischen freiem Wettbewerb und hoheitlicher Aufgabe;

3.3) Zulässigkeit einer Beleihung nach den Grundsätzen des VfGH

Die Feststellung, dass auch mittels eines „privatrechtlichen“ Vertrages hoheitliche Befugnisse übertragen werden können, macht eine Umdeutung des Rettungsvertrages zu Gunsten eines öffentlich-rechtlichen entbehrlich. Fest steht, dass beauftragte Organisationen, die für eine Gemeinde oder ein Land den Rettungsdienst übernommen haben, unabhängig vom Bestellungsakt als beliehene Rechtsträger anzusehen sind. Es ist jedoch abzuklären, ob diese Beleihung auch i.S. der durch den VfGH in seinem Austro-Control-Erkenntnis festgelegten Grenzen zulässig ist.

a) Sachliche Rechtfertigung und Effizienzgebot

Ob eine sachliche Rechtfertigung für die Übertragung rettungsdienstlicher Aufgaben an Private vorliegt, ist nicht anhand einzelner Aufgabenstellungen oder Einsatzszenarien zu überprüfen. Vielmehr muss dies unter Berücksichtigung der Gesamtstruktur des Gesundheitswesens und insbesondere der prähospitalen Versorgung festgestellt werden.

Aufgrund von Erfahrung, Synergien und wirtschaftlicher Strukturen kann ein Privatrechtsträger, insbesondere wenn er über mehrere Standorte und ein weitläufiges wirtschaftliches und technisches Netz verfügt, einfach, effizient und Kosten sparend den Rettungsdienst für eine Gemeinde oder ein Land übernehmen. Die Alternative, dass jede Gemeinde ihren eigenen Rettungsdienst erhält, würde zu vielen „Einzelstreitern“ und einem unübersichtlichen Netz von Gemeinderettungen führen. Die Harmonisierung von Einsatzregeln und Versorgungsstandards oder der Aufbau eines unterstützenden Katastrophen- und Großschadenssystems würde an die Grenzen der Leistbarkeit stoßen. Auch finanziell kann die Beauftragung eines großen Anbieters vorteilhafter sein. So können sich Gemeinden und Länder eines erfahrenen Betreibers bedienen, der aufgrund seiner größeren Einkaufsmargen günstigere Bedingungen aushandeln, Synergien besser ausnützen und größere Strukturen mit einer besseren Ausfallvorsorge schaffen kann. Diese Effizienz und Wirtschaftlichkeit, die der VfGH als eine Bedingung für die Zulässigkeit einer Beleihung vorgibt, sollte daher einer Beleihung nicht im Wege stehen.

Auch von Seiten des Rechnungshofs wurde nach einer Überprüfung der Rettungsdienste Tirols, Kärntens und Niederösterreichs¹⁴⁵ keine Kritik hinsichtlich Effizienz und Wirtschaftlichkeit der beauftragten privaten Rettungsdienste

¹⁴⁵ Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes, Transportkosten bei drei Gebietskrankenkassen

geäußert. Da der VfGH das Effizienzerfordernis im Sinne der Kriterien des Rechnungshofs festlegt, wird diesem jedenfalls entsprochen. Die tatsächlichen Gegebenheiten von Effizienz und sachlicher Rechtfertigung sind nach generellen Maßstäben für jede Beleihung gesondert zu überprüfen und könnten im Einzelfall, trotz genereller Zulässigkeit, dennoch eine Unzulässigkeit begründen.

b) Einzelne hoheitliche Aufgaben und Kernbereich

Blickt man auf das Rettungswesen in seiner Gesamtheit, so ist zu hinterfragen, ob die Organisation in ihrer Tätigkeit immer als Beliehene auftritt oder nur Teile der Wahrnehmung ihrer Tätigkeit als solche zu werten sind. Wie bereits besprochen, ist das Rettungswesen Teil der Gesundheits- und Krankenversorgung und bildet damit einen Teil des Versorgungsauftrags des Staates.

Zu prüfen ist, ob dies im Widerspruch mit der vom VfGH auferlegten Einschränkung, dass bei Beleihungen nur einzelne Hoheitsaufgaben¹⁴⁶ übertragen werden und diese nicht einen Kernbereichen der Staatsaufgaben berühren dürfen, steht. Hier ist Art 10 B-VG heranzuziehen. Darin ist die Verteilung der Kompetenzen innerhalb des Gesundheitswesens geregelt. Analog zur Rechtsauffassung des EGMR ist die Gesundheitsversorgung in ihrer Gesamtheit Staatsaufgabe und Kernkompetenz. Der VfGH versteht in seiner ständigen Rechtsprechung¹⁴⁷ den Begriff des Gesundheitswesens als Bundeskompetenz iSd Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG als *„Maßnahmen der Staatsgewalt, die der Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (für die Volksgesundheit) dienen ..., es sei denn, daß eine für eine bestimmte andere Kompetenzmaterie allein typische Abart dieser Gefahr bekämpft wird.“* und weiter *„Der Begriff "Gesundheitswesen" deckt sich demnach mit "Angelegenheiten der Volksgesundheit"; es handelt sich dabei um Maßnahmen der Obsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Siehe auch Kopetzki, Unterbringungsrecht I [1995] 132 ff)“*.

Die Austro Control Entscheidung verdeutlicht die Schranken einer Beleihung, räumt jedoch auch die Übertragbarkeit weitgehender Befugnisse und Rechte an den Beliehenen ein - mehr Rechte als im Rettungswesen erforderlich sind. So ist im Rettungsdienst die unmittelbare verwaltungsbehördliche Befehls- und Zwangsgewalt erkennbar, eine Kompetenz zum Erlassen von Bescheiden und

¹⁴⁶ VfSlg 3685/1960, 10.213/1984

¹⁴⁷ VfGH, G 208/02, Kap III.4.1.; Kopetzki, Entscheidungsbesprechung VfGH 28.06.2003, G 208/02

ähnliche Kernaufgaben der Verwaltung werden jedoch nicht benötigt und somit auch nicht übertragen.

Auch im Falle der Telekom-Control GmbH, bei der eine Beleihung vom VfGH¹⁴⁸ als zulässig erachtet wurde, kommt es zu einer Übertragung weitreichender Verwaltungskompetenzen, die über jene der Rettungsorganisationen hinaus reichen. Vergleicht man die Aufgaben und Kompetenzen der Austro Control und Telekom-Control mit jenen der Rettungsorganisationen, so wird ersichtlich, dass die Kompetenzen, die zur Aufgabenerfüllung übertragen werden müssen, nicht so weit reichen, dass sie an jene der beiden bestätigten Beliehenen heranreichen. Somit werden die vergleichbar geringen hoheitlichen Befugnisse einer beliehenen Rettungsorganisation jedenfalls nicht die vom VfGH aufgezeigten Grenzen überschreiten und einer Beleihung entgegenstehen.

Da es sich beim Rettungswesen um einen aus der Kernaufgabe des Staates „Gesundheitswesen“ losgelöst beurteilbaren und dennoch eigenständig funktionstüchtigen Teil handelt, ist eine Beleihung gem. oben genannter Grundsätze möglich. Zudem handelt es sich im Umfang der Beleihung nicht um einen Kernbereich der staatlichen Verwaltung, sondern vorrangig um Durchführungskompetenzen. Die Verwaltung bleibt nahezu unberührt und es steht auch dieser Grund einer Beleihung nicht im Wege.

c) Aufsichtsunterworfenheit

Zur Verantwortlichkeit für die Tätigkeit eines beliehenen Rechtsträgers meint Korinek¹⁴⁹: „Die Zuständigkeitswahrnehmung der **Gebietskörperschaft** selbst ... bleibt auch im Falle der Ausgliederung eine Staatstätigkeit, aber die Gebietskörperschaft zieht sich, was die Besorgung der Verwaltungsaufgabe betrifft ... eben zurück.“ Daher hat alles hoheitliche Handeln, das dem Bund oder den Ländern zuzurechnen ist, unter der Leitung der obersten Organe zu erfolgen, auch dann, wenn es von ausgegliederten Rechtsträgern ausgeht. Bei derartigem Hoheitshandeln wird ein direktes Weisungsrecht der Verwaltungsbehörde gegenüber den Privatrechtsträger angenommen. Damit soll der Möglichkeit der Leitung solcher Handlungen im Sinne der Verfassung¹⁵⁰ entsprochen werden können.

¹⁴⁸ VfSkg 15.427/1999; Novak, Lebendiges Verfassungsrecht

¹⁴⁹ Korinek, Staatsrechtliche Bedingungen und Grenzen der Ausgliederung, Kap II

¹⁵⁰ Verantwortung der Bundesregierung nach Art 76 Abs 1, der Landesregierung nach Art 105 Abs 2 und die daraus resultierende Ministeranklage vor dem VfGH nach Art 142 B-VG

Diese Ansicht vertritt auch die Bundesregierung, wenn sie hinsichtlich der Kontrolle einer beliebigen GmbH erläutert¹⁵¹: *„Wenn man schon von der unmittelbaren Anwendbarkeit des Art20 Abs1 B-VG selbst bei bloß beliebigen Rechtsträgern (vgl. Raschauer, aaO, Rz 93 und 99 zu Art20 Abs1 B-VG sowie VfSlg. 13.190/1992 und 14.085/1995, S 448) ausgeht, ...“*. In eben diesem Verfahren meint der VfGH: *„Was Adamovich/Funk/Holzinger (Österreichisches Staatsrecht, Bd 2: Staatliche Organisation, 1998, Rz 27.051) unter Bezug auf VfSlg. 14.473/1996 hinsichtlich ausgegliederter Rechtsträger privatrechtlicher Natur ausführen, ... (wie schon erwähnt, ist in dieser Entscheidung hinsichtlich der Übertragung von Hoheitsgewalt nicht zwischen Rechtsträgern, die durch öffentlich-rechtlichen Akt eingerichtet sind, und solchen privaten Rechts unterschieden): „Das Weisungsprinzip des Art20 Abs1 B-VG gilt auch dort, wo Verwaltungsgeschäfte durch Rechtsträger privaten Rechts besorgt werden, die außerhalb der staatlichen Verwaltungsorganisation stehen, zB durch Beliehene ... In diesen Fällen muß jedoch das Weisungsrecht der obersten Organe der Verwaltung nicht auf (öffentlichem) Staatsorganisationsrecht beruhen, sondern kann sich auch auf privatrechtliche (sondergesellschaftsrechtliche) Normen stützen, die die Einrichtung solcher Rechtsträger und deren Beziehungen zum Staat regeln.“*

Öhlinger¹⁵² meint: *„Man wird davon ausgehen müssen, ..., dass bei Zurechnung des Handelns des Beliehenen an eine staatliche Behörde ein Weisungsrecht der Behörde gegenüber dem Beliehenen besteht und verfassungsrechtlich (Art 20 Abs 1 B-VG) geboten ist; dass aber eine organisatorische Selbständigkeit des Beliehenen (Beispiel ÖNB) auch den verfassungsrechtlichen Weisungszusammenhang unterbricht.“*

In einigen Landesrettungsgesetzen sind Kontrollrechte durch Verwaltungsorgane nach Art 20 B-VG verankert. Beispielsweise kann die Verwaltungsbehörde bevollmächtigt sein, im Fall einer nachhaltigen Verhinderung der beliebigen Organisation, den gesetzlichen Rettungsauftrag ordnungsgemäß zu erfüllen, die Organisation aus ihrem Vertrag zu entlassen und die Versorgung neu zu organisieren. Die Zuständigkeit der Verwaltung zur Kontrolle wird auch dadurch bekräftigt, dass im Erkenntnis zu VfSlg 12.320/1990 der VfGH und die OÖ-

¹⁵¹ Stellungnahme der Bundesregierung in VfSlg 16.400/2001

¹⁵² Öhlinger, Überlegungen zu den rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer Verkehrsüberwachung durch Private, Kap 2.

Landesregierung übereinstimmend feststellen, dass die Landesregierung für den Rettungsdienst zuständig ist, auch wenn dieser von Vereinen besorgt wird.

Folgt man daher der Literatur sowie der Rechtsansicht der Bundesregierung und des Verfassungsgerichtshofs, die Aufsicht und Weisungsrecht der Verwaltungsorgane gegenüber den Rettungsdiensten anerkennen, werden zwei Aspekte sichtbar.

Einerseits ist das zuständige Mitglied der Verwaltungsbehörde für unterbliebene Aufsicht und Weisungen zur politischen (und eventuell auch rechtlichen) Verantwortung zu ziehen, je nach Organ bis hin zur Ministeranklage.

Andererseits stellt ein Mitwirken von Verwaltungsorganen (insbesondere von Mitgliedern der Gemeindeverwaltung und des Bürgermeisters) in der Führungsstruktur der beliebigen Organisation einen Fall dar, der zivilrechtlich als In-sich-Geschäft bezeichnet werden würde und die Unbefangenheit dieses Organs in seiner Aufsichtspflicht die Organisation betreffend anzweifeln ließe. Eine Unterbindung solcher „Kooperationen“ wäre schon aus Gründen der „political correctness“ gefordert und die Kontrollbehörden sind berufen solchen „Doppelfunktionen“ entgegenzuwirken.

Die **Landesregierung** hat daher im Rahmen ihrer Gesetzgebungs- und Aufsichtskompetenz dafür Sorge zu tragen, dass die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung den gebührenden Stellenwert einnimmt. Die Zustimmungspflicht der Landesregierung, welche in den meisten Landesrettungsgesetzen in Form einer Bewilligung der zwischen Gemeinde und Organisation geschlossenen Verträge verankert ist, wertet der VwGH¹⁵³ bereits als Teil der Ausübung der Kontrollrechte des Landes.

Zudem kann das Land die Gemeinden in deren Wirtschaftsgebarung nach Art 119a Abs 2 B-VG kontrollieren, die Gemeinden müssen dem Land Auskunft erteilen. Ergibt die Kontrolle einen Missstand, so hat der Bürgermeister diesem entgegenzuwirken und dem Land binnen 3 Monaten Rechenschaft abzulegen. Da die Gemeinde gegenüber den Rettungsdiensten zur Abgeltung der Leistungen verpflichtet ist, ist im Gegenzug die Organisation verpflichtet, der Gemeinde über die Verwendung der ihr zugewendeten Steuergelder Rechenschaft abzulegen. Über diesen „Umweg“ erhält auch das Land Einblick in die Finanzgebarung der Organisation. Sollte die Gemeinde bei der Offenlegung säumig bleiben, so kann das Land auf die Gemeinde „Druck ausüben“, indem sie einer Überprüfung „nur“

¹⁵³ VwGH 2001/11/0136

die zugänglichen Daten zugrunde legt und anhand von Modellen ein entsprechendes, eventuell für die Gemeinde negatives Ergebnis ermittelt. Des Weiteren haben sich manche Länder gesetzlich abgesichert, indem sie den Gemeinden auferlegt haben, in ihren Rettungsverträgen eine Offenlegungsklausel zugunsten des Landes vorzusehen.

Die Landesrettungsgesetze ermächtigen und verpflichten¹⁵⁴, abhängig vom jeweiligen Bundesland, die Landesregierung, die Gemeinde¹⁵⁵ oder die Bezirksverwaltungsbehörden¹⁵⁶ mit der Aufsicht über die Rettungsorganisationen. Im Burgenland und der Steiermark können Gemeinden ohne eigene Kontrollbefugnis mittels begründeten Antrags eine Kontrolle der Rettungsorganisation durch die Landesregierung¹⁵⁷ veranlassen. Im oberösterreichischen Rettungsgesetz ist geregelt, dass in Verträgen mit Rettungsorganisationen ein Aufsichtsrecht der Gemeinden verankert sein muss, ohne das Verträge nicht abgeschlossen werden dürfen¹⁵⁸. Auch dies zeigt die Kontrolle der Beliehenen durch die Verwaltung.

Im Falle von Missständen sind die Aufsichtsorgane berufen, über entsprechende Rechtsakte Abhilfe zu schaffen, sowie auf die Einhaltung von Normen und Gesetzen verstärkt hinzuarbeiten. Ist eine Rettungsorganisation nachhaltig nicht in der Lage, die geforderte Leistung zu erbringen, so ist ihr die Anerkennung zu entziehen und der Vertrag¹⁵⁹ zu kündigen.

Es kann daher eine Aufsichtsunterworfenheit festgestellt werden. Diese ist Voraussetzung dafür, dass eine Beleihung stattfinden darf. Somit kann auch aus diesem Grund eine Beleihung bejaht werden.

3.4) Conclusio

Der VfGH hat die Grenzen einer möglichen Beleihung abgesteckt und innerhalb dieser Grenzen bewegt sich die Tätigkeit der Rettungsorganisationen. Daher kann festgestellt werden, dass aus verfassungsrechtlicher Sicht keinerlei Gründe gegen derartige Übertragungen der Hoheitsgewalt sprechen.

¹⁵⁴ Burgenländisches Rettungsgesetz § 10; K-RFG § 10 Abs 1; Oö. Rettungsgesetz § 7 Abs 1; Salzburger Rettungsgesetz § 5 Abs 1; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 12 Abs 1; Vbg. Rettungsgesetz §§ 4 Abs 2, 14 Abs 1; Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz § 4 Abs 1

¹⁵⁵ Oö. Rettungsgesetz § 7 Abs 3; Tiroler Rettungsgesetz § 17; § 14 WRKG

¹⁵⁶ NÖ Rettungsdienstgesetz § 5 Abs 3

¹⁵⁷ Burgenländisches Rettungsgesetz § 10; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 12 Abs 3

¹⁵⁸ Oö. Rettungsgesetz § 2 Abs 3 Zi 6

¹⁵⁹ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 4; K-RFG § 5 Abs 7; Oö. Rettungsgesetz § 4 Abs 3; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 3; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 3; Tiroler Rettungsgesetz § 3 (keine Kündigungsvorschriften aber Wegfall der Vertragsvoraussetzung); Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 3, § 11 WRKG

Wien den 25.01.2009

4) Zusammenfassung

Betrachtet man die Tätigkeit von Rettungsdiensten sowie deren Beauftragung, so zeigt sich, dass insbesondere der Kernbereich sowie weite Teile, die mit dem Wirkungsbereich in Verbindung stehen, nur unter Ausübung übertragener Hoheitsgewalt vollzogen werden können. Zudem geht auch die Judikatur, allen voran jene des VfGH, von einer Übertragung des Imperiums an die privatrechtlich organisierten Rettungsorganisationen aus, selbst wenn die Beauftragung „nur“ mittels zivilrechtlichen Vertrags erfolgt. Eine Auslegung, ob es sich bei diesem Vertrag eventuell um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag oder einen Bescheid handeln könnte, ist somit nicht notwendig. Mit der Beauftragung eines Rettungsdienstes ist immer eine Beleihung verbunden.

III) Übertragene Pflichten

Wie bereits festgestellt, kommt es bei der Beauftragung einer Rettungsorganisation mit der Wahrnehmung des Rettungswesens zu einer Beleihung, das heißt, hoheitliche Aufgaben und Imperium werden übertragen. Dadurch gehen nicht nur Rechte sondern auch Pflichten über, die den Einzelnen vor Missbrauch der übertragenen Rechte und Befugnisse schützen sollen. Diese Pflichten leiten sich wiederum aus jenen Pflichten ab, die der Gesetzgeber öffentlich-rechtlichen Einrichtungen auferlegt hat, um den notwendigen Rechtsschutz zu gewährleisten.

Neben diesen öffentlich-rechtlichen Pflichten kommt es zu einer Übernahme der Verpflichtung, im Sinne des Patientenwohls und der Wahrung der Aufgaben das Handeln dem Stand der Wissenschaft und Technik, Normen oder zivilrechtlichen Sorgfaltspflichten anzupassen.

1) Öffentlich-rechtliche Pflichten

Die Übertragung von öffentlich-rechtlichen Pflichten ist notwendig, damit es zu keiner Einschränkung des Rechtsschutzes oder einem Verlust der Effizienz der Verwaltung kommt. Wie bereits dargestellt, darf die Übertragung von hoheitlichen Aufgaben an Private nicht zur Beeinträchtigung der Schutzinteressen der Bürger führen. Zudem werden Auskunft- und Assistenzpflichten dem Beliehenen auferlegt, ohne die eine Verwaltung keinen Zugriff auf Informationen und Ressourcen der Organisation im Bedarfsfall hätte um Ihrer Verpflichtung zur Kontrolle nachzukommen.

1.1) Amtshilfe

In Art 22 B-VG werden alle Organe des Bundes, der Länder und der Gemeinden (im Rahmen ihres gesetzmäßigen Wirkungsbereiches) zur wechselseitigen Hilfeleistung verpflichtet. Daraus könnte grundsätzlich entnommen werden, dass auch eine beliebige Rettungsorganisation als Organ der Gemeinden bzw. des Landes dieser Verpflichtung unterworfen ist. Die herrschende Auffassung geht jedoch davon aus, dass der Adressat dieser Verfassungsbestimmung lediglich das Organ im organisatorischen Sinn ist¹⁶⁰. Die Zuordnung der Rettungsdienste zur Gemeinde bzw. zum Land ist jedoch eine funktionale. Demzufolge unterliegt die Rettungsorganisation nicht der Amtshilfepflicht.

Die Amtshilfe kann aber durch einfachgesetzliche Regelung erstreckt werden. Dabei sind dem Gesetzgeber Grenzen gesetzt. Die Amtshilfe kann nur soweit erstreckt werden, als es sich um jenen Teil der Tätigkeit des Rechtsträgers handelt, der die Besorgung von hoheitlichen Aufgaben betrifft, der privatwirtschaftliche Tätigkeitsbereich kann niemals Inbegriff einer solchen Verpflichtung sein.

Holoubek¹⁶¹ sieht hingegen „gute Gründe“, die für eine Anwendung der Amtshilfe auch auf Akte der „Privatwirtschaftsverwaltung“ sprechen. In diesem Fall würden nicht nur ausgegliederte Rechtsträger amtshilfepflichtig, sondern es würden auch Beliebige erfasst.

Inwieweit die Rettungsorganisation durch einfachgesetzliche Regelung zur Amtshilfe verpflichtet werden kann, ist nur durch Auslegung des Begriffes „Rettung“ i.S. des B-VG zu ermitteln. Folgt man der Versteinerungstheorie, so wäre das Rettungswesen so zu verstehen, wie dies der Gesetzgeber zum Zeitpunkt der Erlassung des Gesetzes verstanden hat.

Da jedoch auch das B-VG im Kontext zu interpretieren ist, muss zusätzlich die im Verfassungsrang stehende EMRK zur Deutung herangezogen werden. Diese wiederum erweitert den Begriff des Rettungswesens und versteht darunter jene Aufgaben, die bereits erörtert wurden. Zusammengefasst wären dies alle Einrichtungen, die notwendig sind, um Leib und Leben sowie die Gesundheit der Bürger nachhaltig zu schützen. Die Notversorgung vor Ort und der Transport von Kranken werden daher immer erfasst sein. Auch Transporte ohne akuten Grund

¹⁶⁰ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap II.E.1.

¹⁶¹ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap II.E.1.

sind als miterfasst anzusehen, wenn es sich um Transporte zu einer unaufschiebbaren Untersuchung oder Behandlung handelt und der Patient keine Möglichkeit hat, diese anders ohne Nachteil für seine Gesundheit zu erreichen.

Im Umfang der Tätigkeiten, in denen Rettungswesen auf hoheitliches Handeln zurückzuführen ist, könnte eine Amtshilfepflicht für Rettungsorganisation einfachgesetzlich vorgesehen werden. Da eine entsprechende gesetzliche Regelung nicht getroffen wurde, besteht derzeit keine Möglichkeit, einen Rettungsdienst zur Amtshilfe zu verpflichten.

1.2) Beistandspflicht

Hauer¹⁶² beschreibt zwei Möglichkeiten, durch die Private zu einer Leistung gegenüber der Verwaltung verpflichtet werden können. Nämlich einerseits wenn das Gesetz eine solche Beistandspflicht vorsieht oder andererseits wenn zwar eine gesetzliche Beistandspflicht fehlt jedoch eine vertragliche Pflicht vorliegt.

Die Landesrettungsgesetze sehen eine Beistandspflicht nicht vor. Wurde auch bei der Ausgestaltung der einzelnen Rettungsverträge auf die Implementierung einer derartigen Pflicht verzichtet, bestünde die Beistandspflicht nur soweit, als sich dies durch ergänzende Vertragsauslegung herleiten lässt.

Hauer verweist in solchen Fällen, und dem ist zu folgen, auf den Kontrahierungszwang. In seiner Diskussion zur Problemstellung, ob sich auch der Staat auf den Kontrahierungszwang berufen darf, stellt er fest, dass in gewissen Situationen die staatliche Verwaltung einem übermächtigen Privaten gegenüber stehen kann. Besteht eine solche Übermacht, lässt Hauer die Verpflichtung einer juristischen Person zum Beistand bei verwaltungsrechtlichen Handlungen zu.

Ob eine übermächtige Position vorliegt und ein Kontrahierungszwang daher zu bejahen ist, muss im Einzelfall geprüft werden. Eine Markt bestimmende Stellung wie auch ein regionales, faktisches Monopol sind jedenfalls Anhaltspunkte für eine derartige Übermacht. Jedoch kann diese „fließende“ Beistandspflicht auch in manchen Fällen zu einer Verneinung der Verpflichtung führen, beispielsweise wenn genügend Ressourcen der öffentlichen Verwaltung zur Verfügung stehen und diese nur richtig eingesetzt werden müssten.

Für die Rettungsorganisationen bedeutet dies, dass ohne vorherige Prüfung der Rechtslage eine Beistandspflicht nicht ausgeschlossen werden kann. Liegt ein Kontrahierungszwang vor, kann in dringenden Bedarfsfällen die

¹⁶² Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap D.I.

Verwaltungsbehörde auf die Organisation zurückgreifen, ohne dass sich diese erfolgreich dagegen wehren könnte.

Sohin wäre möglichst früh abzuklären, ob eine solche Verpflichtung vorliegt. Weigert sich nämlich die Rettungsorganisation ungerechtfertigter Weise zur Beistandsleistung, so trägt sie die rechtlichen Konsequenzen. Weigert sie sich nicht und liegt keine Verpflichtung vor, so trägt sie den wirtschaftlichen Schaden. Es ist daher im Sinn der Organisationen, dass sie in ihren Verträgen für vorhersehbare Fälle den Umfang der Beistandspflicht regeln. Aus solchen Vereinbarungen lassen sich weitere Verpflichtungen ableiten und Grenzen erkennen.

Die Beistandspflicht ist umfassend und betrifft, wie gesagt, auch Bereiche, die nicht vom Rettungsvertrag umfasst sind. Als äußerste Grenze sind jene Aufgaben anzusehen, die entweder ungerechtfertigt und unter Gefährdung der Allgemeinheit den Rettungsbetrieb einschränken oder zu deren Verrichtung die Organisation weder technisch noch personell in der Lage ist.

1.3) Amtsverschwiegenheit

Art 20 Abs 3 B-VG verpflichtet die Organe von Bund, Ländern und Gemeinden zur Verschwiegenheit über die ihnen im Zuge ihrer Amtsausübung zugekommenen Daten. Als Organe werden nicht nur die organisatorisch, sondern auch die funktionell zugeordneten Einheiten verstanden. Somit sind, der herrschenden Meinung folgend, auch Beliehene von der Amtsverschwiegenheit erfasst¹⁶³. Dies gilt für jenen Bereich, in dem der Rettungsdienst hoheitlich tätig wird. Neben dieser verfassungsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht ist eine solche auch im SanG, im ÄrzteG und in manchen Landesrettungsgesetzen verankert. Trotz spezieller Bestimmungen für die Gesundheitsberufe ist diese Bestimmung nicht ohne Anwendungsgebiet. So fallen Leitstellenmitarbeiter, Bürokräfte und andere in den Rettungsorganisationen tätige Personen durch diese verfassungsrechtliche Bestimmung in die Verschwiegenheitspflicht.

¹⁶³ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beileihung, Kap II.E.2.

1.4) Auskunftspflicht

Wie bei der Amtsverschwiegenheit sind auch bei der Auskunftspflicht des Art 20 Abs 4 B-VG die Organe von Bund, Ländern und Gemeinden im funktionellen Sinn angesprochen, somit sind auch hier die Beliehenen miterfasst¹⁶⁴.

Daten können daher innerhalb des Verwaltungsapparates immer dann weiter gegeben werden, wenn keine Verschwiegenheitspflicht entgegensteht. Hievon betroffen sind ausschließlich Daten, die innerhalb des Wirkungsbereiches der Beleihung liegen. Darunter sind Daten zu verstehen, die der Aufgabenerfüllung dienen, also nicht nur Einsatzdaten sondern auch Vorkehrungen für Großschäden und Katastrophen, Personalstand, Ausbildung und ähnliche mehr, soweit dies für die Erfüllung der Aufgabe notwendig ist. Die Auskunftspflicht umfasst nicht die Pflicht, Akteneinsicht zu gewähren, sie kann aber dadurch erfüllt werden¹⁶⁵. Die näheren Ausführungen zur Auskunftspflicht obliegen dem Bund in der Grundsatz- und den Ländern in der Ausführungsgesetzgebung. Gemäß dem Auskunftspflicht-Grundsatzgesetz¹⁶⁶ sind die Ausführungsgesetze so zu gestalten, dass eine weitgehende Verpflichtung zur Offenlegung von Daten enthalten sein muss. So sind auch Auskünfte, die Finanzierung oder Abgeltung von Rettungseinsätzen betreffend, gegenüber den Gemeinden oder den Sozialversicherungsträgern offen zu legen, um von deren Seite die Finanzierung zu sichern und ihrer Verpflichtung zur Sparsamkeit und Überwachung öffentlicher Gelder nachkommen zu können.

1.5) Datenschutz

Gemäß Datenschutzgesetz¹⁶⁷ (§ 5 Abs 2 DSG) sind Tätigkeiten von Organisationen, die „in Formen des Privatrechts in Vollziehung der Gesetze tätig sind“, Datenanwendungen, die dem öffentlichen Bereich zugerechnet werden. Das DSG regelt das Recht des Einzelnen in seine persönlichen Daten Einsicht zu nehmen, diese Daten ordentlich verwahrt zu wissen oder die Löschung zu begehren, solange keine gesetzlichen Schranken entgegenstehen. Ist eine Löschung nicht möglich, so ist für eine weitgehende Einschränkung des Zugangs zu diesen Daten zu sorgen. Weiters regelt das Gesetz, wann Daten weitergegeben werden dürfen und wann es der ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen bedarf.

¹⁶⁴ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap II.E.2.

¹⁶⁵ Öhlinger, Verfassungsrecht, RZ 574

¹⁶⁶ BGBl 286/1987

¹⁶⁷ BGBl 165/1999

Grundsätzlich hat jede Person ein Recht auf Geheimhaltung seiner persönlichen (sensiblen) Daten, insbesondere seiner Gesundheitsdaten. Somit sind Krankengeschichte, Befunde und andere medizinische Informationen, die im Rahmen der Rettungstätigkeit angelegt werden, nicht zur Weitergabe bestimmt.

Innerhalb des Betriebes müssen solche Daten für die Verarbeitung oftmals an verschiedene Stellen übertragen werden. Hier trifft die Organisation die Pflicht zur Sicherung der Daten, soweit dies technisch möglich und finanziell vertretbar ist.

1.6) Befugnisse der Rettung gegenüber der Polizei

Das Vorarlberger Rettungsgesetz regelte, ähnlich der Bestimmung zur Hilfestellung durch die Feuerwehren, eine Hilfestellungspflicht der Gendarmeriekräfte bei Rettungseinsätzen. Den Rettungsorganisationen wurde ein Recht auf Heranziehung der Gendarmerie eingeräumt¹⁶⁸. Diese Befugnis wurde jedoch vom Bundesgesetzgeber unterbunden und die Bestimmung außer Kraft gesetzt.

Im SPG¹⁶⁹ ist, in Übereinstimmung mit dem B-VG¹⁷⁰, eine erste allgemeine Hilfeleistungspflicht von Sicherheitsorganen verankert. Damit wurde eine Zuständigkeit der Sicherheitsbehörden für den Fall einer gegenwärtigen oder unmittelbar bevorstehenden Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit eines Menschen geschaffen, ungeachtet aller anderen Behörden die zu diesem Zwecke berufen wären¹⁷¹. Diese Zuständigkeit endet mit dem Einschreiten des jeweils zuständigen Organs¹⁷². Die Kompetenz erschöpft sich nicht in der Errettung eines Menschen sondern inkludiert alle Gefahren, die innerhalb und außerhalb der verwaltungspolizeilichen Aufgaben liegen.

Durch die Zuständigkeit einer hoheitlich tätigen Rettung oder Feuerwehr wird eine umfassende Befugnis und Verpflichtung zum Einschreiten der Sicherheitsbehörden¹⁷³ begründet. Nach erfolgter primärer Gefahrenabwehr haben die Sicherheitsbehörden die Verständigung der Rettung (oder Feuerwehr) zu veranlassen¹⁷⁴. Mit Einschreiten einer fachlich qualifizierten Hilfe wie dem Rettungsdienst endet die Aufgabe der Sicherheitsbehörden¹⁷⁵. Im Rahmen ihrer

¹⁶⁸ Vbg. Rettungsgesetz § 15

¹⁶⁹ § 19 SPG

¹⁷⁰ Art 10 Abs 1 Z 7 B-VG

¹⁷¹ Funk, Das neue Sicherheitspolizeirecht, Kap B.I.

¹⁷² Art 78a Abs 2 B-VG

¹⁷³ Funk, Das neue Sicherheitspolizeirecht, Kap C.III.1.

¹⁷⁴ § 19 Abs 2 Z 2 SPG

¹⁷⁵ § 19 Abs 3 Z 2 SPG

allgemeinen Sicherungsaufgaben sind sie jedoch verpflichtet, weitere Tätigkeiten wie die Absperrung der Gefahrenstelle oder andere Hilfsmaßnahmen fortzuführen. Damit eine derartige Pflicht zur Abwehr von Gefahren für Leben und Gesundheit entsteht, muss die Ausübung der eigentlichen Schutzfunktion jedoch nicht einmal in den Aufgabenbereich einer Verwaltungsbehörde fallen.

2) Pflichten aufgrund des Stands der Technik und Wissenschaft

Menschen- und Völkerrecht, Verfassungsrecht und Patientencharta verpflichten den Landesgesetzgeber zur Erlassung einschlägiger Bestimmungen durch die das Rettungswesen derart geregelt wird, dass die Effizienz und Effektivität gewahrt sind. Solche Gesetze können nur generell die entsprechenden Materien regeln, andernfalls müssten sie ständig dem technischen und medizinischen Fortschritt angepasst werden und können somit nicht die notwendige Effektivität entfalten.

Wie die Aufgabenwahrnehmung des Rettungsdienstes auszugestalten ist, muss daher auch aus zivilrechtlichen Normen und Standards, durch Vertragsauslegung oder Ermittlung des Standes der medizinischen und technischen Wissenschaft, die dem Versorgungsauftrag zugrunde zu legen sind, abgeleitet werden.

2.1) Einsatzzeiten und Versorgungsdichte

Vorgaben zum quantitativen und qualitativen Bedarf im Rettungswesen können nicht frei festgesetzt werden, selbst durch landesgesetzliche Bestimmungen nicht. Zu denken ist hier beispielsweise an Einsatzzeiten oder Versorgungsdichte. Zwar existieren keine Regeln über die notwendige Dichte und Ausgestaltung von Versorgungseinrichtungen. Physiologische Grenzen und technische Standards zeigen, dass es nicht ausreicht, irgendein System von Rettungsposten zu errichten. Dieser Ansicht ist auch der EGMR¹⁷⁶, der aus der Verpflichtung zur Gesundheitsversorgung Mindeststandards ableitet. Der Staat ist daher dazu angehalten, die Effektivität zu kontrollieren und bei Bedarf regulierend einzugreifen. Wenn die Versorgung einer privatrechtlichen Organisation überantwortet wurde, hat diese über das Wissen und die Möglichkeiten zu verfügen ein effizientes System zu etablieren. Die Aufgabe das zu gewährleisten wird zwar an sie überantwortet, was die Verwaltungsbehörden jedoch nicht von ihrer Kontroll- und Regulationspflicht entbindet.

In welchem Ausmaß Rettungsmittel zur Verfügung stehen müssen hängt von verschiedenen Faktoren ab. Exemplarisch können hierzu geographische (Einsatzzeiten), technische (Primär- und Folgeversorgung), medizinische

¹⁷⁶ A.H. against the United Kingdom; Nelina SIEMIŃSKA against Poland

(Dringlichkeit bestimmter Versorgung) und ausbildungstechnische (Ausbildungsstand und Kompetenzen des Sanitätspersonals) genannt werden, aber auch rechtliche Vorgaben sind zu berücksichtigen. Jedenfalls steht die Zahl der notwendigen zur Verfügung stehenden Einsatzmittel in direktem Zusammenhang mit der Bevölkerungszahl und der Industrialisierung. Je mehr Einwohner zu versorgen sind und je mehr industrielle Tätigkeit im Einsatzgebiet entfaltet wird, desto mehr Einsätze müssen parallel bewältigt werden können. Der Rettungsdienst hat daher dafür Sorge zu tragen, dass genügend geeignete Rettungsmittel zur Verfügung stehen, um auch in Spitzenzeiten eine ausreichende Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Daraus ergeben sich haftungsrechtlich relevante Anforderungen an den Rettungsdienst, nämlich Eintreffzeiten und Ausstattung des Einsatzfahrzeugs. Berichtet wurde, dass in Teilen Niederösterreichs Eintreffzeiten von Notärzten bei über 30 Minuten liegen. Hier sollten sowohl gesetzliche als auch medizinisch wissenschaftliche Vorgaben regulierend eingreifen und die Organisation zur Verkürzung der Eintreffzeiten auf einen medizinisch vertretbaren Zeithorizont verpflichten. So ist in Niederösterreich gesetzlich ein flächendeckendes Notarztsystem vorgesehen¹⁷⁷. Ein Notarztsystem mit derart langen Eintreffzeiten kann nicht als flächendeckend bezeichnet werden und ist daher mit dem gesetzlichen Versorgungsauftrag nicht vereinbar. Zum Vergleich berichtet das Rote Kreuz Tirol in seinem Jahresbericht von Eintreffzeiten des Notarztes von 5 bis längstens 15 Minuten¹⁷⁸, in einigen deutschen Bundesländern ist die Eintreffzeit für den Notarzt gesetzlich auf maximal 15 Minuten limitiert¹⁷⁹, der Standard liegt in Deutschland bei 75% der Notarztalarmierungen bei einer Eintreffzeit von maximal 10 Minuten¹⁸⁰. Auch bei weiterer internationaler Betrachtung liegen die durchschnittlichen Einsatzzeiten nicht anders, in Dänemark wurden im Jahr 1999 die Einsatzziele in 36% der Fälle innerhalb von 5 Minuten, in 75% innerhalb von 10 Minuten, in 93% innerhalb von 15 Minuten und in 98% innerhalb von 20 Minuten erreicht¹⁸¹. In Polen gilt als Planungskriterium für den Ausbau von Rettungsstationen als Vorgabe für Einsatzzeiten in der Stadt bis zu 10 Minuten und außerhalb der Stadt 15 Minuten, zudem sollen in polnischen Notrufzentralen die eingehenden Notrufe innerhalb von 15 Sekunden

¹⁷⁷ § 1a NÖ Rettungsdienstgesetz

¹⁷⁸ T-RK, Jahresbericht 2003, S 4

¹⁷⁹ Rettungsdienst in Europa

¹⁸⁰ Sefrin, Geschichte der Notfallmedizin und des Notarztdienstes in Deutschland

¹⁸¹ Pedersen in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Der Rettungsdienst in Dänemark, Kap 1.

entgegengenommen werden¹⁸². Folgt man einer Studie über europäische Rettungsdienste, so geht diese von notwendigen Einsatzzeiten bis zum Eintreffen am Notfallort von maximal 10 Minuten aus, wobei die Arbeit einschränkt, dass dies in Schweden oder Finnland aufgrund der Größe und Bevölkerungsdichte flächendeckend nicht umzusetzen sein wird. Die Studie führt weiter aus, dass in Spanien die Einsatzzeiten bei höchstens 20 Minuten liegen¹⁸³.

Dies alles zu regeln ist aufgrund vieler Variablen keinem Gesetz und keiner Verordnung zugänglich. Vielmehr entscheiden der Stand der Technik und medizinischen Wissenschaft, die baulichen und geographischen Gegebenheiten und vieles mehr, was einem ständigen Wandel unterzogen ist und zudem durch das Wirtschaftsleben beeinflusst wird, über die zu gewährleistenden Versorgungsstandards. Hingegen sind die notwendigen Einsatzzeiten grundsätzlich in den Landesrettungsgesetzen geregelt. Diese lassen sich für den örtlichen Rettungsdienst aus den in allen Landesgesetzen nahezu identen Formulierungen¹⁸⁴ „...Aufgabe des örtlichen Rettungsdienstes ist es, ... das für die Aufgaben ... erforderliche Personal und die hierfür erforderlichen Einrichtungen ... in ausreichendem Maße bereitzustellen“, sowie „Eine juristische Person ist ... als Rettungsorganisation anzuerkennen, wenn ... sie über genügend Personal, ... über geeignete Transportmittel in ausreichender Anzahl mit sachlicher Mindestausstattung samt dem hierfür erforderlichen sachkundigen Personal ... verfügt...“ herleiten. Für den überörtlichen Rettungsdienst gelten sinngemäße Vorgaben. Anhand dieses Beispiels zeigt sich, dass sich Verpflichtungen der Organisation aus einer Kombination von technisch und medizinisch geforderten sowie gesetzlich geregelten Vorgaben herleiten lassen. Eine mangelnde Kontrolle der Einsatzplanung wie bei übermäßig langen Eintreffzeiten, stellt eine mangelnde Überwachung durch die Aufsichtsbehörde sowie ein Organisationsverschulden des Rettungsdienstes dar und macht diese für Schäden haftbar.

2.2) Fahrzeugtechnik

Die technischen Anforderungen und Ausstattungen von Rettungsfahrzeugen sind nicht gesetzlich geregelt. Eine solche Reglementierung ist vielen Bereichen auch

¹⁸² Nowicki in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Sanitätstransportdienste können auch durch private Anbieter erbracht werden

¹⁸³ Koch, Kuschinsky, Pohl-Meuthen, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Rettungsdienst in Europa – eine vergleichende Bestandsaufnahme

¹⁸⁴ Burgenländisches Rettungsgesetz §§2 Abs 2 Zi 3, 3 Abs 1 Zi 5; K-RFG §§ 5 Abs 2 Lit d und e, 6 Abs 1; NÖ Rettungsdienstgesetz § 3; Oö. Rettungsgesetz §§ 2 Abs 1, 3, 5; Salzburger Rettungsgesetz §§ 2, 5b; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz §§ 1 Abs 1, 3 Abs 2; Tiroler Rettungsgesetz §§ 4, 10 Abs 3 Lit b; Vbg. Rettungsgesetz §§ 3 Abs 3, 4 Abs 1, 6; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz § 1 Abs 5; §§ 5 Abs 1, 15 WRKG

nicht sinnvoll. So wird ein Rettungsfahrzeug, welches vorrangig in landwirtschaftlichen Gebieten im Einsatz ist, unter anderem zur Versorgung von Fällen von Spritzmittelvergiftungen ausgestattet sein müssen, was in städtischen Gebieten nicht vorrangig ist. Auch sind die Anforderungsprofile aufgrund variierender Einsatzgebiete unterschiedlich. Vergleicht man Städte mit vorrangig asphaltierten Straßen, in denen die Einsätze mit „normalen“ Fahrzeugen administriert werden können, mit ländlichen Gebieten, in denen sich auch geländegängige Einsatzfahrzeuge Verwendung finden (müssen), so zeigen sich ebenfalls geographische Unterschiede in den Anforderungen. Es kommt bei Ausstattungsfragen daher auf technische, geographische und medizinische Problemstellungen an. Zudem ist die Ausstattung dem Stand der medizinisch-technischen Wissenschaft entsprechend zu wählen.

Trotz variierender Einsatzschwerpunkte und daher unterschiedlicher Ausstattungsanforderungen ist ein gewisses Maß an Mindestvorgaben für Rettungsfahrzeuge zu erkennen. So regelt ÖNORM EN 1789 technische Voraussetzungen für Rettungsfahrzeuge. Diese Norm unterscheidet hinsichtlich der technischen Mindeststandards zwischen Rettungsfahrzeugen, an die höhere Anforderungen gestellt werden, und Krankentransportfahrzeugen. Da diese ÖNORM nicht in Gesetzeskraft erhoben wurde, kann sie nur als Anhaltspunkt für Standards gelten, bei deren Unterschreitung ein entsprechender Haftungsanspruch zu prüfen wäre.

Trotz ÖNORM E 1789 und bekannter medizinischer und technischer Notwendigkeit einer entsprechenden Ausstattung, werden Krankentransportfahrzeuge (mit geringerer Ausstattung) routinemäßig zu Rettungseinsätzen entsendet. Ist eine solche Entsendungsroutine bekannt oder kann diese anhand von Protokollen festgestellt werden, so hätte die Aufsichtsbehörde dies zu unterbinden. Ebenso hat die Rettungsorganisation strukturelle Maßnahmen zu ergreifen, dass zu Rettungseinsätzen nur geeignete Fahrzeuge entsendet werden, gegebenenfalls durch Änderung Ihrer Entsendungsroutinen oder der Leitstellenvorgaben. Wirkt sich dies negativ auf die Patientenversorgung aus, so liegt ein Organisationsverschulden des Rettungsdienstes und durch die Duldung dieser Missstände eine Verletzung der Aufsichtspflicht durch die Verwaltungsbehörde vor, welche diese für Schäden haftbar machen.

2.3) Personal und Versorgungsqualität

Die Rettungsorganisation verpflichtet sich mit Übernahme des Rettungsauftrages, Personal in ausreichender Stärke zur Verfügung zu stellen¹⁸⁵. In Zeiten abnehmender Bereitschaft der Bevölkerung, sich in freiwilligen Organisationen zu engagieren, ist es eine vorrangige Aufgabe der Rettungsorganisationen, die notwendigen Mannstärken herzustellen und von Seiten der Aufsichtsbehörden bei ihren Kontrollen besonderes Augenmerk auf Erreichen dieser zu legen.

Das Personal muss nicht nur für einen „normalen“ Dienstbetrieb in ausreichender Stärke verfügbar sein sondern auch für den Katastrophen- und Großschadenfall, falls eine Mithilfe in solchen Fällen vereinbart wurde. Jedenfalls hat die Organisation über eine genügende Zahl von Mitarbeitern zu verfügen, um auch in „Spitzenzeiten“ wie beispielsweise bei Grippeepidemien oder Bränden über eine ausreichende Mannstärke zu verfügen oder eine Personalknappheit infolge Urlaubszeit oder vermehrten Krankheitsfällen zu kompensieren. Diesen Personalstand zu überwachen dürfte nur erschwert möglich sein, da viele Mitarbeiter von freiwilligen Rettungsorganisationen zugleich Angehörige von Freiwilligen Feuerwehren und anderen Hilfsorganisationen sind. Kommt es aufgrund solcher Fehleinschätzungen über den Personalstand zu einem Mangel in der Hilfeleistung, so wird die Organisation und damit aufgrund der Amtshaftung die Gemeinde bzw. das Land haftbar.

Aber auch das eingesetzte Sanitätspersonal selbst ist einer regelmäßigen Kontrolle zu unterziehen. Wie Rettungsorganisationen im Rahmen der Zuteilung von Zivildienern immer wieder bekräftigen, ist der vorhandene Personalstand derzeit nicht übermäßig groß. Dies, obwohl ein gesetzlicher Auftrag besteht, Personal in ausreichendem Umfang zur Verfügung zu stellen¹⁸⁶. So muss in einigen Regionen ernsthaft befürchtet werden, dass der Rettungsbetrieb nicht ordnungsgemäß aufrechterhalten werden kann. Ist eine Organisation nicht mehr in der Lage den Dienstbetrieb aufrecht zu erhalten, so ist ihr die Anerkennung zu

¹⁸⁵ Burgenländisches Rettungsgesetz §§2 Abs 2 Zi 3, 3 Abs 1 Zi 5; K-RFG §§ 5 Abs 2 Lit d und e, 6 Abs 1; NÖ Rettungsdienstgesetz § 3; Oö. Rettungsgesetz §§ 2 Abs 1, 3, 5; Salzburger Rettungsgesetz §§ 2, 5b; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz §§ 1 Abs 1, 3 Abs 2; Tiroler Rettungsgesetz §§ 4, 10 Abs 3 Lit b; Vbg. Rettungsgesetz §§ 3 Abs 3, 4 Abs 1, 6; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz § 1 Abs 5; §§ 5 Abs 1, 15 WRKG

¹⁸⁶ Burgenländisches Rettungsgesetz §§2 Abs 2 Zi 3, 3 Abs 1 Zi 5; K-RFG §§ 5 Abs 2 Lit d und e, 6 Abs 1; NÖ Rettungsdienstgesetz § 3; Oö. Rettungsgesetz §§ 2 Abs 1, 3, 5; Salzburger Rettungsgesetz §§ 2, 5b; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz §§ 1 Abs 1, 3 Abs 2; Tiroler Rettungsgesetz §§ 4, 10 Abs 3 Lit b; Vbg. Rettungsgesetz §§ 3 Abs 3, 4 Abs 1, 6; Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz § 1 Abs 5; §§ 5 Abs 1, 15 WRKG

entziehen und der Vertrag zu kündigen¹⁸⁷. Der Versuch, Lücken durch Zivildienstler zu füllen erscheint riskant, da die Qualität der Versorgung durch Zivildienstleistende in vielen Fällen als nicht ausreichend zu qualifizieren sein wird.

In vielen Landesrettungsgesetzen ist ausdrücklich ein Freiwilligensystem¹⁸⁸ gefordert. Damit ist die Handlungsfreiheit der Gemeinde beschnitten und ein Personalengpass wäre auch durch Errichtung einer Berufsrettung nicht zu beheben. Diese Gesetzesstellen sollten de lege ferenda gestrichen und es den Gemeinden und Rettungen freigestellt werden, die Versorgung durch Einrichtung einer Berufsrettung aufrecht zu erhalten. Zudem ist es unverständlich, warum manche Bundesländer ausschließlich einen gemeinnützigen Rettungsbetrieb¹⁸⁹ ermöglichen. Berechnungen haben ergeben, dass bei wirtschaftlicher Führung eine Rettungsorganisation gewinnbringend arbeiten und sogar die Kosten für den Rettungsbetrieb, bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität, senken kann¹⁹⁰. Zudem bestehen hier auch verfassungsrechtliche Bedenken, denn der Landesgesetzgeber regelt durch die Verpflichtung eine gemeinnützige Organisation zu betrauen einen Bereich, der in den eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden übertragen wurde. In diesem sind die Gemeinden frei in ihrer wirtschaftlichen Handlungsweise. Diese verfassungsrechtliche Freiheit der Gebärung innerhalb des eigenen Wirkungsbereichs durch ein Landesgesetz einzuschränken erscheint, zumal sich auch keine sachlichen Gründe erkennen lassen, unzulässig und überschießend. Siehe dazu auch weiter unten.

2.4) Arzneimittellisten

Für eine Versorgung der Patienten entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft ist nicht nur die technische Ausstattung ausschlaggebend. Die Organisationen haben auch alle Maßnahmen zu ergreifen, die gemäß SanG zur Versorgung der Patienten vorgesehen sind und durch eine höchst mögliche Effektivität erzielt werden kann. Hier sei exemplarisch auf die im SanG

¹⁸⁷ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 4; K-RFG § 5 Abs 7; Oö. Rettungsgesetz § 4 Abs 3; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 3; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 3; Tiroler Rettungsgesetz § 3 (keine Kündigungsvorschriften aber Wegfall der Vertragsvoraussetzung); Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 3, § 11 WRKG

¹⁸⁸ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 2; K-RFG § 5 Abs 2 Lit b; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 2 Lit b; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 2 Zi 4; Tiroler Rettungsgesetz § 3 Abs 1 Lit b; Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 3

¹⁸⁹ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 2; K-RFG § 5 Abs 2 Lit b; Oö. Rettungsgesetz § 4 Abs 2 Zi 2; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 2 Lit b; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 2 Zi 4; Tiroler Rettungsgesetz § 3 Abs 1 Lit b

¹⁹⁰ Löffler, Businessplan Medical Service

vorgesehenen Arzneimittellisten¹⁹¹ verwiesen. Diese sind derzeit noch spärlich umgesetzt¹⁹², eine umfassende Versorgung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erscheint so nur schwer möglich¹⁹³. Die Errichtung solcher Listen ist gesetzlich gefordert, die Ausgestaltung, welche Medikamente zu verwenden sind, hat gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft zu erfolgen.

Bereits die Erläuterungen¹⁹⁴ sprechen von der Notwendigkeit landes- und organisationseinheitlicher Arzneimittellisten. Bei der Erbringung des öffentlichen Versorgungsauftrages ist darauf zu achten, dass dem Patienten die bestmögliche Versorgung zu Teil wird. Die Arzneimittellisten wurden geschaffen, um im Notfall den Patienten rasche Hilfe angedeihen zu lassen und einen frühest möglichen Therapiebeginn zu gewährleisten. Die anhaltende Weigerung von Rettungsorganisationen, umfassende Listen einzurichten um im Notfall Leben zu retten und Schmerzen zu lindern, kommt einer Missachtung der rechtlichen und medizinischen Notwendigkeit gleich und stellt eine Minderversorgung dar. Auch hier wären die Aufsichtsbehörden berufen diesen Zustand zu beheben und bei anhaltendem Missstand der Rettungsorganisation die Anerkennung zu entziehen.

IV) Rechtsschutz gegenüber beliehenen Organisationen

Wird eine Rettungsorganisation tätig, so werden ihr, wie jedem anderen Unternehmen, Fehler unterlaufen und Schäden eintreten. Dies ist im Bereich des Gesundheitswesens bedenklicher als in anderen Bereichen, sind doch diese Schäden zumeist gesundheitlicher Natur. Aber auch ohne die Beeinträchtigung der Gesundheit kann es zu Schadenersatzpflichten kommen. Diese können beispielsweise im Zuge einer die Kompetenzen überschießenden Handlungsweise, einer Unterlassung der Rettungspflicht oder schlicht im Rahmen eines zugefügten Sachschadens während eines Einsatzes entstehen. Um gegen hoheitliche Handlungen von Beliehenen, ihren Aufsichtsorganen und Gehilfen geschützt zu sein, erstreckt sich das öffentlich-rechtliche Rechtsschutzsystem auch auf diese „ausgliederten“ Rechtsträger.

¹⁹¹ SanG §§ 10, 11

¹⁹² vgl. Arzneimittellisten der „vier für Wien“; Arzneimittellisten des Burgenländischen Roten Kreuz; u.a.

¹⁹³ vgl. Notfallmedikamente nach ERC Reanimationsrichtlinien 2005

¹⁹⁴ SanG Zu Artikel I § 10, Zu Artikel I § 11

1.1) Volksanwaltschaft

Der Volksanwaltschaft obliegt die Kontrolle staatlicher Organe im organisatorischen Sinn sowie von Beliehenen¹⁹⁵. Damit unterliegt ihr nahezu lückenlos die Kontrolle hoheitlicher Handlungen.

Die Volksanwaltschaft ist ein Rechtsschutzinstrument, das geschaffen wurde um den Bürgern die Möglichkeit einzuräumen, sich über das Handeln der Verwaltung des Bundes zu beschweren und um solche Handlungen gegebenenfalls zu beseitigen. Voraussetzung für eine Beschwerde ist jedoch, dass es für den Betroffenen kein oder kein weiteres ordentliches Rechtsmittel gibt.

Von der Kontrolle der Volksanwaltschaft ist nach herrschender Ansicht nicht nur jedes hoheitliche Handeln der unmittelbaren und mittelbaren Verwaltung, sondern auch jedes nicht hoheitliche privatwirtschaftliche Handeln von Verwaltungsorganen erfasst¹⁹⁶. Das Tätigkeitsfeld von Privaten wird durch die Volksanwaltschaft nicht berührt. Stolzlechner führt aus, dass von dieser Kontrolle auch die Vollzugstätigkeit der Selbstverwaltungskörper (Gemeinden) im übertragenen Wirkungsbereich erfasst ist. Nicht geklärt erscheint Stolzlechner jedoch, ob die Volksanwaltschaft berufen ist, die Erfüllung von Bundeshoheitsaufgaben durch Privatrechtsträger zu überprüfen. Er meint jedoch, und dem ist zu folgen, dass dies zu bejahen ist, da die Erfüllung von Hoheitsaufgaben durch Privatrechtsträger als Verwaltung zu qualifizieren ist.

Zusätzlich zu dieser Bundes-Volksanwaltschaft, können die Länder zur Kontrolle ihrer Verwaltung eigene Landesvolksanwaltschaften¹⁹⁷ einrichten, oder alternativ dazu die Aufgaben der Bundes-Volksanwaltschaft auf ihre eigene Verwaltung erstrecken¹⁹⁸. Da die Landes-Volksanwaltschaften ihre Aufgabe ident mit jenen der Bundes-Volksanwaltschaft definieren¹⁹⁹, ist eine nahezu lückenlose Kontrolle der Verwaltungstätigkeit in Österreich gewährleistet. Es kommt somit ausschließlich darauf an, welche Volksanwaltschaft zuständig ist.

Die Beauftragung der Bundes-Volksanwaltschaft mit der Kontrolle der Landesverwaltung hätte, neben dem örtlichen Problem, dass diese in Wien

¹⁹⁵ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, Kap III.B.

¹⁹⁶ Stolzlechner, Privatisierung staatlicher Verwaltungsaufgaben und Kontrolle durch die Volksanwaltschaft, Kap III.A.

¹⁹⁷ Tirol und Vorarlberg nach Stolzlechner, Privatisierung staatlicher Verwaltungsaufgaben und Kontrolle durch die Volksanwaltschaft, Kap III.D.

¹⁹⁸ Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Wien nach Stolzlechner, Privatisierung staatlicher Verwaltungsaufgaben und Kontrolle durch die Volksanwaltschaft, Kap III.D.

¹⁹⁹ Stolzlechner, Privatisierung staatlicher Verwaltungsaufgaben und Kontrolle durch die Volksanwaltschaft, Kap III.D.

ansässig ist und damit eine oftmals lange Anreise des Beschwerdestellers zur persönlichen Vorsprache verbundenen wäre, einen Vorteil. Hier müsste man für eine Eingabe nicht zwischen Landes- und Bundesverwaltung unterscheiden, sondern könnte sich mit seiner Beschwerde an eine Stelle richten. Im Rettungswesen wird es - Sonderkonstellationen in denen die Rettung länderübergreifend tätig wird ausgenommen - nahezu immer zur Zuständigkeit jener Landesvolksanwaltschaft kommen, in deren Zuständigkeitsbereich sich der Vorfall ereignet hat. Dies ergibt sich aus der Einsatzstruktur der Rettungsorganisationen, deren Einsatzgebiet zumeist gleich dem Gemeindegebiet ist.

Erfährt die Volksanwaltschaft von einem Missstand, so kann sie nach Anzeige oder von Amts wegen tätig werden. Sie hat dies dem verantwortlichen Verwaltungsorgan und dem zuständigen Bundesministerium anzuzeigen und kann dabei Verbesserungsvorschläge unterbreiten. Die betroffene Verwaltungsstelle hat innerhalb gesetzlich vorgeschriebener Frist den Missstand zu bereinigen oder zu begründen, warum dies nicht geschehen ist. In ihrem jährlichen Bericht vor dem Nationalrat erstattet die Volksanwaltschaft Bericht und kann so wichtige Probleme thematisieren. Zudem steht ihr die Mitwirkung an den Beratungen über ihre Berichte im Nationalrat, im Bundesrat, in den parlamentarischen Ausschüssen und in deren Unterausschüssen offen und sie kann auf diese Weise richtungsweisend tätig werden. Somit hat die Volksanwaltschaft nicht nur die Möglichkeit ein Fehlverhalten anzuprangern, sondern kann auch die Behebung durch politische Einflussnahme in ihrem Sinn steuern.

Um bei der Volksanwaltschaft eine Beschwerde einzubringen, muss man von den Missständen betroffen sein. Betroffen heißt jedoch nicht geschädigt. Somit wäre es denkbar, eine entsprechende Beschwerde auch schon vorab einzubringen. Beispielsweise wenn man in einer Region ansässig ist, in der keine ausreichende Versorgung mit Rettungsmitteln vorliegt oder keine flächendeckende Notarztversorgung gewährleistet werden kann.

2) Gerichtshöfe öffentlichen Rechts

Die staatliche Verwaltung sowie die Beliehenen unterliegen in ihrem öffentlich-rechtlichen Handeln einem eigenen Rechtsschutzsystem. Dieses dient, wie es Art 129 B-VG vorsieht, der Sicherung der Gesetzmäßigkeit der gesamten öffentlichen Verwaltung. Zur Wahrung dieser Gesetzmäßigkeit sind die unabhängigen Verwaltungssenate (UVS) auf der einen Seite und der Verwaltungsgerichtshof (VwGH) sowie der Verfassungsgerichtshof (VfGH) als

Gerichtshöfe des öffentlichen Rechts auf der anderen Seite berufen. Grundsätzlich fallen in die Zuständigkeit dieser Rechtsschutzinstitutionen nur Verwaltungsakte. Wie Holoubek²⁰⁰ jedoch treffend schreibt, geht die Tendenz dahin, dass selbst für Fälle, in denen kein Bescheid oder Akt unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt (AuvBZ) vorliegt, der Gesetzgeber öffentlich-rechtliche Rechtsschutzeinrichtungen vorsieht. Dies ist insofern wichtig und berücksichtigungswert, als sonst die ordentlichen Gerichte²⁰¹ mit der Wahrung der Rechte von Geschädigten befasst wären.

2.1) Der unabhängige Verwaltungssenat:

Als eine Art „Sondergerichtshof“ sind die unabhängigen Verwaltungssenate (UVS) der Länder eingerichtet. Ihre Mitglieder genießen nicht denselben verfassungsrechtlichen Schutz wie Richter, sind diesen jedoch relativ gleichgestellt. Nach Auffassung Österreichs und des EGMR reicht diese Annäherung in Verbindung mit dem Instanzenzug aus um ein faires Verfahren zu gewährleisten. Zuständig sind die UVS für Rechtsmittel und Beschwerden gegen hoheitliches Handeln. Für das Rettungswesen wären dies vor allem Akte unmittelbarer verwaltungsrechtlicher Befehls- und Zwangsgewalt sowie Bescheide der zuständigen Behörde.

Sowohl Holoubek²⁰² als auch der VfGH²⁰³ gehen davon aus, dass der Verwaltungsbegriff, sowie die aus Art 129 bis 129b B-VG hervorgehende Zuständigkeit des UVS, auf die gesamte öffentliche Verwaltung anzuwenden sind. Hier zählt also nicht nur die organisatorische Einbindung, vielmehr ist das eigentliche Handeln zu bewerten, ob dieses ein spezifisches oder zumindest weitgehend öffentlich-rechtliches darstellt oder ob es für „echte“ Private typisch ist. Holoubek und dem von ihm und vom VfGH zitierten Alfred Grof folgend, ist vermehrt die Zuständigkeit des UVS gem. § 67a AVG (wohl auch iVm § 1 JN) und weniger jene der zivilen Gerichtsbarkeit begründet.

Im Hinblick auf das Rettungswesen ist Holoubek²⁰⁴ zu folgen, der eine Entscheidung des EGMR sowie des VfGH zitiert. Wenn aufgrund des Vorliegens von mangelnden Rechtsschutzinstrumentarien die zivilen Gerichte nicht

²⁰⁰ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beileihung, Kap II.B.

²⁰¹ § 1 JN

²⁰² Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beileihung, Kap II.B.

²⁰³ VfSlg 14.891/1997

²⁰⁴ Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beileihung, Kap II.B.

ausreichen um den notwendigen Rechtsschutz zu gewähren, wird die Zuständigkeit des UVS quasi automatisch begründet. Auch Hauer²⁰⁵ schließt sich offensichtlich dieser Meinung an und geht noch weiter, indem er auch das Handeln von Privaten, die ohne Beleihungsakt in Vollziehung eines Gesetzes tätig werden, dem UVS unterwirft. So stellt er richtiger Weise fest: *„... dass auch Handlungen beigezogener Privater Akte unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt der beziehenden Behörde sein können. Dies jedenfalls dann, wenn die Handlung des Privaten von den Aufträgen der beziehenden Behörde voll gedeckt ist.“*

Es ergeben sich daher zwei Konstellationen, die eine Zuständigkeit des UVS begründen. Einerseits hat der Gesetzgeber die Möglichkeit, den UVS als Kontrollorgan zu bestimmen - auch für Fälle, in denen ein privatrechtliches Handeln näher läge. Andererseits ist die Zuständigkeit des UVS jedenfalls aufgrund der Art 129 bis 129b B-VG iVm § 67a AVG ex lege begründet, wenn keine expliziten Regelungen vorliegen und die Ausübung der (rettungsdienstlichen) Aufgaben einen Akt der unmittelbaren verwaltungsbehördlichen Befehls- und Zwangsgewalt darstellen, mit einer solchen verbunden sind oder weitgehend öffentlich-rechtliches Handeln vorliegt. Nur in jenen Fällen, in denen die Rettungsorganisation rein privatrechtlich handelt und es keine Zuweisung zum UVS gibt, sind die ordentlichen Gerichte berufen.

2.2) Die Verfassungs- und Verwaltungsgerichtsbarkeit

Als außerordentliches Rechtsmittel gegen die Entscheidungen der UVS besteht die Möglichkeit der Anrufung des VwGH und des VfGH. Diese kontrollieren insbesondere die Rechtmäßigkeit der Verwaltungsakte bzw. die Grundrechtskonformität von Gesetzen.

Der Verfassungsgerichtshof wird grundsätzlich nur auf Antrag tätig und kontrolliert die Einhaltung der Verfassung. Zur Beachtung der Verfassung sind alle staatlichen Stellen und privaten Institutionen, die staatliche Funktionen wahrnehmen, verpflichtet. Für den Fall, dass sie die Verfassung verletzen, hat der Verfassungsgerichtshof darüber zu entscheiden und gegebenenfalls Abhilfe zu schaffen. Durch seine Prüfung von Gesetzen und Verordnungen sichert er die rechtsstaatliche Grundordnung.

Hingegen ist der Verwaltungsgerichtshof zur Kontrolle von Beschwerden gegen Bescheide von Verwaltungsbehörden berufen. Er prüft diese hinsichtlich einer

²⁰⁵ Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap D.III.

sonstigen, von den Grundrechten unabhängigen Rechtswidrigkeit. Wenn der Verwaltungsgerichtshof dem Beschwerdeführer Recht gibt, hebt er den als gesetzwidrig erkannten Bescheid auf. Die belangte Behörde muss dann unter Bedachtnahme auf die Rechtsansicht des Verwaltungsgerichtshofes einen neuen Bescheid erlassen. Kommt der Verwaltungsgerichtshof zu dem Ergebnis, dass die behauptete Rechtswidrigkeit nicht vorliegt, wird die Beschwerde abgewiesen.

Neben dem Bescheidprüfungsverfahren ist der VwGH auch zuständig, falls Behörden rechtswidrig untätig bleiben und das Verfahren bereits der zuständigen obersten Verwaltungsbehörde zur Entscheidung vorbehalten ist. Liegt ein derartiges Säumnis vor, so entscheidet der Verwaltungsgerichtshof in der Sache selbst. Er erlässt an Stelle der Verwaltungsbehörde den entsprechenden Bescheid.

2.3) Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte

Die Zuständigkeit des Verfassungsgerichtshofes endet dort, wo zwar eine Verfassungswidrigkeit angenommen werden kann, jedoch diese aus einem Unterlassen bzw. Untätigbleiben des Gesetzgebers herrührt. Die Bundesverfassung ermächtigt den Verfassungsgerichtshof nicht dazu, dem Gesetzgeber den Auftrag zur Erlassung von Gesetzen zu erteilen. In solchen Fällen ist der europäische Gerichtshof für Menschenrechte anzurufen²⁰⁶. Dieser kann einen Mangel an rechtlichen Regelungen feststellen und den Staat gegenüber dem Einzelnen zu einer Schadenersatzleistung verpflichten. Die Möglichkeit den Staat zu zwingen ein entsprechendes Gesetz zu erlassen hat der EGMR jedoch nicht.

3) Aufsichtsbeschwerde

Eine Möglichkeit, die zwar keinen direkten Rechtsanspruch auf Erledigung oder Beseitigung von Missständen bietet, jedoch zumindest eine behördliche Stellungnahme über das Vorbringen nach sich zieht, ist die Aufsichtsbeschwerde. Diese ist an die mit der Aufsicht betraute Behörde zu richten. Das ist jene Landesverwaltung, in deren Gebiet die Rettungsorganisation tätig wird. Sie ist daher an das Amt der Landesregierung zu richten und hat die Beschwerdepunkte zu enthalten. Die Landesregierung kann sodann ihre Kontrollrechte gem. Art 119a B-VG nutzen und die Gemeinde bezüglich der Wahrnehmung ihrer Aufgabe in Funktions- aber auch Finanzgebarung prüfen. Richtet sich die Beschwerde auf ein

²⁰⁶ Holoubek, Lang, Rechtsprechungsübersicht Verfassungsgerichtshof, Kap 1; VfSlg 9909/1983

Thema, das im Interesse der Allgemeinheit liegt, so ist die Beschwerde von der Eingabegebühr befreit.

V) Errichtung eines Rettungsdienstes

Wie dargestellt haben Gemeinden und Länder verschiedene Möglichkeiten, wie sie ihrer Pflicht zur Sicherung der Bürger und Fremden durch Einrichtung eines Rettungswesens nachkommen. So können diese einerseits eine eigene Rettung in Form einer öffentlich-rechtlichen Institution einrichten, eine eigene Rettung unter Ausnutzung ihrer privatwirtschaftlichen Möglichkeiten errichten oder einen privatrechtlichen Anbieter damit beauftragen. Im Folgenden werden die gängigsten Formen der rettungsdienstlichen Versorgung erörtert.

1) Beauftragung eines privaten Rettungsdiensteanbieters

Die in Österreich am häufigsten genutzte Form ist die Beauftragung einer privatrechtlichen Organisation mit der Aufgabenwahrnehmung. Die damit übertragenen Rechte und Pflichten wurden bereits erörtert.

Um von einer Gemeinde beauftragt werden zu können ist eine Anerkennung als Rettungsorganisation Voraussetzung. Wie bereits erörtert, wird in manchen Landesrettungsgesetzen²⁰⁷ festgelegt, welche Rettungsorganisationen de lege anerkannt sind. Für die anderen Bewerber gibt es die Möglichkeit sich anerkennen zu lassen. Zu hinterfragen ist in diesem Zusammenhang, ob die gesetzliche Anerkennung einzelner Organisationen, im Verhältnis zu dem Aufwand, den ein Mitanbieter zur individuellen Anerkennung aufzubringen hat, einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz darstellt.

Die meisten Landesrettungsgesetze sind historisch gewachsen. Während des nationalsozialistischen Regimes wurde dem Roten Kreuz die Aufgabe zugeteilt, alleine „*der Mittelpunkt des gesundheitlichen Rettungs- und Hilfsdienstes in allen seinen Teilgebieten*“²⁰⁸ zu sein. Alle anderen Organisationen wurden verboten und deren Ausrüstung enteignet. Somit verfügte diese Organisation nach dem Krieg, im Gegensatz zu den anderen Organisationen, über einen ausgebauten Apparat zur Bewältigung der Aufgabe und konnte diese unverzüglich übernehmen. Da auf diese Weise ein funktionierendes Rettungssystem (rasch) bereit stand und ein

²⁰⁷ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 6; K-RFG § 5 Abs 8 und 12; Oö. Rettungsgesetz § 4 Abs 4; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 4; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 5; Tiroler Rettungsgesetz §§ 3 Abs 4, 8 Abs 6 (keine Erklärung der Anerkennung aber einer generellen Eignung als Rettungsorganisation); Vbg. Rettungsgesetz § 3 Abs 2, § 34 WRKG

²⁰⁸ Frick in Amtliches Unterrichtsbuch für Erste Hilfe, Einleitende Worte; 2. Gesetzblatt für das Land Österreich, 60. Stück, 10. Juni 1938, Kundmachung des Reichsstadthalters in Österreich, wodurch die Verordnung über da Deutsche Rote Kreuz im Lande Österreich vom 23. Mai 1938 bekanntgemacht wird

solches von anderen Organisationen erst hätte aufgebaut werden müssen, war eine Beauftragung bzw. gesetzliche Anerkennung eine sachlich gerechtfertigte Bevorzugung und somit ein rechtmäßiges Mittel. Es war vertretbar, im Zuge des Wiederaufbaus ein funktionierendes System zu bestellen, um die Grundversorgung so rasch wie möglich zu gewährleisten und Ressourcen zu schaffen, mit denen ein zerstörtes Wirtschaftsgefüge neu errichtet werden konnte.

Dass die entsprechenden Gesetzesstellen trotz mehrfacher Reformen und geänderter wirtschaftlicher und technischer Strukturen sowie dem vermehrten Auftreten anderer Organisationen immer noch in Geltung stehen, ist weniger verständlich. Eine Rettungsorganisation kann gem. den Landesrettungsgesetzen der Gemeinde nämlich nur dann ein Anbot legen, wenn die Rettungsorganisation anerkannt ist. Eine solche Anerkennung darf in vielen Bundesländern jedoch erst dann erfolgen, wenn es zu keiner Rettungskonkurrenz durch die Zulassung mehrerer Rettungsdienste kommt. Diese vermeintliche Konkurrenz ist aufgrund der de lege anerkannten Organisation oft unvermeidbar, was wiederum, dem Gesetz folgend, zur Unmöglichkeit der Anerkennung einer weiteren Organisation führt. Dies widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz, wonach eine Ungleichbehandlung nur aufgrund von rechtlich zu würdigenden, ungleichen Voraussetzungen zulässig ist. Erfolgt eine Ablehnung der Zulassung aufgrund einer Rettungskonkurrenz, wäre diese wegen verfassungswidriger Auslegung des zugrunde liegenden Gesetzes anfechtbar. Aber auch den Vergaberichtlinien widerspricht ein solches Verfahren, schließt es doch Mitbewerber bereits in einem Vorstadium der Vergabe einseitig und sachlich nicht begründet aus. Zudem widerspricht es auch der Erwerbsfreiheit, wie im Folgenden dargestellt wird. Für die entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen ist eine Sanierung daher dringend geboten.

In seinem Erkenntnis vom 23.01.2001²⁰⁹ entschied der VwGH zur Frage der Anerkennung einer weiteren Rettungsorganisation trotz aufrechter Verträge aller Gemeinden mit einer einzigen anderen Rettungsorganisation. Die burgenländische Landesverwaltung lehnte die Zulassung einer Organisation ab, indem sie unterstellte, dass aufgrund von Verträgen aller Gemeinden mit einer einzigen anderen Organisation die neue Organisation keine Gemeinden als Vertragspartner gewinnen könne. Der VwGH entschied jedoch, dass die Zulassung einer Rettungsorganisation nicht deshalb verwehrt werden darf, nur weil die Annahme

²⁰⁹ VwGH 2000/11/0190

bestehe, dass es ohnehin zu keiner Beauftragung durch irgendeine Gemeinde kommen werde. Das Nichtzustandekommen eines Vertrages mit einer Gemeinde ist erst in einem eventuellen Widerrufs- und nicht schon im Bewilligungsverfahren zu prüfen. Zudem wäre im Falle eines Widerrufs der Anerkennung, wenn binnen eines Jahres kein Vertrag mit zumindest einer Gemeinde zustande gekommen ist, die zugrunde liegende Gesetzesstelle aufgrund „*verfassungsrechtlicher Bedenken wegen Verstoßes gegen das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit zu überprüfen*“. Eine solche Einschränkung der Anerkennung, und auch hier ist dem VwGH zu folgen, bildet „*kein adäquates Mittel zur Sicherung des öffentlich Interessens an der Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Rettungsdienstes durch geeignete Rettungsorganisationen.*“

So erkennt der VwGH weiters eine wirtschaftliche Einschränkung für einen Bewerber durch bestimmte Anerkennungsvoraussetzungen. Die von der Verwaltungsbehörde angewendete Vergleichsmethode von Personalstärke und Ausrüstung des im Burgenland flächendeckend tätigen Roten Kreuzes und dem Beschwerdeführer würde einen Antragsteller zu einer „*völlig unwirtschaftlichen Verhaltensweise*“ zwingen. Der Antragsteller habe durch seine Struktur und Planung nur die Funktionstüchtigkeit des Rettungs- und Krankentransportdienstes in jener Gemeinde zu gewährleisten, für die er sich zur Übernahme verpflichtet. Großschadens- und Katastrophenszenarien habe ein solcher Bewerber in seiner Struktur (alleine) nicht zu bewältigen.

Einem anderen Erkenntnis des VwGH²¹⁰ folgend, wäre aus dem Wortlaut des Rettungs- und Krankentransportdienstes, den eine Gemeinde zu errichten verpflichtet ist, zu entnehmen, dass es sich hierbei um einen einzelnen Rechtsträger handeln müsse. Die Aufgabe des Krankentransportes könne demzufolge nicht von jener des Rettungswesens getrennt vergeben werden. Dem ist nicht zu folgen. Es ist wohl zutreffend, dass sich der Rettungsdienst aufgrund der in Österreich vorherrschenden Strukturen bis zu einem gewissen Maße auch dem Krankentransport widmen muss. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Gemeinde kein eigenes und ausschließliches Krankentransport- oder Rettungsunternehmen beauftragen darf. Der zugrunde liegende Fall betrifft NÖ, Marktgemeinde Kaltenleutgeben. Der VwGH vermeinte aus dem Hinweis im Landesrettungsgesetz auf den Rettungsdienstbeitrag einen Anhaltspunkt für einen ausschließlich in Kombination zu vergebenden Vertrag erkennen zu können. Richtig ist jedoch, dass für ein ausschließlich im Bereich Krankentransport tätiges

²¹⁰ VwGH 2001/11/0136

Unternehmen, wie beispielsweise ein Mietwagenservice oder ein anerkannter oder nur privatwirtschaftlich tätiger Rettungsverein, kein Rettungsdienstbeitrag geleistet werden muss. Eine Ablehnung eines solchen Vertrages sprengt hingegen die Grenzen des Anwendungsbereichs des NÖ Gemeinde-Rettungsdienstgesetzes. Dies würde übermäßig in die Erwerbsfreiheit eines Unternehmens eingreifen und somit die Kompetenz der Landesgesetzgebung übersteigen. Auch könnte sich, in Entsprechung dieser Entscheidung, die beliebige Rettungs- und Krankentransportorganisation zwar eines solchen Gehilfen bedienen, der dann in deren Namen auftritt, der Gemeinde selbst wäre jedoch eine derartige Wahl ihrer Vertragspartner und damit die Freiheit in ihrer Wirtschaftsverwaltung vorenthalten. Fraglich ist zudem, ob ein reiner Krankentransportvertrag nach dem Wortlaut des NÖ Gemeinde-Rettungsdienstgesetzes überhaupt von der Landesregierung bewilligungspflichtig wäre, wenn zumindest ein „ordentlicher“ Rettungs- und Krankentransportdienst eingerichtet ist. Folgt man dem der Entscheidung zugrunde liegenden Wortlaut des Gesetzes, so wäre dies nicht der Fall.

In einigen Landesgesetzen wird normiert, dass nur gemeinnützige bzw. nicht gewinnorientierte Vereine anerkannt werden dürfen²¹¹. Dies diene vermutlich der Kostenminimierung sowie dem öffentlichen Interesse an einer breiten Beteiligung am Rettungswesen sowie nicht zuletzt der Erhaltung einer Tradition, vergleichbar jener der freiwilligen Feuerwehren. Auch hier wäre, ähnlich wie zuvor, ein abschlägiger Bescheid über die Anerkennung einer gewinnorientierten Rettungsorganisation wegen des Verstoßes gegen das Grundrecht auf Erwerbsfreiheit zu überprüfen. Es wäre diesbezüglich zu prüfen, ob die Vorteile, die ein gemeinnütziger Verein bringen kann, eine Einschränkung der Erwerbsfreiheit rechtfertigen. Zudem ist von einer neuen Definition der Gemeinnützigkeit in Bezug auf Rettungsorganisationen auszugehen.

In der Datenschutzgesetznovelle 2005²¹² definiert der Gesetzgeber den Begriff der Gemeinnützigkeit von Rettungsorganisationen weit ab von jenem der steuerrechtlichen Gemeinnützigkeit. So spricht der Gesetzgeber in Bezug auf solche Organisationen von *„einer Hilfsorganisation die statuten- oder satzungsgemäß das Ziel hat, Menschen in Notsituationen zu unterstützen und von*

²¹¹ Burgenländisches Rettungsgesetz § 3 Abs 2; K-RFG § 5 Abs 2 Lit b; Oö. Rettungsgesetz § 4 Abs 2 Zi 2; Salzburger Rettungsgesetz § 3 Abs 2 Lit b; Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz § 3 Abs 2 Zi 4; Tiroler Rettungsgesetz § 3 Abs 1 Lit b

²¹² Bundesgesetz, mit dem das Datenschutzgesetz 2000 - DSG 2000 geändert wird, BGBl. I Nr. 13/2005, Ausgegeben am 31. März 2005, NR: GP XXII IA 515/A AB 821 S. 96. BR: AB 7228 S. 719.

*der angenommen werden kann, dass sie in wesentlichem Ausmaß eine Hilfeleistung im Katastrophenfall erbringen kann*²¹³. Die Zulassungsvoraussetzungen für gemeinnützige Vereine sind daher neu zu definieren und auch steuerrechtlich gewinnorientierte Vereine, die der Definition des DSG entsprechen, zuzulassen.

Aber auch ohne diese Bestimmung wäre der Ausschluss von gewinnorientierten Organisationen „*kein adäquates Mittel zur Sicherung des öffentlich Interessess an der Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Rettungsdienstes durch geeignete Rettungsorganisationen*“, zumal es möglich ist, mit Hilfe eines wirtschaftlich geführten Betriebes die Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität zu erhöhen²¹⁴. Will man den Standard im Rettungswesen steigern, wird man an einer (teilweisen) Abschaffung des Freiwilligenwesens und einer Etablierung einer Berufsrettung oder einer Beauftragung eines gewinnorientierten Unternehmens nur schwer vorbei kommen²¹⁵.

2) Gemeinsame Rettungseinrichtungen mehrerer Gemeinden

Grundsätzlich hat jede Gemeinde einen Rettungsdienst einzurichten. Dass dies teuer und zum Teil ineffizient ist, ist nachvollziehbar. Daher liegt die Idee nahe, einen gemeinsamen Rettungsdienst mehrerer Gemeinden einzurichten. Dem stehen die Landesrettungsgesetze nicht entgegen, das oberösterreichische Rettungsgesetz sieht eine solche Einrichtung sogar vor²¹⁶. Zu beachten sind jedoch zwei Problemstellungen:

Die rechtliche Situation ist in jedem Bundesland aufgrund der Landeskompetenz zur Gesetzgebung verschieden. Daher wird die Errichtung eines gemeinsamen Rettungsdienstes über die Bundesländergrenzen hinaus nur erschwert und in vielen Fällen sogar rechtlich unmöglich sein. Eine Angleichung der Landesrettungsgesetze und das Vorsehen grenzüberschreitender wie auch österreichweit agierenden Rettungsorganisationen sind daher dringend notwendig. Dies ist liegt sowohl im Sinn einer zeitgemäßen Gesetzgebung, als auch eines sparsamen Umgangs mit Steuermitteln.

Zudem stellt sich das Problem des Anfahrtsweges, der durch eine Zusammenlegung mehrerer Rettungsstationen oftmals verlängert wird. Dadurch

²¹³ § 48a Abs 6 DSG

²¹⁴ Andreaus/Löffler, Businessplan „Medical Service Austria“

²¹⁵ Andreaus, Zurück ins Leben, S 5 Kap 4

²¹⁶ § 3 OÖ Rettungsgesetz

wäre ggf. eine Verschlechterung der Versorgungssituation gegeben und politisch wie rechtlich kaum verantwortbar.

Dennoch kann eine Zusammenlegung Vorteile bringen. So ist beispielsweise zu berücksichtigen, dass freigewordene Ressourcen eingesetzt werden könnten um die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Es könnten die Kapazitäten genutzt werden, um in Gebieten mit schlechter medizinischer Versorgung Ärztefunk- und Notarztendienste zu errichten oder die Kosteneinsparungen in die Ausstattung der Fahrzeuge zu investieren. Solche Maßnahmen lassen sich nur im Einzelfall gegeneinander abwägen. Können Einsatzzeiten in einem akzeptablen Rahmen gehalten werden und ist mit der Zusammenlegung eine Leistungserhöhung verbunden, so liegen von rechtlicher Seite keine Einwände gegen eine solche vor.

3) Schaffung einer Berufsrettung

Besteht keine Möglichkeit eine Rettungsorganisation zu verpflichten, finden sich keine freiwilligen Mitarbeiter für Rettungseinrichtungen und kann die Gemeinde auch mit keiner anderen Gemeinde einen funktionierenden und dem Versorgungsstandard entsprechenden Rettungsverbund eingehen, so ist diese Gemeinde dennoch nicht aus ihrer Verpflichtung entlassen, für ein funktionstüchtiges Rettungswesen zu sorgen. In diesem Fall wird es zur Errichtung einer körperschaftlichen Gemeinderettung kommen müssen. Das Argument der finanziellen Belastung der Gemeinde durch die Errichtung und Betreibung einer solchen ist jedenfalls nicht geeignet eine Entbindung von der Pflicht anzunehmen.

4) First Responder als mögliche Alternative zur Rettung

In jüngster Zeit wurde es zu einer „Modeerscheinung“, First Responder Systeme ins Leben zu rufen. Eine ähnliche Struktur gibt es bereits seit längerem in Deutschland, wo in schlecht versorgten Gebieten ein so genannter „Helfer vor Ort“ eingerichtet wurde, der bis zum Eintreffen der ordentlichen Rettungskräfte die Zeit mit qualifizierter Erster Hilfe überbrücken soll.

Der First Responder ist eine, wie der Name schon verdeutlicht, angloamerikanische Entwicklung. In Wien hat dieses System bereits früh Einzug gehalten, allerdings in einer angepassten Form. So wird in Wien im Falle einer Vitalfunktionsstörung jenes Einsatzmittel vorab zum Notfall entsendet, das sich von der Fahrtzeit am nächsten zum Einsatzort befindet. Es hat dann die Zeit bis

zum Eintreffen des Notarztes oder der Rettung durch Leistung einer qualifizierten Erstversorgung zu überbrücken.

Innerhalb der anderen acht Bundesländer ist das First Responder System anders angelegt. Die eingesetzten Rettungskräfte befinden sich zu Hause oder in der Arbeit. Von dort fahren sie nach Alarmierung zum Einsatzort, um ebenfalls bis zum Eintreffen der ordentlichen Einsatzmittel dem Patienten qualifizierte Erste Hilfe zu Teil werden zu lassen.

Eine Möglichkeit, die in Verbindung mit der Zusammenlegung einzelner Rettungsstationen sinnvoll erscheint und die Versorgungsqualität erhöhen kann. Dennoch müssen bei einer solchen Einrichtung bestimmte „Spielregeln“ beachtet werden, die eine tatsächliche Kostenersparnis fraglich erscheinen lassen.

Der First Responder muss Sanitäter sein, da die Ausübung der Tätigkeit nur nach Maßgabe des Sanitätergesetzes erfolgen kann²¹⁷. Es steht prinzipiell frei, ob für den Einsatz ein Rettungs- oder ein Notfallsanitäter entsendet wird. In Anbetracht der Situation, dass dieser auf sich alleingestellt ist, wäre die höherwertige Ausbildung jedenfalls zu bevorzugen. Da er in der Zeit bis zum Eintreffen des Einsatzmittels eventuell eine Reanimation des Patienten oder eine Schockbekämpfung alleine vornehmen muss, ist die Verwendung eines Notfallsanitäters mit allen Notfallkompetenzen dringendst anzuraten. Nur diesem wäre es erlaubt, medikamentös zu intervenieren sowie die Atemwege so zu sichern, dass auch ein Laienhelfer für eine effiziente Hilfestellung bei der Beatmung herangezogen werden kann.

Diese Sanitäter müssen jedenfalls im Namen einer Rettungsorganisation tätig werden, da die Ausübung der Tätigkeit als Sanitäter nur im Rahmen einer solchen gestattet ist²¹⁸. Die Gebietskörperschaft wäre jedoch ermächtigt, eine entsprechende, selbstständige Einrichtung zu schaffen.

Als Alternative zu den genannten Voraussetzungen kann auch ein ärztlicher First Responder eingesetzt werden. Dieser muss die Voraussetzungen eines zur freien Berufsausübung zugelassenen Arztes erfüllen, besser wäre jedoch die Zusatzausbildung zum Notarzt. In Belgien sind alle niedergelassenen Ärzte am Rettungsdienst beteiligt. Auf Anweisung der Leitstelle muss sich der Arzt zum

²¹⁷ § 1 Abs 2 SanG

²¹⁸ § 23 SanG

Notfallort begeben. Daher haben in den Belgien alle niedergelassenen Ärzte eine verpflichtende Weiterbildung zum Notarzt²¹⁹.

Die Fahrzeuge von First Respondern müssen als Einsatzfahrzeuge erkennbar sein. Fahrzeuge ohne Blaulicht oder Folgetonhorn sind keine Einsatzfahrzeuge und nicht für die Entsendung zulässig. Da der First Responder rasch zum Einsatzort gelangen muss, würde er ohne Verwendung eines Sonderzeichens sich und Dritte gefährden. Es wären daher Dienstfahrzeuge zur Verfügung zu stellen oder Privatfahrzeuge mit einer entsprechenden Signalanlage auszustatten. Zudem darf auch bei Einrichtung eines First Responders die Zeit bis zum Eintreffen des ordentlichen Rettungsmittels nicht über dem internationalen Standard liegen, da ein First Responder lediglich eine Überbrückung darstellen kann und keine adäquate Versorgung gewährleistet. Die Einsatzzeiten müssen sohin auch bei Anwesenheit eines solchen eingehalten werden.

Auch die Ausrüstung ist gemäß der Aufgabe zu wählen. Diese hat über alle notwendigen, dem Stand der medizinischen und sanitätstechnischen Wissenschaft entsprechenden Materialien zu verfügen. Zu diesen zählen auch Notfallmedikamente (selbst wenn der Sanitäter keine Notfallkompetenzen hat, da ein Arzt zufällig anwesend sein kann), ein Defibrillator, eine vollständige Reanimationsausrüstung (mit Atemwegssicherung, Beatmungsbeutel, Volumenersatz, Venenverweilkanülen, ...), Diagnoseausrüstung, Verbandsmaterial, einfaches Berge- und Schienungsmaterial und dergleichen. Eine Ausstattung, die nicht nur teuer und schwer ist, sondern zudem auch Zeit erfordert um das Material einsatzbereit zu halten.

Zusammengefasst kann ein First Responder zwar die Qualität der Versorgung erhöhen und vor allem in schwer erreichbaren Gebieten eine gute Einrichtung zur raschen Erstversorgung darstellen, jedoch bietet dieser keinen Ersatz für die Einrichtung eines funktionierenden Rettungsdienstes.

5) Assistenz des Bundesheeres

Im Falle von Großschäden und Katastrophen ist das Bundesheer prädestiniert einzuschreiten. Ein solcher Einsatz ist durch § 2 Abs 5 Wehrgesetz geregelt. Die Anrufung des Heeres zu Assistenzeinsätzen steht Bund, Ländern und Gemeinden innerhalb ihres Wirkungsbereiches zu.

²¹⁹ Koch, Kuschinsky, Pohl-Meuthen, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Rettungsdienst in Europa – eine vergleichende Bestandsaufnahme

Die Einheiten des Bundesheeres verfügen nicht nur über entsprechendes geländegängiges Gerät, sondern zudem noch über gut ausgebildete und rasch verfügbare Mannschaftskontingente. So sind in Graz und Innsbruck je ein San-Zug A mit einer Stärke von 50 Mann und in Wien ein schnelles Eingreifelement mit ebenfalls 50 Mann stationiert. In den übrigen Bundesländern stehen je ein San-Zug B mit einer Stärke von 25 Mann zur Verfügung. Zusätzlich kann über Einheiten der ABC-Abwehrschule und der Pioniere schweres Bergegerät herangeschafft werden. Da das Bundesheer auch über „zivile“ Einsatzfahrzeuge verfügt, stellen diese eine sinnvolle Verstärkung der Einsatzkräfte dar.

Betrachtet man die Möglichkeiten, die eine Assistenz des Bundesheeres eröffnet, so ist dieses gegebenenfalls anzufordern. Unterlässt die Verwaltungsbehörde die Anforderung fahrlässigerweise, so ist diese für die Schäden haftbar. Sie müsste gegebenenfalls begründen, warum sie eine ihr zu Verfügung stehende Maßnahme nicht gesetzt und somit eine effizientere Versorgung oder Einsatzabwicklung verhindert hat.

Eine derartige Anforderung sollte daher, ab einem gewissen Ausmaß des Schadens, als verpflichtende Maßnahme in den jeweiligen Landes-Katastrophenschutzgesetzen aber auch Landes-Rettungsgesetzen verankert werden. Dies vor allem, um den zuständigen Organen die Anforderung zu erleichtern und den Assistenzeinsatz als keine „besondere“ Maßnahme erscheinen zu lassen.

VI) Die Rettungsorganisation im Spannungsfeld zwischen öffentlich-rechtlicher Aufgabenerfüllung und Wirtschaftsleben

Die bisherigen Darstellungen umfassen die Wahrnehmung des Rettungsauftrages. Für den regelmäßigen Geschäftsbetrieb müssen jedoch noch mehr Aufgaben erfüllt werden. Es wäre wirtschaftlich nicht sinnvoll, müsste sich ein privater Anbieter denselben Regelungen unterwerfen wie die Gemeinde oder das Land, wenn dieser Aufträge vergibt. Dies würde ihn denselben wirtschaftlichen Problemen aussetzen wie einen öffentlichen Betreiber und eine „Ausgliederung“ von Aufgaben würde nicht mehr der wirtschaftlich notwendigen Kosteneffizienz entsprechen. Da nicht zu erzielende wirtschaftliche Vorteile auf den Auftraggeber überwälzt werden müssten, würden sich für die Gemeinde bzw. das Land keine Vorteile aus einer Beleihung ergeben.

Die Organisation hat daher, neben der Wahrung ihrer öffentlich-rechtlichen Aufgaben, auch maßvoll und zweckorientiert zu wirtschaften. Privatrechtliche Organisationsverwaltung und Wahrung des gesetzlichen Auftrages sind verschiedenen

rechtlichen Grundlagen unterworfen. Die Organe des Rettungsdienstes werden somit teils öffentlich-rechtlich, teils privatrechtlich tätig.

1) Unternehmen nach UGB und GewO

Bis 1.1.2007 wurde die Entscheidung, ob ein Verein das Erscheinungsbild eines Gewerbebetriebes aufweist, immer danach beurteilt, welchen Eindruck die Organisation in Ausübung ihrer Tätigkeit gegenüber Dritten erweckt²²⁰. Dies, so der OGH, sei die „*eindeutig erklärte Absicht des Gesetzgebers*“²²¹. Schon das Vorliegen einer Gewinnabsicht bilde einen ausreichenden Tatbestand um § 1 Abs 2 GewO zu verwirklichen. So soll dies auch dann gelten, wenn der erzielte Gewinn nur zur Kostendeckung anderer Vereinsaktivitäten verwendet wird, da diese Erträge einen mittelbaren Vorteil für die Mitglieder bringen.

Eine der vordringlichsten wirtschaftlichen Aufgaben der Organisationsführung ist die Sicherung eines Betriebes, der sich nach den Grundlagen einer ordentlichen Finanzgebarung selbstständig erhalten oder zumindest einen nicht gänzlich zu vernachlässigenden Anteil der Kosten für die Betreibung erwirtschaften kann. Würde dem nicht entsprochen, wäre es weder sinnvoll noch zulässig, einen Privaten zu beleihen. Daher sind die Organisationen anzuhalten, im Rahmen ihrer Struktur und ihres Unternehmensgegenstandes selbstständig Dienstleistungen anzubieten oder Marktlücken zu finden und zu schließen.

Der OGH schränkte in seiner Entscheidung²²² zu dieser Frage ein, dass die Vermutung, der Verein trete als Gewerbebetrieb auf, bei amtsbekannten, gemeinnützigen Organisationen, die nicht in Ertragsabsicht, sondern in wohlthätiger, sozialer oder ähnlicher Absicht handeln, widerlegbar ist. Dies gilt dann, wenn die wirtschaftliche Betätigung im Kernbereich der Aufgabe eines solchen Vereines liegt.

Explizit ausgeschlossen aus der Gemeinnützigkeit hat der OGH in dieser Entscheidung das Betreiben eines Notrufsystems (bekannt als Altennotruf), da dieses Notrufsystem nicht in den Rahmen des allgemeinen Rettungsdienstes fällt. Ebenfalls bestätigte der OGH die bekannte Tatsache, dass auch ein Idealverein (also ein gemeinnütziger Verein) unternehmerische Tätigkeiten entfalten dürfe,

²²⁰ OGH, 4 Ob 216/97m zu § 1 Abs 5 GewO iVm VerG 1951

²²¹ OGH, 4 Ob 216/97m; § 1 Abs 2 GewO: „Eine Tätigkeit wird gewerbsmäßig ausgeübt, wenn sie selbständig, regelmäßig und in der Absicht betrieben wird, einen Ertrag oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteil zu erzielen, gleichgültig für welche Zwecke dieser bestimmt ist; hiebei macht es keinen Unterschied, ob der durch die Tätigkeit beabsichtigte Ertrag oder sonstige wirtschaftliche Vorteil im Zusammenhang mit einer in den Anwendungsbereich dieses Bundesgesetzes fallenden Tätigkeit oder im Zusammenhang mit einer nicht diesem Bundesgesetz unterliegenden Tätigkeit erzielt werden soll.“

²²² OGH, 4 Ob 216/97m zu § 1 Abs 5 GewO iVm VerG 1951

wenn es dem nichtwirtschaftlichen Hauptzweck diene und von den Vereinssatzungen gedeckt sei.

2) Anwendbarkeit des UWG und der GO

Zur Beurteilung der Privatwirtschaftsführung einer Rettungsorganisation stellt sich zunächst die Frage, welche Aufgaben dem privatwirtschaftlichen Verantwortungsbereich zuzurechnen sind. Dies sind jene Aufgaben, die nicht (unmittelbar) der Vollziehung der Gesetze dienen. Innerhalb dieser Tätigkeiten handelt die Rettungsorganisation im „geschäftlichen Verkehr“. Um einen solchen handelt es sich bei jeder *„selbstständigen, auf Erwerb gerichteten Tätigkeit-, also jede[n] geschäftliche[n] Betätigung im weitesten Sinn, ohne dass Gewinnabsicht notwendig wäre; vielmehr genügt eine selbstständige, zu wirtschaftlichen Zwecken ausgeübte Tätigkeit, in der eine Teilnahme am Erwerbsleben zum Ausdruck kommt“*²²³. Wie der OGH im Zusammenhang mit einer steiermärkischen Rettungsorganisation festgestellt hat, kommt dies auch für wohltätige und gemeinnützige Unternehmungen sowie für Vereine in Frage. Das Handeln zum Zwecke des Wettbewerbs erfordert demgemäß das Vorliegen eines Wettbewerbsverhältnisses, innerhalb eines solchen sich eine Rettungsorganisation durchaus befinden kann. Daher finden auf die privatwirtschaftlichen Tätigkeiten der Rettungsorganisationen unter anderem auch die Gewerbeordnung (GO) und das Bundesgesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) Anwendung.

3) Personalmanagement

Um ihre Aufgaben wahrnehmen zu können bedient sich die Organisation eigener Organe, nämlich des Personals. Dieses kann die Organisation selbstständig auswählen, sie haftet jedoch gleichermaßen für ihr Auswahlverschulden (culpa in eligendo). Das Stellenbesetzungsgesetz kommt (zumindest in weitaus überwiegender Zahl der Fälle) nicht zur Anwendung, da es sich bei privaten Organisation nicht um rechnungshofpflichtige Kapitalgesellschaften und nicht um „wirklich“ ausgegliederte Rechtsträger handelt. Haftungsfragen, sowie die Verantwortung der Gebietskörperschaft hinsichtlich des Erhalts eines ordnungsgemäßen Rettungswesens, werden ein Interesse an der Kontrolle der Personalgebarung begründen. Dennoch ist die direkte Einflussnahme der Gemeinde bzw. des Landes auf die Personalpolitik, abgesehen von Fällen, in

²²³ OGH, 4 Ob 216/97m; OGH, 4 Ob 15/91

denen der ordnungsgemäße Dienstablauf verhindert wird, ausgeschlossen und im alleinigen Kompetenzbereich der Organisation gelegen²²⁴.

4) Warenwirtschaft

Auch der Ankauf von Gerätschaften und Material fällt in den eigenverantwortlichen Wirtschaftsbetrieb der Organisation. Dies ist jedoch mit Einschränkungen verbunden. So ist die Ausstattung jedenfalls so zu wählen, dass diese den medizinisch-technischen Anforderungen entspricht und eine effiziente Aufgabenwahrnehmung erlaubt. Jedenfalls handelt die Organisation fahrlässig, sorgt sie nicht für ausreichend Gerätschaft, die zur auftragsgemäßen Berufsausübung unabdingbar ist. Die diesbezüglichen Gesetzgebungs- und Kontrollkompetenzen ermöglichen einen wirtschaftlichen Einfluss auf Teile der wirtschaftlichen Entscheidungen. Wie die Verträge mit den Firmen zustande kommen und welche Preise erzielt werden, obliegt weiterhin der alleinigen Wirtschaftsführung und somit der Eigenverantwortung der Organisation.

Bei Ankäufen handelt die Rettungsorganisation privatwirtschaftlich, es besteht jedoch eine, gegenüber der Aufsichtsbehörde nachzuweisende Verantwortung über die Finanzgebarung. So ist zu beachten, dass ein nicht unerheblicher Teil der Einnahmen und Finanzhilfen der Rettungsorganisationen aus Steuergeldern stammen. Genannt seien in diesem Zusammenhang beispielhaft die „Pflichtabgabe“ der Gemeinden an den Rettungsdienst („Rettungsgroschen“) oder Zahlungen der Krankenkassen für Dienstleistungen. Die Kontrolle hinsichtlich dieser Finanzen wurde bereits erörtert.

5) Rettungstätigkeit als nicht hoheitliche Dienstleistung

Einer Rettungsorganisation ist es möglich, nicht in Vollziehung der Gesetze tätig zu sein und dennoch rettungstechnische Dienste zu leisten. Zwar dürfen sich Gemeinden ausschließlich anerkannter Rettungsorganisationen zur Besorgung des örtlichen Rettungsdienstes bedienen, dies bedeutet jedoch nicht, dass die Heranziehung einer nicht anerkannten Organisation für private Veranstaltungen untersagt wäre. Ein landesgesetzliches Verbot einer solchen Tätigkeit wäre verfassungswidrig²²⁵. Dies trifft vor allem den Bereich der Ambulanzdienste, wohl aber auch die Bereiche Unterricht, Ausbildung oder Sanitätsstellen in Betrieben.

²²⁴ OGH, 2 Ob 65/90, 2 Ob 66/90

²²⁵ VfSlg 12.320/1990

Hier erwirtschaftet die Organisation Einnahmen aus einer Rettungstätigkeit, die in keinem Zusammenhang mit öffentlich-rechtlich zu vergebenden Geldern steht. Bei Ausübung solcher Tätigkeiten handelt die Organisation im freien Wirtschaftsverkehr und in Konkurrenz mit anderen Anbietern und es liegt in ihrer Verantwortung eine derartige Einnahmequelle zu erschließen um sich so finanzielle Unabhängigkeit zu verschaffen.

6) Die Rettungsorganisation als faktisch handelndes Organ der Gemeinde

Wirtschaftlich hat die Organisation, unter möglicher Schonung ihrer von der Gemeinde gegebenen finanziellen Ressourcen und unter Ausnutzung der ihr zur Verfügung stehenden wirtschaftlichen Möglichkeiten, im Sinne der Gemeinde zu handeln. Dies kann sie beispielsweise durch Erschließung weiterer Geschäftsfelder oder Erzielung von Preisnachlässen.

Vertragliche Pflichten zur wirtschaftlichen Führung des Betriebes sind in den Rettungsverträgen zumeist nicht enthalten, jedoch wird sich diese Pflicht schon daraus ableiten lassen, dass die Gemeinden bzw. die Länder, im Falle von finanziellen Schwierigkeiten der Organisationen, zur Aufrechterhaltung des Rettungswesens zusätzliche finanzielle Mittel aufzubringen haben. Eine „Gewinnausschüttung“ der Rettungsorganisation an die Gemeinden ist nicht vorgesehen, hingegen wird eine ausreichende Einnahmensituation der Organisation unter Umständen zu einer Minderung der Finanzierungspflicht von Ländern und Gemeinden führen. Eine entsprechende Ausübung ihrer Kontrollrechte durch die Gemeinden bzw. Länder ist dazu Voraussetzung.

7) Kostenersatz für Rettungsdienste

Wenn Rettungsdienste tätig werden, stellt dies einen finanziellen Aufwand dar. Somit ist zu klären, wer in welchem Ausmaß für diese Leistungen aufzukommen hat. Grundsätzlich stehen dafür drei Zielgruppen zur Verfügung. Bund, Länder und Gemeinden als eine Gruppe, die aufgrund ihrer Obsorgepflicht die Finanzierung zu übernehmen haben. Als zweite Gruppe die Sozialversicherungsträger, die Kosten im Krankheitsfall als Versicherungsleistung zu tragen hätten, und letztlich der Patient selbst, der für erbrachte Leistungen „zur Kasse“ gebeten werden könnte.

7.1) Der „Rettungsgroschen“

Das Rettungswesen ist aus der Bundeskompetenz der Gesundheitsvorsorge ausgenommen. Daher haben Länder und Gemeinden für die Bereitstellung der

notwendigen Mittel Sorge zu tragen²²⁶. Dem Rechnungshof folgend besteht für den Bereich des örtlichen Rettungswesens eine ausschließliche Leistungspflicht der Gemeinde²²⁷. Schlussfolgernd sind die Länder zum Erhalt des überörtlichen Rettungsdienst leistungs verpflichtet.

Landesgesetzlich wurde daher ein Finanzierungssystem geschaffen, um Beiträge zur Aufrechterhaltung des Rettungsdienstes aufzubringen. Berücksichtigt wird dabei die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit des Finanzierungsbedarfs. Das Aufbringen der jährlichen Kosten ist in allen Bundesländern den Gemeinden auferlegt worden²²⁸. Der Rettungsorganisation wird zum Teil die Möglichkeit der Vorlage der notwendigen Kosten eingeräumt, diese sind jedoch vom Land zu bewilligen²²⁹, teilweise ist ein fixer Betrag für die Organisation per Gesetz festgelegt²³⁰. In allen übrigen Fällen setzt das Land die Höhe des Beitrages fest. Teilweise leisten dabei die Länder einen Kostenzuschuss²³¹, der zum Teil für den landesweiten Rettungsdienst zu verwenden ist²³². Diese Förderung kommt teils über den Umweg der Vergabe durch das Land²³³ oder einen Fonds²³⁴ zustande. Nur in Tirol regelt das Gesetz keinen verpflichtenden Beitrag zur Aufrechterhaltung durch die Gemeinden, sondern verpflichtet vielmehr den Leistungsempfänger²³⁵ zur Kostendeckung. In Wien ist die Aufgabe der gemeindeeigenen Rettung übertragen, ein Kostenersatz ist daher nicht notwendig. Rettungsorganisationen, die Rettungseinsätze für die Wiener Rettung übernehmen, bekommen von der Gemeinde keinen Kostenersatz, dürfen die Leistung jedoch gegenüber den Sozialversicherungsträgern verrechnen.

Die Ersatzkosten errechnen sich aus den Ausgaben, die für die Aufrechterhaltung des Rettungs-, aber auch des Krankentransportwesens aufgebracht werden müssen, sowie der Einwohnerzahl der jeweiligen Gemeinde. Zusätzlich ist in einigen Rettungsgesetzen verankert, dass Land oder Gemeinden für besondere Ausgaben aufzukommen haben. Solche Regelungen erschweren jedoch die Kontrolle der Gemeinden und Länder hinsichtlich der Wirtschaftsgebarung der

²²⁶ Drott, Erlacher, Höbinger; Das Rettungswesen in Österreich, S 10

²²⁷ Rechnungshof, Transportkosten bei drei Gebietskrankenkassen, S 45

²²⁸ § 1 Abs 1 Bgld Landesrettungsgesetz; § 7 Abs 1 Ktn Rettungsdienst -Förderungsgesetz; § 2 Abs 1 NÖ Rettungsdienstgesetz; § 6 Abs 1 OÖ Rettungsgesetz; § 4 Abs 1 Sbg Rettungsgesetz

²²⁹ § 1 Abs 1 Bgld Landesrettungsgesetz

²³⁰ § 4 Abs 1 Sbg Rettungsgesetz; § 11 Abs 1 Stmk Rettungsdienstgesetz

²³¹ § 1 Abs 8 Bgld Landesrettungsgesetz; § 7 Abs 3 Ktn Rettungsdienst-Förderungsgesetz; § 6 Abs 1 OÖ Rettungsgesetz; § 12b Vbg Rettungsgesetz

²³² § 4 Abs 1 Sbg Rettungsgesetz; § 11 Abs 2 Stmk Rettungsdienstgesetz; § 16 T Rettungsgesetz

²³³ § 7 Abs 1 und 5 Ktn Rettungsdienst-Förderungsgesetz

²³⁴ § 12a Vbg Rettungsgesetz

²³⁵ § 6 Abs 1 und 2 T Rettungsgesetz

Organisationen, sind doch diese Kosten nur schwer zwischen Rettungs- und Krankentransportaufgaben aufzutrennen. Zudem sind Kosten, die zur Bereithaltung von Material für Katastropheneinsätze aufgewendet werden, bei einer Überprüfung nur äußerst aufwendig zu berücksichtigen.

Neben der direkten Finanzierung verbleiben den Organisationen noch die Einnahmen aus dem Krankentransportwesen und als finanzierungsähnliche Leistung werden Zivildienstler zur Verfügung gestellt. Einige Organisationen finanzieren ihren Betrieb zudem über das Aufbringen von Spendengeldern, wobei fraglich ist, ob diese freiwillige Leistung einer Privatperson nicht die Organisation mit allen ihren (auch nicht den Rettungs- und Krankentransport betreffenden) Leistungen unterstützt und somit zur Berechnung der Basisfinanzierung unbeachtet zu bleiben hat.

7.2) Einsatzkostenvergütung (-pauschale) der SVT

Die Wahrnehmung des örtlichen Rettungsauftrages ist primär durch die Gemeinden zu finanzieren. Auch der Rechnungshof nennt die Gemeinden als Leistungsverpflichtete zur Finanzierung des örtlichen Rettungswesens. Allerdings haben die Krankenversicherungsträger für jene Kosten aufzukommen, die durch den Transport ihrer Versicherten entstanden sind. Überhöhte Kosten, die durch Leerkilometer aufgrund zu langer Hin- und Rückfahrtswege und schlecht platzierter Stützpunkte auftreten, fallen nicht in die Vergütungspflicht der Sozialversicherung²³⁶.

Gemäß § 117 Z 2 ASVG ist der Sozialversicherungsträger verpflichtet dem Versicherten die Krankenbehandlung oder Anstaltspflege zu gewähren. § 133 Abs 5 ASVG folgend umfasst dies die ärztliche Hilfe, aber auch das Bereitstellen von Heilmitteln und Heilbehelfen²³⁷. Der notwendige Transport in eine oder aus einer Krankenanstalt stellt eine akzessorische Leistung zur Krankenbehandlung dar und ist in § 144 ASVG geregelt²³⁸.

Der eigentliche Rettungseinsatz ist in § 131 Abs 3 ASVG normiert. Bei Unfällen im Inland hat der Versicherungsträger die Kosten, die aus diesem resultieren, zu tragen. Zu diesen Kosten zählen Arztkosten, Heilmittelkosten, Kosten der Anstaltspflege und die Transportkosten. Die Höhe der Kosten, die für den Rettungseinsatz aufgewendet werden, bestimmt sich nach den einschlägigen Satzungen der Versicherungsträger bzw. nach den mit der Rettungsorganisation

²³⁶ Rechnungshof, Transportkosten bei drei Gebietskrankenkassen, S 45

²³⁷ Elsner, Rechtsgutachten für den HSVT, S 19

²³⁸ Elsner, Rechtsgutachten für den HSVT, S 20

auf Basis dieser Satzungen geschlossenen Verträgen²³⁹. Von diesen Leistungen ausgenommen sind jedoch Bergungskosten und Transportkosten „ins Tal“, wenn der Unfall infolge von Sport oder Touristik eingetreten ist. Auch diese Leistung ist keine eigenständige Leistung, sondern akzessorisch zur Krankenbehandlung in der jeweiligen Einrichtung²⁴⁰.

Die Übernahme der Kosten für den Rettungstransport stellt eine Pflichtleistung der Krankenversicherungsträger dar, die ihre nähere Ausformung in den jeweiligen Satzungen der Krankenversicherungsträger findet. Richtig betont Elsner, dass die Versicherungsträger „nur“ die Kosten des Transportes zu erstatten haben, nicht jedoch die Sachleistung als solches. Für diese haben die Länder und Gemeinden die Finanzierung zu übernehmen²⁴¹. Dem ist meines Erachtens nicht zu folgen, da in der Erstversorgung des Patienten mit Schienungsmaterial, Verbänden oder Medikamenten eine Vorleistung zur ärztlichen Heilbehandlung in der entsprechenden Einrichtung zu sehen ist, die damit in den Anwendungsbereich des § 177 ASVG fallen würde. Medizinisch indiziertes Material wäre somit als eigene Kostenstelle vom Versicherungsträger zu ersetzen. Es wäre jedoch auch eine Einberechnung dieses in die Transportkosten in Form eines „Rettungspauschalbetrags“ möglich.

Grundsätzlich hätte der Patient die Kosten für den Einsatz selbst zu tragen und mit seiner Kranken- oder Unfallversicherung zu verrechnen. Die Sozialversicherungsträger können jedoch, falls sie dies als einfacher oder sinnvoller erachten, Direktverrechnungsverträge mit den Rettungsorganisationen abschließen. Für den Patienten spart dies Zeit und Arbeit. Aber auch bei der Versicherung können durch Anwendung moderner Abrechnungssysteme Kosten gespart werden.

7.3) Kostenübernahme durch den Patienten

Die meisten Rettungsgesetze verpflichten den Patienten zur Übernahme der Kosten für den Rettungseinsatz²⁴². Diese werden als Pauschalbetrag dem Patienten in Rechnung gestellt. Sollte der Patient über eine Versicherung verfügen und die Kosten von dieser übernommen werden, so verpflichten manche Rettungsgesetze den Beliehenen zur Direktverrechnung mit den

²³⁹ Elsner, Rechtsgutachten für den HSVT, S 23

²⁴⁰ Elsner, Rechtsgutachten für den HSVT, S 20

²⁴¹ Elsner, Rechtsgutachten für den HSVT, S 22

²⁴² § 4a Sbg Rettungsgesetz; § 6 Tir Rettungsgesetz; § 8 Vgb Rettungsgesetz; § 6 Ktn Rettungsdienst-Förderungsgesetz; § 3 NÖ Gemeinde-Rettungsdienstgesetz; § 5 Wr Rettungs- und Krankentransportgesetz, §§ 28 ff WRKG

Versicherungsträgern²⁴³. In der Praxis wird nur in Ausnahmefällen eine von der Versicherung getragene Leistung über den Umweg der Verrechnung mit dem Patienten beglichen. Generell kann daher mit Elsner übereingestimmt werden, dass die Kosten für den Rettungseinsatz zwar der Patient selbst zu tragen hat, die Kostenpflicht jedoch immer dann entfällt, wenn Versicherungen für diesen leistungspflichtig werden²⁴⁴.

Die Höhe der vorzuschreibenden Kosten wird zumeist mittels Gesetzes festgesetzt. In Tirol richtet sich die Höhe bei privaten Rettungsorganisationen nach dem Vertrag, bei Gemeinderettungen nach der Gemeinderordnung. In Vorarlberg können die privaten Organisationen unter Einhaltung bestimmter Auflagen den Betrag selbst festlegen, die Kosten für den Einsatz der Gemeinderrettung werden durch Beschluss der Gemeinde festgesetzt²⁴⁵. In Kärnten hat die Rettung das Recht, den Ersatz der Kosten vom Patienten oder von Dritten aufgrund eines Vertrages zu verlangen²⁴⁶. In Niederösterreich legen die Gemeinden mittels Verordnung die Höhe der Kosten für den Rettungseinsatz fest. In Wien wird der Rettungsbetrag per Gebührenordnung festgesetzt²⁴⁷. Manche Rettungsgesetze enthalten gar keine Regelung über die Bestimmung der Kosten²⁴⁸.

7.4) Aufteilung der Kosten bei Einsatz mehrerer Organisationen

Gelebte Praxis sind Paralleleinsätze von NEF und RTW oder KTW und RTW, durch die es zu zwei oder mehr Anspruchsberechtigten auf den Rettungskostenersatz kommt. Derzeit erhält zumeist nur jene Organisation die Einsatzkosten vom Sozialversicherungsträger ersetzt, die den Transport des Patienten in die medizinische Einrichtung vornimmt. Dies ist insofern richtig, als die Länder und Gemeinden den Rettungsdienst zu erhalten und sohin dessen Kosten zu tragen haben. Sozialversicherungsträger müssen nach oben dargestellter Rechtsauffassung nur die Kosten für den Transport übernehmen.

In einer solchen Konstellation sind drei Problemfelder zu beachten. Zum einen ist ein Kostenersatz für das verbrauchte und medizinisch indizierte Material zu überdenken, da dieses, wie bereits dargestellt, als Vorleistung zur ärztlichen

²⁴³ § 6 Tir Rettungsgesetz; § 6 Ktn Rettungsdienst-Förderungsgesetz; § 3 NÖ Gemeinde-Rettungsdienstgesetz; § 5 Wr Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz

²⁴⁴ Elsner, Rechtsgutachten für den HSVT, S 34

²⁴⁵ Elsner, Rechtsgutachten für den HVST, S 28

²⁴⁶ § 6 Ktn Rettungsdienst-Förderungsgesetz

²⁴⁷ § 5 Wr Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz

²⁴⁸ Bgld Rettungsgesetz; OÖ Rettungsgesetz; Stm Rettungsdienstgesetz

Therapie anzusehen ist und von der Sozialversicherung im Rahmen der ärztlichen Leistungen abgegolten werden müsste.

Zum anderen entstehen bei Begleitung des Rettungsfahrzeuges durch den Notarzt Gegenverrechnungsansprüche der Notarztorganisation, da der Transport erst durch Zutun dieses Arztes möglich wird. Eine Aufteilung der Rettungspauschale hätte daher jedenfalls im Verhältnis der erbrachten Leistung zu erfolgen.

Zuletzt ist auch bei Versorgung durch den Notarzt und alleinigem Transport durch den RTW einer Aufteilung der Kostenpauschale zuzustimmen. Auch hier hat entweder der Arzt die Vorleistung zum Transport erbracht, oder jedenfalls einen Anteil am erfolgreichen Einsatz geleistet. Es wären daher die ersetzten Kosten im Verhältnis der Leistung jedenfalls aufzuteilen.

8) Versicherungsschutz

Berufliche Mitarbeiter einer Rettungsorganisation sind nach den einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen versichert. Arbeitsunfall und Berufserkrankung lösen damit die bekannten Folgen von Entgeltfortzahlung bis zur Berufsunfähigkeitspension aus.

Ob und wieweit freiwillige Mitarbeiter versichert sind, war lange Zeit eine Frage der Auslegung des § 176 ASVG. Nunmehr ist die Tätigkeit von ehrenamtlichen Mitarbeitern im Rettungsdienst namentlich erfasst.

Zusätzlich zu dieser „allgemeinen“ Versicherung besteht die Möglichkeit, derer sich manche Rettungsorganisationen bedient haben, eine freiwillige private Versicherung für ihre Mitarbeiter abzuschließen.

8.1) Öffentliche Unfallversicherung durch SVT

Der einfachste Fall des Versicherungsschutzes ist jener von beruflichen Mitarbeitern. Hier kommt es zu einem Dienstverhältnis mit der Organisation. Der Dienstgeber hat die Sozialversicherungsbeiträge für den Dienstnehmer abzuführen. Dies führt zu einem Versicherungsschutz auf Grundlage des ASVG.

In Bezug auf Freiwillige war lange Zeit die Frage ungeklärt, ob die Organisation ein Dienstgeber im Sinne des ASVG ist. Dies ist zu verneinen. § 176 Abs 1 Z 7 ASVG regelt daher gesondert die „Arbeitsverhältnisse“ von freiwilligen Mitarbeitern anerkannter Hilfsorganisationen abschließend und legt fest, dass es sich bei der Tätigkeit um keine Beschäftigung im Sinne eines Arbeitgeber/Arbeitnehmer Dienstverhältnisses handelt. Durch § 176 Abs 1 Z 7

ASVG werden ausdrücklich freiwillige Mitglieder von Rettungsorganisationen in Ausübung ihrer Tätigkeit erfasst. Unfälle, die sich in Ausübung ihrer Tätigkeiten ereignen werden Arbeitsunfällen gleichgestellt. Dies gilt für jene Fälle, in denen die freiwilligen Mitarbeiter im Rahmen der Ausbildung, der Übungen und des Einsatzfalles auftreten.

Zusätzlich ermöglicht § 22a ASVG dem Bundesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales per Verordnung diese in die Zusatzversicherung der Unfallversicherung einzubeziehen. Durch Verordnung fallen bereits weite Bereiche der Lawinenschutzkommissionen in diesen Versicherungsschutz. Nur wenige Sanitäter und Notärzte kommen aufgrund eines Antrages ihrer Rettungsorganisation²⁴⁹ in den Genuss dieser Leistung. Dies ist insofern unverständlich, da die Kosten für die zusätzliche Versicherung gering sind.

Kommt ein Sanitäter oder Notarzt privat zu einem Unfall und erleidet bei der Hilfeleistung selbst Verletzungen, wirft dies die Frage nach einem Versicherungsschutz nach § 176 Abs 1 Z 7 ASVG auf. Hier sind zwei Lösungsansätze denkbar die im Ergebnis etwa gleiche Auswirkungen haben. Im ersten „setzt sich der Sanitäter in Dienst“. Ein Vorgesetzter, der aus dem Sicherheitswesen kommt und in Freizeit befindliche Mitarbeiter der Sicherheitswache verpflichtet, sich zur Abwehr von Gefahren kurzfristig selbst in die Stellung eines diensthabenden Sicherheitsorgans zu setzen. Im Zuge einer ausgeübten Tätigkeit gilt das Sicherheitswacheorgan so gestellt als wäre er tatsächlich in Ausübung seines Berufes. So gelten für ihn ab diesem Zeitpunkt alle Haftungsprivilegien sowie der volle Versicherungsschutz. Dies ist auch in Anwendung auf Rettungsdienstmitarbeiter die am häufigsten vertretene Meinung.

Die andere Rechtsauffassung beruft sich auf eine Hilfeleistungsregelung des ASVG. Die Rettung eines Menschen aus einer tatsächlichen oder vermuteten Lebensgefahr steht gem. § 176 Abs 1 Z 2 ASVG unter Versicherungsschutz²⁵⁰ und auch in diesem Fall werden Unfälle die in Ausübung einer Hilfeleistung erlitten werden den Arbeitsunfällen gleichgestellt. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Weg zum Unfallort, dauert solange die Gefahrenlage noch nicht abschließend abgewehrt ist an²⁵¹ und endet erst nachdem der Weg aus dieser Gefahrensituation beendet ist bzw. sobald der eigentliche Weg wieder

²⁴⁹ Folgende Rettungsmitarbeiter fallen bereits in den Genuss dieser Zusatzversicherung: Mitglieder des Landesverbandes Salzburg des Österreichischen Roten Kreuzes, Mitglieder der Johanniter-Unfall-Hilfe in Österreich,

²⁵⁰ OGH, 10 Ob S 58/96; OGH, 10 Ob S 207/89

²⁵¹ OGH, 10 Ob S 138/88

aufgenommen wurde²⁵². Unter einer solchen Gefahrenlage versteht der Gesetzgeber nicht nur eine Lebensrettung, sondern auch die Abwehr einer Gefahr wie sie aus einem (gegenwärtigen) Gewaltverbrechen oder einem sich anbahnenden Unfall hervorgeht²⁵³. Sogar das Verweilen bei einem Sterbenden, so dies eine Beistandshandlung in sich trägt, gilt als Hilfeleistung und fällt unter den Schutz des § 176 Abs 1 Z 2 ASVG²⁵⁴. Die Lebensgefahr muss nicht einmal tatsächlich vorliegen, es reicht aus, dass nach allgemeiner Lebensauffassung im Moment der versuchten Rettungshandlung ernsthaft angenommen werden konnte, dass eine solche Gefährdung bestanden hat²⁵⁵. Auch wenn die beabsichtigte oder erbrachte Leistung sich nachträglich als zwecklos herausstellt, schließt dies den Unfallschutz nicht aus²⁵⁶. All diesen Tätigkeiten „*sei gemeinsam, dass sie im Interesse eines Hilfe brauchenden Mitmenschen ohne besondere rechtliche Verpflichtung aus Menschlichkeit verrichtet würden.*“²⁵⁷

8.2) Versicherung durch SVT bei Eintritt einer Berufskrankheit

Gemäß § 177 Abs 1 und 2 ASVG haben Versicherte einen Anspruch auf dieselben Versicherungsleistungen wie im Falle eines Arbeitsunfalls, wenn sie eine in der Anlage zum ASVG angeführte oder nachweislich aus ihrer Tätigkeit resultierende Berufserkrankung erleiden. Auch hier normiert das Gesetz eine Gleichstellung der freiwilligen mit den beruflichen Sanitätern, Abs 3 enthält einen Verweis auf § 176 ASVG, somit sind alle Tätigkeiten die dem Arbeitsunfall gleichgestellt wurden auch bei Berufserkrankungen gleichzustellen.

²⁵² OGH, 10 Ob S 58/96

²⁵³ OGH, 10 Ob S 138/88

²⁵⁴ OGH, 10 Ob S 207/89

²⁵⁵ VwGH 1993/05/0275

²⁵⁶ OGH, 10 Ob S 207/89

²⁵⁷ OGH, 10 Ob S 138/88

Abschnitt III - Straf- und Zivilrecht

I) Strafrechtliche Haftung

Das österreichische Strafrecht sanktioniert Eingriffe in die Persönlichkeits- und Eigentumsrechte des Einzelnen, der Allgemeinheit und des Staates, um so die öffentliche Ordnung aufrecht zu erhalten. Der Großteil der Delikte sind als Officialdelikte der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft ausgesetzt, das Opfer kann auf das Verfahren nur bedingt einwirken. Ausgenommen davon sind Delikte, die einen Eingriff in die Intimsphäre des Einzelnen darstellen, nicht von öffentlichem Interesse sind und bei denen der Opferschutz in den Hintergrund tritt. Vorwiegend finden sich derartige Privatanklagedelikte im Bereich der Familienkriminalität. Eine Zwischenstellung nehmen Ermächtigungsdelikte ein, in denen zwar die Staatsanwaltschaft tätig wird, jedoch in der Fortführung des Verfahrens von einer „Einwilligung“ des Opfers abhängig ist.

Das Strafrecht wirkt sich auch auf die Berufsausübung der Gesundheitsberufe aus. So sind Sicherungs- und spezielle Sorgfaltspflichten verrechtlicht worden. Anhand der Judikatur zum Gesundheitswesen lassen sich Haftungsfragen ableiten. Das Zusammenwirken von Zivil- und Strafrecht in der Rechtssprechung hat zur Folge, dass nur durch eine Gesamtbetrachtung und Anwendung von Analogien eine Antwort auf rechtliche Problemstellungen möglich ist.

1) Strafbarkeitsvoraussetzungen

Um jemanden strafrechtlich belangen zu können, müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein. So ist das StGB vorrangig gegen Vorsatzdelikte gerichtet. Nur in jenen Fällen, in denen eine Gesetzesstelle explizit auch Fahrlässigkeitsdelikte erfasst, sind diese strafrechtlich zu sanktionieren. Zudem kann über eine Fiktion der Fahrlässigkeit bzw. des Vorsatzes ein Verhalten auch dann sanktioniert werden, wenn dieses nicht vorsätzlich oder fahrlässig erfolgt ist und an sich straffrei wäre. Hier ist für die Gesundheitsberufe besonders die Fiktion der Garantenstellung hervorzuheben, die, wie später näher ausgeführt wird, ein Unterlassen notwendiger Maßnahmen als Verletzung des gesetzlichen Auftrages erkennt und somit auch bei Fahrlässigkeit einen Vorsatz fingiert.

1.1) Straffähigkeit

Diese betrifft die Anwendbarkeit des Strafrechtes auf eine Person bei rechtswidrigem Verhalten. Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr nimmt der

Gesetzgeber an, dass ein Minderjähriger das volle Einsehen und Verständnis für Richtig und Falsch sowie die Tragweite seines Handelns hat.

Innerhalb des festzusetzenden Strafmaßes kommt es zu Abstufungen, die eine altersbedingt geringere Einsichtsfähigkeit des Täters berücksichtigen. Zudem kann, aufgrund tatsächlicher geistiger Unfähigkeit des Täters die Tragweite seiner Tat einzusehen, die Strafbarkeit entfallen.

1.2) Vorsatz (§ 5 StGB)

Vorsätzlich handelt derjenige, der darauf abzielt, einen bestimmten Erfolg zu verwirklichen. Er will den Tatbestand in diesem Umfang begehen. Durch Zufall eintretende weitere Schäden oder Delikte können nur bedingt dem Täter vorgehalten werden.

Ein Vorsatzdelikt kann man nur absichtlich oder wissentlich begehen. Absichtlich verwirklicht man einen Tatbestand, wenn die Handlung geradezu jenen eingetretenen Erfolg herbeiführen will. Wissentlich handelt der Täter, wenn dieser das Eintreten des Erfolges nicht nur für möglich oder wahrscheinlich hält, sondern vielmehr davon ausgeht, dass dieser Erfolg auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eintritt.

a) Bedingter Vorsatz²⁵⁸

Von weitaus größerer Relevanz als der „eigentliche“ Vorsatz ist der bedingte Vorsatz oder auch Eventualvorsatz. Liegt keine, auf einen bestimmten Erfolg gerichtete Handlung vor, so kann ein Täter dennoch wegen Verwirklichung eines Vorsatzdeliktes zur Verantwortung gezogen werden. Es reicht aus, dass dieser die Verwirklichung des Tatbildes ernstlich für möglich hält und sich mit dieser abfindet. Dieser Eventualvorsatz (*dolus eventualis*) gilt für alle Delikte, für die keine gesonderte Regelung vorliegt.

1.3) Fahrlässigkeit (§ 6 StGB)

§ 6 StGB bildet gemeinsam mit § 1299 ABGB jenen Haftungsmaßstab, wonach eine Person in der Ausübung von Tätigkeiten in jenem Umfang zu beurteilen ist, in dem sie die notwendige Sorgfalt einzuhalten hat. Das Gesetz regelt eine situationsbezogene Einhaltung der Sorgfalt, wenn es vom Täter jene „*Genauigkeit*“ in der Ausübung abverlangt, zu der er „*nach den Umständen verpflichtet und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt*“

²⁵⁸ Fuchs, Strafrecht, Allgemeiner Teil I, 14. Kap I 2, V b

ist²⁵⁹. Ein Täter haftet dann, wenn er entgegen einer allgemein verbindlichen Sorgfaltspflicht handelt, jedoch nach seinen individuellen Verhältnissen befähigt gewesen wäre diese einzuhalten²⁶⁰ und dennoch nicht erkennt, dass ein Schaden eintreten könnte²⁶¹. Da der Täter nicht mit der Möglichkeit gerechnet hat, spricht man von einer unbewussten Fahrlässigkeit²⁶².

§ 6 StGB begründet zudem immer dann eine Haftung des Täters, wenn dieser durch sein Tun oder Unterlassen den Eintritt eines Schaden für möglich hält, den Schaden nicht verwirklichen will, jedoch auch nicht verhindert, dass dieser eintritt²⁶³. Es handelt sich hierbei um eine bewusste Fahrlässigkeit²⁶⁴.

a) Objektiv sorgfaltswidriges Verhalten

Um jene Sorgfalt zu umschreiben, die ein Täter an den Tag legen muss, um nicht gegen die Sorgfaltspflichten zu verstoßen, wurde der Begriff des „objektiv sorgfaltswidrigen Verhaltens“ geprägt. Es handelt sich hierbei um die Einhaltung von allgemein verbindlichen Verhaltensanforderungen, die in der jeweiligen Situation zur Vermeidung ungewollter Tatbildverwirklichungen hätte gesetzt werden müssen²⁶⁵. Das Eintreten des Erfolges muss dafür objektiv vorhersehbar sein, ein zufälliger oder unvorhersehbarer Eintritt befreit von der Strafbarkeit. Es ist daher auf eine gewisse Grundgefährlichkeit des Verhaltens abzustellen²⁶⁶. Hierbei sind die allgemein verbindlichen Verhaltensanforderungen auch berufs- und ausbildungsspezifisch sowie tätigkeitsrelevant zu sehen²⁶⁷.

1.4) Garantenstellung (§ 2 StGB)

Als Garantenstellung bezeichnet man die Verpflichtung einer Person einem Dritten gegenüber, diesem gegenüber nicht nur bestimmte Beeinträchtigungen zu unterlassen, sondern diesen insbesondere vor dem Eintritt einer Gefahr von außen aktiv zu bewahren. Eine Person wird daher verpflichtet, Gefahren, die einem Dritten drohen, abzuwehren. Dabei hat sie nicht nur durch Unterlassung der Ausübung gefährdender Tätigkeiten einen Gefahren Eintritt zu verhindern, sondern durch aktives Tun von außen herantretende Gefahren abzuwehren.

²⁵⁹ § 6 Abs 1 StGB

²⁶⁰ Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 6 StGB, RZ 23

²⁶¹ § 6 Abs 1 StGB

²⁶² Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 6 StGB, RZ 1

²⁶³ § 6 Abs 2 StGB

²⁶⁴ Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 6 StGB, RZ 1

²⁶⁵ Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 6 StGB, RZ 33

²⁶⁶ Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 6 StGB, RZ 35

²⁶⁷ Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 6 StGB, RZ 38

Unterlässt der Verpflichtete die Abwendung einer solchen Gefahr, das Gesetz spricht von der Abwendung eines Erfolges, so kommt diese Unterlassung einem aktiven Verwirklichen der Gefahr gleich²⁶⁸.

Wer Garantenstellung hat, regelt das Gesetz global, indem es formuliert: „... obwohl er zufolge einer ihn im besonderen treffenden Verpflichtung durch die Rechtsordnung dazu verhalten ist“. Eine moralische oder sittliche Verpflichtung genügt nicht, um eine solche zu begründen²⁶⁹. Diese Rechtspflicht unterliegt keinem Analogieverbot. So kann die Verpflichtung aus verschiedenen Rechtsquellen herrühren wie beispielsweise dem bürgerlichen Recht, dem Handelsrecht oder im Bereich Rettungswesen den Landesrettungsgesetzen, dem SanG, dem ÄrzteG sowie den Dienstrechten.

Hinsichtlich der Begründung der Garantenstellung bei Gesundheitsberufen schreibt Sautner, dass sich diese aus dem Gesetz, enger natürlicher Verbundenheit, freiwilliger Pflichtenübernahme, Gefahrengemeinschaft sowie gefahrenbegründendem Vorverhalten ergeben kann²⁷⁰. Sautner sieht eine solche im Falle eines Arztes als gegeben an, sobald dieser die Behandlung übernimmt²⁷¹. Eine (freiwillige) Pflichtübernahme, wie bei der Dienstleistung freiwillig tätiger Sanitäter oder Notärzte, begründet ebenfalls eine Garantenstellung²⁷². Die Stellung als Garant wird von Nowakowski²⁷³ treffend als eine Situation beschrieben, in der man von sich behaupten kann „Gerade ich bin dazu da, dass es nicht geschieht“. Sie verpflichtet daher nur denjenigen, auf den sie im Besonderen zutrifft.

Zu beachten ist bei dieser weitreichenden Verpflichtung zum Schutz Dritter, dass der Garant einerseits überhaupt in der Lage sein muss diese spezifische Gefahr abzuwehren, und dass es andererseits erst durch das Eintreten einer gewissen Gefahr zur Begründung einer solchen Garantenstellung kommt²⁷⁴. Somit können Situationen, denen man lediglich „machtlos“ gegenüberstehen kann, keine Strafbarkeit begründen. Zu denken ist hier beispielsweise an ein lichterloh brennendes Auto mit einem eingeschlossenen Verletzten, wo den zu Hilfe eilenden

²⁶⁸ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.4.

²⁶⁹ Nowakowski, Wiener Kommentar zum StGB - § 2, RZ 6

²⁷⁰ Sautner, Die religiös motivierte Verweigerung der ärztlichen Heilbehandlung bei Minderjährigen, Kap 2.1.1.

²⁷¹ Sautner, Die religiös motivierte Verweigerung der ärztlichen Heilbehandlung bei Minderjährigen, Kap 2.1.1.

²⁷² Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.5.

²⁷³ Nowakowski, Wiener Kommentar zum StGB - § 2, RZ 3

²⁷⁴ Nowakowski, Wiener Kommentar zum StGB - § 2, RZ 5 und 10

Rettungskräften keine ausreichende Ausrüstung zur Verfügung steht, um helfend eingreifen zu können.

In Bezug auf die erwachende Garantenstellung muss auf das flexible System der Zuständigkeiten in einem Rettungsteam verwiesen werden, in dem jeder eine spezifische Aufgabe zu erfüllen hat. Fällt jemand in dieser Kette aus oder zeigt er sich als nicht (genügend) befähigt, so haben die Kollegen plötzlich auch für diese, ursprünglich von ihrem Kollegen zu übernehmende Tätigkeit, die Garantenstellung.

Der Umfang der dieser Abwehripflicht ist an den so genannten „Schutzzweck der Garantenpflicht“ gebunden²⁷⁵. Dies umschreibt nichts anderes als die Verpflichtung des Garanten jene spezifischen Gefahren abzuwehren, zu deren Abwehr er sich verpflichtet hat oder gesetzlich dazu angehalten ist. Mit anderen Worten ist ein Sanitäter im Verhältnis zu einem von ihm betreuten Patienten Garant und muss daher die Abwehr von gesundheitsgefährdenden Einwirkungen auf seinen Schutzbefohlenen gewährleisten. Hingegen wird es nicht in seiner Verpflichtung liegen einen Brand zu bekämpfen, da die Abwehr einer solchen Gefahr nicht von seinem Aufgabengebiet umfasst ist.

Zudem ist entscheidend, ob und wie weit man aus der Garantenstellung haftet, also, ob durch das Unterlassen überhaupt eine Strafwürdigkeit eingetreten ist, die jener des leichtesten Falles der aktiven Tatbegehung gleichzustellen ist²⁷⁶. Dies bedeutet, dass eine nicht vollzogene Hilfeleistung eines Garanten dennoch straffrei bleibt, wenn die zugrunde liegende Verletzung so leicht ist, dass selbst bei vorsätzlicher Herbeiführung der Täter gerichtlich nicht belangt würde.

Zuletzt sei darauf hingewiesen, dass auch eine Unterlassung fahrlässig begangen werden kann. Dies ist in zweierlei Hinsicht möglich. Einerseits können Delikte verwirklicht werden, die als solche Fahrlässigkeitsdelikte sind wie beispielsweise die fahrlässige Körperverletzung. Unternimmt der Garant (z.B. aus Unachtsamkeit) nichts zur Abwehr und tritt eine Körperverletzung ein, so haftet dieser. Andererseits kann der Eintritt der Garantenstellung selbst fahrlässig übersehen werden. Verkennt der vermeintliche Garant, dass die Verwirklichung eines spezifischen Ereignisses für ihn eine Garantenstellung erwachsen lässt, so haftet er dennoch aus dieser²⁷⁷.

²⁷⁵ Nowakowski, Wiener Kommentar zum StGB - § 2, RZ 9

²⁷⁶ Nowakowski, Wiener Kommentar zum StGB - § 2, RZ 15

²⁷⁷ Nowakowski, Wiener Kommentar zum StGB - § 2, RZ 45

2) Besondere Straftatbestände

Im Strafgesetzbuch werden, neben allgemeinen Bestimmungen, jene Delikte geregelt, die vom Gesetzgeber als sanktionswürdig angesehen werden und daher unter Strafe gestellt sind. Im Folgenden werden jene Delikte dargestellt, die für das Rettungswesen relevant oder für die tätig werdenden Berufsgruppen spezifisch sind.

Einleitend ist hervorzuheben, dass der Gesetzgeber die Haftungsprivilegien der Gesundheitsberufe neu formuliert hat, so dass nunmehr alle „gesetzlich geregelte Gesundheitsberufe“ in Ausübung ihrer Tätigkeit erfasst sind. Er hat damit die alte Rechtslage, in der über Gesetzesinterpretation zu klären war, ob ein Beruf unter die Sonderbestimmungen fällt oder nicht, bereinigt.

2.1) Imstichlassen eines Verletzten (§ 94 StGB)

Imstichlassen eines Verletzten regelt gemeinsam mit dem Delikt der unterlassenen Hilfeleistung (§ 95 StGB) die Verpflichtung des Einzelnen unter bestimmten Umständen Hilfe leisten zu müssen. § 94 StGB, Imstichlassen eines Verletzten, ist auf denjenigen anzuwenden, der die Verletzung am Körper eines Dritten verursacht hat, dabei muss die Herbeiführung der Verletzung nicht widerrechtlich erfolgt sein.

Die Verpflichtungen bezüglich Hilfeleistung, Nachschaupflicht, Verständigung des Rettungsdienstes und Sichern der Gefahrenstelle treffen, in gleichem Maße wie in § 95 StGB (siehe im Folgenden), auch die Rechtsunterworfenen des § 94 StGB. Für Letztere gelten noch weitreichendere Verpflichtungen. Eine Hilfeleistung ist für diese auch bei nur leichter Beeinträchtigungen der körperlichen Integrität des Verletzten verpflichtend. Im Gegensatz dazu fallen in den Anwendungsbereich der unterlassenen Hilfeleistung nur solche Verletzungen, die beträchtliche Gesundheitsstörungen und Körperverletzungen oder den Tod nach sich ziehen können.

Über die Schwere der Verletzung, ab der eine Hilfeleistung im Anwendungsbereich des § 94 StGB verpflichtend ist, besteht ein Judikatur- und Literaturstreit. Ungeachtet der genauen Differenzierungen ist jedenfalls immer dann Hilfe zu leisten, wenn die Verletzung nicht bloß leicht erscheint²⁷⁸. Daher sind all jene Verletzungen erfasst, die über lediglich oberflächliche Hautirritationen hinausreichen und der Zustand des Verletzten bzw. der Hergang befürchten lässt,

²⁷⁸ Venier, Die „erforderliche“ Hilfeleistung nach § 94 StGB, Kap II.B.

dass ein Schock oder andere Folgeschäden eintreten oder Verletzungen übersehen worden sein könnten²⁷⁹. Selbst wenn keine Hilfeleistung erfolgt oder erfolgen kann, ist eine Verständigung der Rettung unablässig, ausgenommen der Verletzte verbietet dies ausdrücklich und ist sich zudem der Tragweite seiner Entscheidung bewusst²⁸⁰. Eine rein psychische Notlage wird von einigen Autoren als nicht ausreichend bezeichnet²⁸¹. Richtigerweise, so auch Ellinger und Denk²⁸², werden außergewöhnlich psychisch belastende Situationen auch zu Krankheitsbildern, die bis hin zu schwersten Schocksymptomen reichen, führen können und somit eines Beistandes oder gar einer laufenden Überwachung bedürfen.

Bei einer Verunfallung gewisser Schwere sind nicht erkennbare Verletzungen zu erwarten, daher ist in einem solchen Fall jedenfalls eine qualifizierte Hilfe zu verständigen und dem Patienten bis zu deren Eintreffen beizustehen und dieser zu überwachen²⁸³.

Die Dauer, Intensität und der Umfang der zu leistenden Hilfe hängt nicht zuletzt vom Vermögen der hilfeleistungsverpflichtenden Person ab. Unabdingbar ist es, ein in Not befindliches Opfer aus dem Gefahrenbereich zu bergen und den Unfallort abzusichern²⁸⁴. Unumgänglich ist ebenfalls ein Herbeirufen der Rettung²⁸⁵. Die sonstigen notwendigen Maßnahmen sind davon abhängig, ob die verpflichtete Person eine Ausbildung, beispielsweise als Arzt oder Sanitäter hat oder „nur“ Laie ist. Aber auch bei Laien ist eine gesetzliche Verpflichtung zur Kenntnis von Grundzügen der Ersten Hilfe teilweise rechtlich verankert. Beispiele hierfür wären die Betriebsstättenordnungen für den Bereich von Sanitätsstellen, das Führerscheingesetz i.V.m. der Straßenverkehrsordnung und andere. Sollten vorgeschriebene Erste-Hilfe-Kenntnisse nicht mehr im ausreichenden Maße vorliegen, so wird sich beispielsweise ein Führerscheinbesitzer, der im Zuge eines Verkehrsunfalls zu einer Hilfeleistung verpflichtet ist, nicht auf sein Unwissen berufen können. Es ist hier eine Übernahmefahrlässigkeit durch das Nichtauffrischen seines, im Rahmen des Führerscheinkurses erlernten Wissens, zu erblicken.

²⁷⁹ Ellinger, Denk, „Hilfsbedürftigkeit“ iS des § 94 StGB, Kap III.D.

²⁸⁰ Ellinger, Denk, „Hilfsbedürftigkeit“ iS des § 94 StGB, Kap III.E.

²⁸¹ Venier, Die „erforderliche“ Hilfeleistung nach § 94 StGB, Kap I Abs 2

²⁸² Ellinger, Denk, „Hilfsbedürftigkeit“ iS des § 94 StGB, Kap III.B.-C. und IV.

²⁸³ Ellinger, Denk, „Hilfsbedürftigkeit“ iS des § 94 StGB, Kap III.D.

²⁸⁴ Venier, Die „erforderliche“ Hilfeleistung nach § 94 StGB, Kap III.B.b.

²⁸⁵ Venier, Die „erforderliche“ Hilfeleistung nach § 94 StGB, Kap III.B.a.

a) Haftung von Gesundheitsberufen aufgrund Imstichlassen des Verletzten

Die Haftung aufgrund der beschriebenen Fallkonstellationen ist auf den Laienhelfer anzuwenden. Hinsichtlich der Anwendbarkeit auf Arzt und Sanitäter ist der Literatur und Judikatur nur Widersprüchliches zu entnehmen. Beispielsweise sprechen sich im Wiener Kommentar zum StGB dieselben Autoren an einer Stelle für eine Anwendung des § 94 StGB²⁸⁶, an anderer Stelle für eine Anwendung des § 95 StGB²⁸⁷ aus. Die richtige Subsumierung der Unterlassung einer Hilfe durch Angehörige der Gesundheitsberufe kann wie folgt erfolgen:

Besteht eine Erfolgsabwendungspflicht (Garantenstellung), so zieht diese eine Hilfeleistungspflicht nach § 94 StGB nach sich²⁸⁸, auch wenn der Schaden nicht durch aktives Einwirken des Garanten eingetreten ist. Die Anwendbarkeit des § 94 StGB anstelle jener des § 95 StGB ergibt sich aus der Ableitung der Schadenkausalität aus der Verursachung durch die Verletzung der Garantenpflicht. Ein Garant ist seinem Schutzbefohlenen gegenüber verpflichtet, alle Gefahren von außen abzuwehren, die in den Umfang seiner Garantenpflicht fallen. Ein Unterlassen dieser Abwehr kommt einem aktiven Zufügen gleich. Der Garant hätte nämlich die Gefahr abzuwehren gehabt, hätte er dies erfolgreich getan, so wäre der Schaden nicht eingetreten. Die Verletzung der Abwehrlpflicht war daher (mit) unfallkausal. Im Anwendungsbereich des § 94 StGB werden daher als *lex specialis* jene Fälle erfasst, in denen ein Zustand der Hilfebedürftigkeit durch den Verpflichteten zu verantworten ist. Daher käme immer dann, wenn ein Garant, insbesondere ein Gesundheitsberuf, zur Abwehr eines gesundheitlichen Nachteiles verpflichtet ist und dies unterlässt, § 94 StGB zur Anwendung. Da die Berufsgesetze von Sanitätern²⁸⁹ und Ärzten²⁹⁰ eine Hilfeleistungspflicht verankern, sind Angehörige dieser Berufe verpflichtet, eine gesundheitliche Gefahr von einem Verletzten oder Erkrankten abzuwehren, auch wenn sie „nur zufällig“ zu einem Verunfallten oder Erkrankten kommen.

Dabei können sich Angehörige von Gesundheitsberufen nicht einfach durch Anwendung „normaler“ Erster Hilfe von ihrer Haftung befreien. Aufgrund der Garanten- wie Sachverständigenstellung trifft Angehörige von Gesundheitsberufen die Pflicht zur Hilfeleistung nicht nur im Umfang eines Laien, sondern vielmehr im Umfang einer berufsspezifischen Hilfeleistung, sowie die Verpflichtung zu einer,

²⁸⁶ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 9 und 36

²⁸⁷ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 33

²⁸⁸ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 9 und 36

²⁸⁹ §§ 4, 8ff SanG

²⁹⁰ §§ 48, 57 ÄrzteG

unter Einhaltung der berufsspezifischen Sorgfaltspflicht vorzunehmenden, Nachschau. Dies ist für die Angehörigen von Gesundheitsberufen selbst dann verpflichtend, wenn bereits eine größere Gruppe von Personen (effiziente) Hilfe leistet. Insbesondere wird die Verpflichtung bei größeren Unglücksszenarien auch bei Anwesenheit einer ev. nicht ausreichenden Zahl an Rettungskräften angenommen werden müssen.

Des Weiteren sind Ärzte wie Sanitäter von § 94 StGB betroffen, wenn durch sie im Zuge ihres Einsatzes Personen verletzt werden. Hierbei kann es zu einer Überschneidung der Pflicht einem Patienten zu helfen und der Hilfeleistungspflicht gegenüber dem Verletzten kommen. Diese ist vom Gesundheitsberuf durch Abwägung der Behandlungspriorität und eventuell der Erfolgsaussicht zu lösen. Ist der Drittgeschädigte vorerst soweit versorgt, dass dieser bis zum Eintreffen einer weiteren Rettungseinheit belassen werden kann oder ist eine endgültige Versorgung vor Ort möglich, so liegt kein Verstoß gegen die Schutzpflicht vor, wenn dieser zur Beendigung des primären Einsatzes verlassen wird. Ansonsten ist zu entscheiden, ob der Verletzte anstelle des anderen Patienten versorgt und eventuell transportiert werden muss, oder beispielsweise eine Person zur Überwachung bei dem Verletzten belassen werden kann. Die notwendigen Maßnahmen sind im Einzelfall zu beurteilen.

Der Strafraum für Imstichlassen eines Verletzten ist gegenüber einer unterlassenen Hilfeleistung, nicht zuletzt aufgrund der direkt durch den Verpflichteten zugefügten Verletzung, erhöht und stärker aufgliedert. Für eine Körperverletzung besteht eine Strafdrohung einer Geldstrafe von 360 Tagssätzen oder einem Jahr Freiheitsstrafe, für eine schwere Körperverletzung bis zu zwei Jahren Freiheitsstrafe und im Falle des Tode eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren (§ 94 Abs 1 und 2 StGB).

2.2) Unterlassung der Hilfeleistung (§ 95 StGB)

In § 95 Abs 1 StGB wird die Pflicht aller nicht von § 94 StGB erfassten Personen normiert, im „Unglücksfall oder einer Gemeingefahr“ alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, die zur Rettung eines Menschen und der Abwehr „des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung offensichtlich erforderlich“ sind. § 95 StGB regelt somit die Pflicht Hilfe zu leisten. Die Norm verpflichtet nicht nur Fachpersonal oder Verursacher wie § 94 StGB, sondern richtet sich gegen jedermann, der eine solche Hilfe unterlässt²⁹¹. Dabei

²⁹¹ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 2

ist der Strafraumen mit einer Geldstrafe bis zu 360 Tagsätzen oder 6 Monaten Freiheitsstrafe verhältnismäßig hoch, bedenkt man, dass auch ein ungeschulter Laie in diese Hilfeleistungspflicht fällt. Falls die Unterlassung den Tod des Verletzten zur Folge hat, erhöht sich der Strafraumen auf bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe.

Wie bei Imstichlassen des Verletzten kann auch dieser Tatbestand durch Unterlassung begangen werden und wird, im Gegensatz zu anderen Delikten, der Täter nicht nur verpflichtet eine bestimmte Handlung zu unterlassen. Er hat in diesem Fall die Tat bereits begangen, wenn er es verabsäumt hat, einem (geschützten) Opfer Hilfe angedeihen zu lassen.

Der Schutzzweck des § 95 StGB umfasst die Abwehr eines, die körperliche Integrität des Verletzten stark beeinflussenden, Zustandes. Kleinere Körperverletzungen werden von dieser Norm nicht erfasst. Der Zustand des Verletzten muss akut herbeigeführt worden sein, wobei an die Zeitspanne keine allzu strengen Maßstäbe zu setzen sind. So sind jene drohenden oder eingetretenen Schäden an Leib und Leben erfasst, die sich beispielsweise bei Arbeits-, Sport- oder Freizeitunfällen ereignen, akute körperliche Störungen wie Kreislaufkollaps, Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptischer Anfall udgl., aber auch rauschbedingte Zusammenbrüche bzw. Gesundheitsstörungen zur Folge haben. Allgemeine Krankheitszustände oder Schwächezustände sowie fortschreitendes Siechtum stellen keine Unglücksfälle iSd § 95 StGB dar²⁹². Hingegen schützt diese Norm den Hilfsbedürftigen bei Gemeingefahren und verpflichtet Dritte zur Hilfeleistung. Eine Gemeingefahr besteht dann, wenn Leben, Gesundheit oder körperliche Sicherheit einer größeren Zahl von Menschen gefährdet sind. Wie viele Personen betroffen sein müssen, ist nicht exakt definiert, als Richtzahl wird man von etwa 10 Menschen ausgehen müssen²⁹³.

Hauptmann und Jerabek führen zum Thema „Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung“ aus, dass es sich im Sinne des § 95 StGB um eine länger andauernde Verletzung gewisser Schwere handeln muss²⁹⁴. Dies mag für die Bewertung der Verletzung und den Schweregrad der Unterlassung wichtig sein, in der Praxis kommt es jedoch für eine Verletzung dieser Norm nicht auf die tatsächliche Schwere an. So stellen die Autoren richtig fest²⁹⁵, dass schon bei der

²⁹² Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 4

²⁹³ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 7

²⁹⁴ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 11-13

²⁹⁵ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 19-20

Vermutung einer Verletzung eines gewissen Ausmaßes eine Nachschaupflicht erwächst. Das bedeutet, dass man sich nicht nur durch kurzes Hinblicken mit einer Einschätzung wie „Es wird schon nicht so schlimm sein“ oder „Es sind schon genügend Helfer anwesend“ seiner Verantwortung entziehen kann. Vielmehr hat sich ein Betroffener vom Verletzungsausmaß ebenso in geeigneter Form zu überzeugen, wie davon, ob tatsächlich keine Hilfsbedürftigkeit vorliegt oder bereits genügend und vor allem ausreichend qualifizierte Hilfe erbracht wird. Zudem erwächst aus § 95 StGB die Verpflichtung zur Verständigung von Rettungskräften, der Bergung des Verletzten und der Absicherung der Unfallstelle, sowie weitere Schäden (auch an Dritten) zu verhindern.

Im Hinblick auf die genannten Sicherungsmaßnahmen ist anzunehmen, dass eine kleinere Gruppe von Helfenden oftmals nicht genügend Kapazitäten haben wird, alle notwendigen Schritte in kurzer Zeit zu setzen. Schon daraus ergibt sich die Verpflichtung weiterer Anwesender ihre Hilfe anzubieten oder zumindest Nachschau zu halten.

Um den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung zu verwirklichen, hat der Unterlasser auch „innere Tatbilder“ zu verwirklichen. Dabei muss er einen, zumindest bedingten Vorsatz verinnerlicht haben, die Hilfe zu unterlassen. Dies wird bei genügender räumlicher und zeitlicher Nähe und unter Bedachtsame auf die beschriebene Nachschaupflicht bereits dann verwirklicht sein, wenn dieser vom Unfall Kenntnis erlangt²⁹⁶ und ein aktives Einschreiten unterlässt.

Als Rechtfertigung der Unterlassung einer Hilfeleistung könnte der Unterlasser die Möglichkeit eines Irrtums anführen. Kann dieser beispielsweise beweisen, dass der Verletzte rechtswirksam auf eine Hilfeleistung verzichtet hat und wurde vom Unterlasser genügende Aufmerksamkeit bei der Nachsicht und Einschätzung der Situation an den Tag gelegt, so kann das Unterlassen der Hilfeleistung zu keiner Strafbarkeit führen²⁹⁷.

§ 95 StGB ist, wie bereits ausgeführt, nicht auf die Hilfeleistungspflicht von Ärzten, Sanitätern oder anderer Gesundheitsberufe anzuwenden. Aufgrund des für diese Berufe maßgeblichen Deliktes des § 94 StGB Imstichlassen eines Verletzten, derogiert dies die unterlassene Hilfeleistung als *lex specialis*. Dies auch dann, wenn Angehörige eines Gesundheitsberufes privat zu einer Unglücksstelle kommen. § 95 StGB ist jedoch dann anzuwenden, wenn die Berufsberechtigung erloschen ist. Ob dies auch schon der Fall ist, wenn diese

²⁹⁶ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 23

²⁹⁷ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 24-25

ruht, ist fraglich. Hier wird zwar von einer erhöhten Hilfeleistungspflicht, jedoch von der Anwendung des § 95 StGB auszugehen sein. Der Gesetzgeber geht offensichtlich davon aus, dass ab Eintritt des Ruhens keine ausreichende Qualifikation mehr für die Ausübung einer entsprechenden Tätigkeit vorliegt. Wer eine Verletzung weder selbst verschuldet hat noch aufgrund seiner beruflichen Qualifikation in den Anwendungsbereich der Regelung über Imstichklassen des Verletzten fällt, ist bei Tatbegehung nach § 95 StGB wegen unterlassener Hilfeleistung zu bestrafen.

2.3) Unzumutbarkeit der Hilfeleistung (§§ 95 Abs 2, 94 Abs 1 und 3 StGB)

Wie ausgeführt, besteht aufgrund der §§ 94 und 95 StGB eine umfassende Hilfeleistungspflicht für jedermann, insbesondere für Gesundheitsberufe. Diese Pflicht wäre, gäbe es nicht eine gesetzliche Unzumutbarkeitsgrenze, auch dann gegeben, wenn man durch die Hilfeleistung das eigene Leib und Leben in Gefahr brächte. Um das Unterlassen selbstgefährdender Rettungsaktionen straffrei zu halten, wurde eine Unzumutbarkeitsgrenze eingeführt. Dabei ist die dem Helfer aufgelastete Zumutbarkeitsgrenze abhängig vom Tatbestand. Während es bei der „unterlassenen Hilfeleistung“ schon bei geringer Eigengefährdungen zur Straffreiheit kommt, besteht im Anwendungsbereich des § 94 StGB eine weitergehende Verpflichtung, persönliche Schäden auf sich nehmen zu müssen.

Beiden Deliktgruppen ist gemeinsam, dass es vor der Unterlassung der Hilfeleistung zu einer Interessensabwägung kommen muss²⁹⁸. Die Pflicht sich selbst zu verletzen oder in Gefahr zu bringen ist umso geringer, je kleiner der zu erwartende Schaden des Verletzten ist. Somit ist die Verpflichtung besonders dominant, wenn ein hoher Verletzungsgrad oder ein zu befürchtender Dauerschaden vorliegen. Die (unmittelbare) Gefahr des Todes zieht die strengsten Anforderungskriterien an eine Rechtfertigung nach sich²⁹⁹.

Das Ausmaß der Verminderung der Rettungschancen durch Zeitverlust wird als Maßstab für die Dringlichkeit wie auch für eine Erweiterung der notwendigen Eigengefährdung herangezogen³⁰⁰. Als Grundlage der Interessensabwägung kommt es auf die Maßfigur des „mit den rechtlich geschützten Werten verbundenen Menschen“ an. Dieser ist u.a. in § 10 StGB verankert und setzt ein Verhalten des Verpflichteten voraus, das in derselben Lage von einem

²⁹⁸ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 34 und 36-38 sowie § 95, RZ 26

²⁹⁹ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 38 sowie § 95, RZ 29

³⁰⁰ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 38 sowie § 95, RZ 29

pflichtgetreuen Menschen mit gleicher geistiger und körperlicher Ausstattung zu erwarten ist³⁰¹.

Die Judikatur setzt strenge, wenn auch zwischen den Deliktgruppen §§ 94 und 95 StGB, unterschiedliche Anforderungen. Die Unzumutbarkeitsgrenze des § 95 StGB sieht einen Entschuldigungsgrund bereits dann, wenn es zu einer Verletzung von „ins Gewicht fallenden Interessen“ beim Helfer kommen würde³⁰². Hingegen können, im Falle des § 94 StGB Imstichlassen eines Verletzten, keine wirtschaftlichen Interessen oder die Vermeidung einer straf- oder verwaltungsstrafrechtlichen Verfolgung als Entschuldigungsgrund angeführt werden³⁰³. Die Relevanz (wichtiger) wirtschaftlicher Interessen wird hingegen bei § 95 StGB (vereinzelt) als Entschuldigungsgrund bejaht³⁰⁴, jedoch wird auch hier nur ein Zusammentreffen wirklich wichtiger wirtschaftlicher Interessen mit einem nur geringen Verletzungsgrad und daher vernachlässigbarem Versorgungsbedarf herangezogen werden können.

In dieser Interessensabwägung sind beim Delikt Imstichlassen des Verletzten sowohl die Interessen des Verpflichteten, als auch jene des Verletzten zu berücksichtigen. Hinzu kommt die Pflicht, ggf. auch die Interessen Dritter zu beachten. Als Beispiel werden die Angehörigen eines Patienten genannt, deren Interesse ein herbeigerufener Arzt abzuwägen hätte³⁰⁵. Hingegen genügen für einen Entschuldigungsgrund bei Unterlassung der Hilfeleistung bereits Gründe, die „ins Gewicht fallen“, ein Überwiegen gegenüber den Interessen des Verletzten ist nicht gefordert³⁰⁶. Dennoch, so Hauptmann und Jerabek richtig, dürfe die Zumutbarkeitsprüfung nicht ausschließlich auf die Interessen des Hilfeleistungspflichtigen abstellen, denn auch hier sind Umstände maßgeblich, die „ein mit den rechtlich geschützten Werten verbundener Mensch“ in der Lage des Täters berücksichtig hätte³⁰⁷. Somit hat es in allen Fällen zu einer Interessensabwägung zu kommen. Die oben beschriebenen Grundsätze, je schwerer die Verletzung, desto höher die Beistandspflicht, schlagen somit in jedem Tatbestand durch.

³⁰¹ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 36

³⁰² Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 26 und 28

³⁰³ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 37

³⁰⁴ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 31

³⁰⁵ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 36

³⁰⁶ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 28

³⁰⁷ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 29

Die Einschätzung der Gefahr hat der Betroffene selbst vorzunehmen und gegebenenfalls bei einem Irrtum über diese die rechtlichen Konsequenzen des jeweiligen Unterlassungsdelikt zu tragen³⁰⁸.

Beiden Deliktgruppen ist ebenfalls gemeinsam, dass eine entschuldbare Unterlassung in jenen Fällen vorliegt, in denen die Hilfeleistung nur unter Gefahr des Todes oder einer (beträchtlichen) Körperverletzung bzw. Gesundheitsschädigung möglich ist³⁰⁹. Für das Imstichlassen eines Verletzten nach § 94 StGB muss die Körperverletzung jedoch beträchtlich sein. Eine Verletzung, die noch hingenommen werden muss, liegt juristisch in solchen Fällen zwischen einer bloß unerheblichen Schädigung und einer schweren Verletzung iSd § 84 Abs 1 StGB. Als letztgenannte Verletzungen können solche mit einer mindestens 24 tägigen Dauer der Beeinträchtigung, einer (massiven) Verletzung der Haut oder Knochenbrüche genannt werden. Diese Abgrenzungen sind jedoch nicht starr. So können bei geringerem Risiko des Verletzten bereits kleinere Risiken als Entschuldigung ausreichen. Hingegen wird bei Gefahr eines massiven Schadens des Verunglückten oder wenn gar dessen Tod zu befürchten ist, auch eine drohende (schwerere) Verletzungen oftmals nicht als Entschuldigung ausreichen³¹⁰. Als objektiver Maßstab dient der maßgerechte Mensch. Für § 95 StGB reicht hingegen das Risiko einer leichten Verletzung aus, um als Entschuldigung zu gelten, jedoch ist auch hier die Figur des maßgerechten Menschen sowie die Regel je höher die Gefahr für den Verletzten, desto höher die geforderte Eigengefährdung anzuwenden³¹¹.

Die Frage nach anderen Entschuldigungsgründen als jene der Gefahr für Leib und Leben ist insofern berechtigt, als das Gesetz bei diesen Gründen „insbesondere“ vorangesetzt hat. Dies soll zum Ausdruck bringen, dass es auch andere Gründe geben kann, die ein Nichteinschreiten rechtfertigen. So werden als solche eine (massive) Weigerung oder das aktive Abwehren von Hilfeleistungen durch den Patienten genannt³¹². Aber auch Situationen, durch die der Hilfeleistungsverpflichtete überfordert ist, wie beispielsweise im Falle seines psychischen Schocks, einer Panik oder eines zumindest nicht einem unerheblichen Schreckens³¹³ zählen dazu.

³⁰⁸ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 27

³⁰⁹ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 34 und 39-40 sowie § 95, RZ 32-33

³¹⁰ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 39

³¹¹ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 32

³¹² Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 42

³¹³ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 34

Eine unzumutbare Hilfeleistung kann nicht als Entschuldigung ausreichen, wenn alternativ zu dieser eine andere, risikoärmere und durchführbare Möglichkeit der Gefahrenabwendung bestanden hat³¹⁴. Ist eine solche vorhanden und nutzt sie der Verpflichtete nicht, so ist er nach den Regeln der §§ 94 oder 95 StGB zu strafen. Der Verpflichtete hat daher nicht nur die Pflicht, die möglichst rascheste und einfachste Hilfestellung anzubieten, sondern auch nach Alternativen Ausschau zu halten. So kann eine Versorgung bei Aggressivität des Opfers gegenüber dem Helfer straffrei unterbleiben, eine Beistandsleistung oder das Beseitigen von Gefahrenquellen aus der Umgebung könnte dennoch möglich und zumutbar sein³¹⁵.

Unabhängig von der Zumutbarkeitsgrenze ist die faktische Unmöglichkeit der Durchführung. Ist es tatsächlich nicht möglich Hilfe zu leisten, so entfällt die Strafbarkeit³¹⁶. Diese Feststellung ist dem Rechtsunterworfenen überlassen, der die Konsequenzen für eine Fehleinschätzung tragen muss.

Eine Sonderstellung besteht für Polizeibeamte, Feuerwehrleute, Soldaten sowie für Rettungspersonal und Ärzte. Solche Personen, die Kraft ihres Amtes zur Hilfeleistung verpflichtet sind, können sich grundsätzlich nicht auf eine Unzumutbarkeit der Hilfe berufen³¹⁷! Dem von Hauptmann und Jerabek zitierten Justizausschuss folgend unterliegen sie einer höheren Zumutbarkeitsanforderung. Eine Berufung auf einen Entschuldigungsgrund ist nur dann möglich, wenn auch die Maßfigur, die mit den Fähigkeiten und dem Können sowie der Rechtstreue und Berufspflicht der betroffenen Berufsgruppe ausgestattet ist, eine Hilfeleistung unterlassen hätte³¹⁸.

2.4) Aussetzung (§ 82 StGB)

§ 82 StGB kennt zwei Tatbestände. Der erste Tatbestand ist im Abs 1 geregelt und im Rettungsdienst eher unbedeutend. Es handelt sich um den Fall, in dem ein Täter sein Opfer vorsätzlich in eine Situation bringt, in der es hilflos ist und anschließend dieses alleine seinem Schicksal überlässt. Den Vorsatz für die dadurch verwirklichte Gefährdung des Opfers muss der Täter bereits im ersten Schritt, also wenn er das Opfer hilflos macht, verinnerlicht haben.

³¹⁴ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 35 sowie § 95, RZ 27

³¹⁵ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 42

³¹⁶ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 94, RZ 34

³¹⁷ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 33

³¹⁸ Hauptmann, Jerabek, Wiener Kommentar zum StGB - § 95, RZ 33

Der zweite Tatbestand ist für den Rettungsdienst von größerer Bedeutung³¹⁹. In Abs 2 regelt das Gesetz jene Fälle, in denen der Täter verpflichtet wäre dem Opfer beizustehen, dies jedoch unterlässt und das Opfer somit in einer hilflosen Lage im Stich gelassen wird. Tatbestandsmäßig ist jeder hilflose Zustand des Opfers, unabhängig davon, ob dieser durch den Täter verwirklicht wurde oder bereits vor dessen Eintreffen bestanden hat. Das Opfer muss in der Obhut des Täters gestanden sein oder diesen musste eine Beistandspflicht treffen, unabhängig, ob sich diese aus dem Gesetz oder aus einem Vertrag begründet³²⁰. Der Täter muss den Vorsatz, das Opfer in eine lebensgefährliche Situation zu bringen indem er es in einer bestimmten Situation belässt, in jenem Zeitpunkt verinnerlicht haben, in dem er es verlässt. Bei Sanitätern und Ärzten wird es genügen, dass eine Hilfeleistung real möglich gewesen wäre und die Hilflosigkeit sowie Lebensgefahr ersichtlich war. Ärzte und Sanitätspersonal in Ausübung ihrer rettungsdienstlichen Tätigkeit üben eine Garantenstellung gem. § 2 StGB aus und fallen daher schon bei Missachtung der Lebensgefahr unter den Tatbestand des § 82 Abs 2 StGB.

Ist Abs 1 auf den Täter nicht anwendbar, so ist dieser nach Abs 2 zu bestrafen, auch wenn das Opfer direkt durch den Täter in diese Lage versetzt wurde, solange eine entsprechende Garantenstellung zum Tatzeitpunkt bestand³²¹.

Der Tatbestand der Aussetzung bedarf der Herbeiführung oder Vergrößerung einer konkreten Lebensgefahr³²². Das bedeutet, dass das Unterlassen einer zumutbaren Hilfeleistung ausreicht um den Tatbestand zu verwirklichen, soweit die Lebensgefährdung zu verhindern oder zu verringern gewesen wäre. Der Täter muss zu der ihm zum Vorwurf gemachten, unterlassenen Hilfeleistung konkret imstande gewesen sein. An die aufgrund gesundheitsberuflicher Ausbildung erforderlichen fachlichen Hilfeleistung sind strenge Maßstäbe zu setzen. So kommt zur Einschätzung der Fähigkeit eines Sanitäters oder Arztes § 1299 ABGB zu tragen, da diese (siehe unten) eine Sachverständigenstellung innehaben. Zudem kommen einschlägige berufsgesetzliche Bestimmungen zur Anwendung, die eine Wahrung des Patientenwohles nach medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen gewährleisten.

³¹⁹ OGH, 14 Os 105/89

³²⁰ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 82, RZ 21

³²¹ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 82, RZ 23

³²² Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 82, RZ 27; OGH, 14 Os 69/94

Auch die Unterlassung eines Versuches einer anerkannten, wenn auch nicht in ständiger Anwendung befindlichen Maßnahme, die eventuell zur Rettung des Lebens hätte führen können, ist strafbar. So sind auch solche Methoden zur Abwehr einer Lebensgefahr anzuwenden, die gerade erlernt oder von denen man Kenntnis erlangt hat, sobald die „üblichen“ Rettungsalgorithmen ausgeschöpft oder unanwendbar sind.

Aussetzen i.S. § 82 StGB ist immer dann gegeben, wenn der Täter die notwendige Hilfe nicht leistet. Dass sich der Täter dabei vom Ort des Unglückes entfernt, ist nicht notwendig, es reicht ein Untätigbleiben um den Tatbestand zu verwirklichen. Umgekehrt ist es nicht notwendig, dass sich der Täter zur Tatbegehung in der Nähe des Verletzten aufgehalten hat. Das Delikt kann auch begangen werden, indem sich der Täter entschließt nicht zur Unglücksstelle zu gehen, obwohl er dazu verpflichtet wäre³²³.

§ 82 StGB weist eine höhere Strafdrohung als das Alternativdelikt Imstichlassen eines Verletzten auf, wodurch § 94 StGB hinter das Delikt der Aussetzung zurücktritt. Die Tat wird mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu einem Jahr bedroht, im Falle des Todes des Opfers erhöht sich der Strafrahmen auf ein bis zehn Jahre.

2.5) Eigenmächtige Heilbehandlung (§ 110 StGB)

Hierin wurden jene Tatbestände zusammengefasst, die den Patienten vor ungewollten Behandlungen schützen sollen. Zusätzlich schließt dieser die Lücke zwischen Körperverletzungsdelikten und Verletzungen der körperlichen Integrität, die aufgrund einer ungemäßen medizinischen Heilbehandlung eingetreten sind. Heilbehandlungen wären ansonsten immer dann straffrei, wenn diese medizinisch indiziert und lege artis durchgeführt wurden³²⁴.

Strafbar nach § 110 StGB sind Personen, die einen Patienten ohne dessen Einwilligung behandeln, sich also über den Willen des Patienten hinwegsetzen. Dabei ist es unerheblich, ob die Behandlung nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft erfolgt ist oder nicht. Erfasst werden nicht nur Heilbehandlungen, sondern auch (medizinische) Tätigkeiten, die andere Zwecke verfolgen. Bertel nennt in diesem Zusammenhang kosmetische Eingriffe, Entnahme von Gewebe, Blut oder Organen oder die Gabe von Medikamenten für

³²³ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 82, RZ 24-26

³²⁴ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 5; OGH, 7 Ob 727/89

Experimente³²⁵. Dennoch dürfte der OGH zur Meinung tendieren, dass die Anwendung primär auf Heilbehandlungen beschränkt ist³²⁶.

Ein weiterer Anwendungsbereich des § 110 StGB ist die Verletzung der erforderlichen Aufklärungspflicht. Gibt ein Patient zwar seine Zustimmung zu einer indizierten Behandlung, die in Folge lege artis erfolgt, beruhte diese Zustimmung jedoch auf mangelnder Aufklärung über Nebenwirkungen, Risiken oder Alternativen, so ist diese Einwilligung nicht rechtskräftig und der Behandelnde nach den Grundsätzen der eigenmächtigen Heilbehandlung zu verurteilen³²⁷.

Als Täter kommen Ärzte, Sanitäter und andere Angehörige von eigenverantwortlich tätigen Gesundheitsberufen, aber auch andere „heilend“ tätige Personen und selbst Angehörige des Opfers in Frage³²⁸. Damit machen sich Arzt wie Sanitäter strafbar, wenn sie Behandlungsschritte setzten, zu denen der Patient keine Einwilligung erteilt hat.

a) Exkurs: Privatanklagedelikt

Dass es kaum zu einer Anklage wegen eigenmächtiger Heilbehandlung kommt liegt daran, dass es sich hierbei um ein Privatanklagedelikt handelt. Bei einem Privatanklagedelikt muss das Opfer selbst die Anklage gegen den Täter erheben, die Staatsanwaltschaft wird nicht aus tätig³²⁹. Der Privatankläger muss beim zuständigen Strafgericht schriftlich die Verfolgung begehren. Dazu hat der Geschädigte 6 Wochen ab Kenntnis der Tat Zeit³³⁰. Auch hat der Privatankläger die Kosten des Verfahrens zu tragen, falls dieses nicht mit einem Schuldspruch endet. Dies stellt ein derart hohes Prozessrisiko dar, dass offensichtlich viele von einer Verfolgung Abstand nehmen. Zudem ist nach herrschender Meinung das Privatanklagerecht nicht vererblich. Kommt der Patient zu Tode, so hat der Täter „Glück“³³¹.

Wenig verständlich ist daher die Aussage von Bertel³³², der meint, dass ein Privatanklagegrund „zu guter recht“ vorliegt, da niemandem gedient ist, wenn es zu einer Anklage wegen einer erfolgreichen, wenn auch eigenmächtigen Heilbehandlung kommt. Dem ist entschieden entgegenzutreten, wäre doch der

³²⁵ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 2

³²⁶ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 2

³²⁷ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 7

³²⁸ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 1

³²⁹ Platzgummer, Grundzüge des österreichischen Strafverfahrens, S 13

³³⁰ Platzgummer, Grundzüge des österreichischen Strafverfahrens, S 55ff

³³¹ Lewisch, Strafrecht BT I, S 115, 1. Abschnitt 3. Teil Kap VII.

³³² Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 37

Sicherheit des Patienten durch ein Ermächtigungsdelikt, wenn schon aus rechtspolitischer Sicht kein Offizialdelikt gewünscht wird, weitaus mehr gedient. Auch hier käme es ohne Zustimmung des Patienten zu keiner Anklage. Im Falle, dass ein Opfer das Vorgehen seines Behandlers untersucht und gegebenenfalls gestraft sehen will, könnte dieses durch eine Anzeige die Staatsanwaltschaft einschalten und somit auf deren Ermittlungsmöglichkeiten zurückgreifen. Zudem könnte die Staatsanwaltschaft selbstständig die Ermittlungen aufnehmen, vor einer Verhandlung müsste der Geschädigte jedoch seine Zustimmung zu einer Anklage erteilen³³³. Soll § 110 StGB tatsächlichen Schutz gegen eigenmächtige Heilbehandlungen bieten, so wird man de lege ferenda über eine Änderung des Deliktes von einem Privatanklagedelikt in ein Ermächtigungsdelikt nachdenken müssen.

b) Einwilligung in die Heilbehandlung

Eine wirksame Einwilligung in eine Heilbehandlung kann mündlich, schriftlich oder konkludent erfolgen³³⁴. Je nach Art und Ort der Einwilligung ist zu unterscheiden, ob diese gegenüber einem Einzelnen Gültigkeit erlangt, das gesamte medizinisch-pflegerische Personal umfasst oder unter Vorbehalt bestimmter ausgeschlossener Personen getätigt wurde.

Bei Arzt und Sanitäter besteht gleichermaßen die Pflicht zur Aufklärung des Patienten. Die Rechtswidrigkeit eines Eingriffes ohne Aufklärung liegt nicht nur dann vor, wenn dieser für therapeutische Zwecke, sondern auch wenn dieser zu Diagnosezwecken erfolgte³³⁵.

Eine Einwilligung erlangt nur dann Rechtswirkung, wenn über ihren Inhalt genügend aufgeklärt wurde³³⁶. Dabei darf nicht von einem eventuell vorhandenen Fachwissen des Patienten ausgegangen werden³³⁷, die Aufklärung hat nämlich vorrangig die persönliche Tragweite der Entscheidung und nicht die fachlichen Grundlagen zu umfassen. Das bedeutet, dass die sachliche Aufklärung nur soweit erfolgen muss, als der Patient dies verlangt oder es für die Entscheidungsfindung des Patienten wichtig ist. Umso intensiver muss bei der Aufklärung auf die emotionale Ebene des Patienten eingegangen werden. Dieser ist daher so aufzuklären, dass er sich der Tragweite seiner Entscheidung bewusst wird.

³³³ Platzgummer, Grundzüge des österreichischen Strafverfahrens, S 14

³³⁴ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 9

³³⁵ OGH, 6 Ob 683/84

³³⁶ OGH, 6 Ob 683/84; OGH, 8 Ob 63/85; Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 10; Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap I.1.

³³⁷ OGH, 6 Ob 683/84; OGH, 8 Ob 63/85

Inwieweit der Patient zur Entscheidungsfindung auf technische bzw. auf persönlich-psychologische Informationen angewiesen ist, muss individuell entschieden werden.

Anderer Ansicht ist Bertel, der das Fachwissen eines Patienten als ausreichend ansieht um eine Aufklärung unterlassen zu können³³⁸. Er übersieht dabei, dass es bei der Aufklärung eben nicht um die Darstellung medizinischer Fakten geht, vielmehr ist Ziel der Aufklärung die Darstellung von persönlichen Risiken und Folgen, die mit einer Durchführung oder Unterlassung der Behandlung verbunden sind. Diese Darstellung soll die Tragweite der Entscheidung darlegen, da diese oft auch bei genügendem Fachwissen um die medizinisch-technischen Tatsachen nicht in genügendem Umfang vorhanden oder verinnerlicht ist. Vielmehr muss damit gerechnet werden, dass der Patient negative Folgen einfach verdrängt. Bei der Aufklärung darf man sich daher nicht auf eine etwaige Kenntnis des Patienten von Situation und Behandlungsmöglichkeit verlassen³³⁹.

Ein Patient ist in jedem Falle solange und eventuell sogar unter Anwendung verschiedener Mitteilungsmethoden oder unter Beiziehung weiterer Fachkräfte aufzuklären, bis dieser den Inhalt der Aufklärung und seiner damit verbundenen Entscheidung verinnerlicht hat. An die Aufklärung wird zudem die Anforderung gestellt, nicht nur jene Komplikationen darzustellen, die erfahrungsgemäß häufiger auftreten, sondern auch solche, die nicht ganz außerhalb der Wahrscheinlichkeit liegen (daher weniger zu erwarten sind), jedoch Auswirkungen auf den Entschluss des Patienten haben könnten³⁴⁰.

Die Aufklärung hat sich am spezifischen Risiko des einzelnen Patienten zu orientieren. Generelle Aufklärungen vermögen nicht auszureichen, wenn unter Aufwendung der notwendigen ärztlichen Sorgfalt ein spezielles Risiko berücksichtigt werden musste, jedoch nicht in die Aufklärung eingeflossen ist. Im Gegenzug können Aufklärungen über jene Nebenwirkungen und Gefahren, die bei diesem Patienten nicht ins Gewicht fallen oder zu erwarten sind, unterlassen werden, auch wenn diese in Summe der Patienten häufig auftreten. Bertels Argument, dass eine Aufklärung bei ausreichendem Fachwissen unterbleiben kann, vermag daher nicht zu überzeugen.

In diesem Sinne ist auch das Argument Bertels zu betrachten und abzulehnen, wenn er meint, ein Patient, der dem Arzt erklärt auf eine Aufklärung zu

³³⁸ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 12

³³⁹ OGH, 8 Ob 63/85

³⁴⁰ OGH, 6 Ob 683/84

verzichten, entbinde diesen von der Aufklärungspflicht³⁴¹. Auch hier fehlt der, vom OGH abverlangte, informative Charakter der Aufklärung³⁴². Ein Verzicht wird nur dann zur Straffreiheit führen, wenn der aufklärende Gesundheitsberuf gesichert zur Erkenntnis kommen kann, dass sich der Patient der Tragweite seiner Entscheidung bewusst ist, und zwar im selben Umfang als wäre eine Aufklärung nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft erfolgt. Zudem ist ein Verzicht auf die therapeutische Aufklärung generell unzulässig³⁴³. In diesem Fall wüsste der Patient nicht einmal welche Behandlungen an ihm vorgenommen werden. Ohne dieses Wissen wäre eine Einwilligung in diese nicht möglich und könnte sich der Aufklärende auch nicht davon überzeugen, dass sich der Patient tatsächlich der Tragweite seiner Entscheidung (über den Aufklärungsverzicht) bewusst ist.

Somit stellen auch ausschließlich in Form von standardisierten Formblättern erfolgte Einwilligungserklärung keine ausreichende Einwilligung dar, da hier keine individuelle Aufklärung erfolgte³⁴⁴. Ebenso ist eine generelle Zustimmung eines Patienten in die Gesamtheit einer länger andauernden oder an den jeweiligen Erfolg erst anzupassenden Heilbehandlung keine ausreichende Einwilligung i.S. § 110 StGB. Eine generelle Zustimmung scheidet nämlich an der Darstellung der einzelnen Diagnosehandlungen und Therapieformen und wäre sohin mangels notwendiger Aufklärung wirkungslos³⁴⁵.

Das Einlassen in oder das Ersuchen um „Rettung“ rechtfertigt ein erstes Einschreiten sowie die generelle Tätigkeiten von Rettungskräften, dennoch ist ein Patient nach Maßgabe der Möglichkeiten, jedenfalls bei Tätigkeiten über dieses erste Einschreiten hinaus, über jeden Behandlungsschritt aufzuklären und um Zustimmung zu fragen.

Zweck der Aufklärung ist es, dem Patienten zu ermöglichen, die Tragweite seiner Entscheidung zu überblicken³⁴⁶. Aigner meint, dass die Aufklärung vom Umfang so zu gestalten ist, dass sie primär dem Wohl des Patienten dienlich ist und in weiterer Folge auf dessen Selbstbestimmungsrecht Bedacht nimmt³⁴⁷. Folgt man der Judikatur des OGH, so ist dieser Meinung nicht zu folgen, wäre doch die Konsequenz, dass eine Aufklärung dann einzuschränken oder gänzlich zu unterlassen wäre, wenn diese nicht dem Wohl des Patienten entspräche. Ein

³⁴¹ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 16

³⁴² OGH, 8 Ob 63/85

³⁴³ Memmer, Handbuch Medizinrecht, Kap I.3.9.2

³⁴⁴ Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap I.1.; OGH 4 Ob 505/96

³⁴⁵ OGH, 6 Ob 683/84

³⁴⁶ OGH, 8 Ob 63/85; OGH, 7 Ob 165/99m

³⁴⁷ Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap I.1.

Unterlassen der Aufklärung zum Wohle des Patienten, dem so genannten therapeutischen Privileg, wird nur vereinzelt und in ganz bestimmten Ausnahmefällen zulässig sein³⁴⁸. Dies nur dann, wenn es für diesen einen Patienten geradezu schädlich wäre, die Informationen einer ordentlichen Aufklärung zu erhalten³⁴⁹. Der zu befürchtende Schaden wird psychischer Natur sein und muss mit der Gefahr verbunden sein, Krankheitscharakter zu entwickeln und zudem den Gesundheitszustand zu verschlechtern. Besteht diese Gefahr nicht, so ist umfassend aufzuklären. In der weitaus überwiegenden Zahl der Patienten ist daher die Aufklärung vom Umfang so zu gestalten, dass sie primär auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten Bedacht nimmt, auch wenn dies nicht zur Gänze dem (geistigen) Wohl des Patienten dienlich ist.

Je weniger dringlich ein Eingriff ist, desto höhere Anforderungen sind an die Aufklärung zu stellen. Daher ist über Diagnosemaßnahmen umfangreicher aufzuklären als über unmittelbar notwendige Heilmaßnahmen³⁵⁰. Die geringste Anforderung besteht bei unaufschiebbaren Notfallmaßnahmen³⁵¹. Eine Einschränkung des Umfanges der Aufklärung auf das Notwendigste ist daher nur bei Gefahr in Verzug zu verantworten³⁵². Hingegen hat der Aufklärende umso eindringlicher auf negative Folgen hinzuweisen, je deutlicher die schädlichen Folgen des Unterbleibens oder der Fortsetzung der Behandlung sind und je dringlicher die Behandlung auch aus der Sicht eines vernünftigen und einsichtigen Patienten erscheinen muss³⁵³.

Wurde fehlerhaft aufgeklärt, so liegt, entgegen einigen älteren Meinungen, keine fehlerhafte Behandlung vor. Erfolgt unter Berücksichtigung der Situation keine notwendige oder nur eine unzureichende Aufklärung, so hat das Gesundheitspersonal eine eigenmächtige Heilbehandlung gesetzt und haftet auch bei kunstgerechtem Eingriff für die dadurch entstandenen Schäden³⁵⁴. Zudem haftet es ohne Schadeneintritt für die Heilbehandlung, die gegen den Willen des Patienten vorgenommen wurde.

Im Rettungsdienst stellt sich aufgrund der kooperativen Arbeitsweise zwischen Arzt und Sanitätern die Frage, wer einen Patienten aufzuklären hat. Hier sind

³⁴⁸ OGH, 6 Ob 318/00h; OGH, 9 Ob 76/06a

³⁴⁹ OGH, 1 Ob 713/88; OGH, 5 Ob 162/03j; OGH, 3 Ob 562/84

³⁵⁰ OGH, 10 Ob 503/93; OGH, 7 Ob 15/04p

³⁵¹ OGH, 6 Ob 683/84

³⁵² OGH, 6 Ob 318/00h

³⁵³ OGH, 3 Ob 545/82

³⁵⁴ OGH, 6 Ob 683/84; Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap. I.1. und 2.; Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 23b, Bernat, Der didaktische Beitrag, Kap 4.2.1.

zunächst die generellen Regeln der Aufklärung anzuwenden, nämlich dass die Aufklärung über die vorzunehmende Tätigkeit oder Behandlung von jenem Gesundheitsberuf durchzuführen ist, in dessen selbstständigen und eigenverantwortlichen Aufgabenbereich die Maßnahme fällt. So ist über jene Aufgaben, die den Sanitätern in die alleinige Verantwortung übertragen wurden von den Sanitätern, über jene, die den Ärzten vorbehalten bleiben, von den Ärzten aufzuklären. Innerhalb der Aufgabenverteilung der Sanitäter untereinander, also in Hinblick auf die Aufgabenverteilung zwischen Rettungs- und Notfallsanitäter sowie auf die Anwendung von Notfallkompetenzen hat die Aufklärung von jenem Sanitäter zu erfolgen, der die Maßnahme setzt bzw. dem die Einsatzleitung übertragen wurde. Kommt es zu einem Zusammentreffen der Kompetenzen von mehreren Sanitätern oder Ärzten, so können die gleichgestellten Gesundheitsberufe wählen, welcher Arzt oder welcher Sanitäter aufklärt. Ein Zusammentreffen der Kompetenzen zwischen Arzt und Sanitäter ist kaum möglich. Dies wäre nur im Bereich der Notfallkompetenzen denkbar, die jedoch subsidiär zum Behandlungsvorbehalt der Notärzte sind und sohin der Arzt die Aufklärung durchzuführen hat. Ansonsten sind die Aufgaben, wie später noch näher ausgeführt, zwischen Notarzt und Sanitätern getrennt und jedem ein eigenständiger, vom anderen unabhängiger Aufgabenbereich übertragen worden.

c) Heilbehandlung bei Gefahr im Verzug (§ 110 Abs 2 StGB)

Eine Sonderstellung genießen Heilbehandlungen, die zwar ohne Einwilligung des Verletzten vorgenommen wurden, bei denen jedoch kein Aufschub möglich war. Hier kommt es zu einer Konstellation, bei der ein Verletzter oder Kranker zusätzlich zur Gefahr einer (massiven) körperlichen Beeinträchtigung und einer unaufschiebbar notwendigen Behandlung nicht dispositionsfähig ist. Ist ein Notfallpatient hingegen einsichts- und urteilsfähig und trifft er eine Entscheidung, so hat sich ein Behandlungsteam an eine solche zu halten.

Mit abnehmender Dringlichkeit einer Behandlung erhöhen sich die Anforderungen an die Aufklärung. Sohin bestehen die geringsten Anforderungen an die Aufklärung bei unaufschiebbaren Notfallmaßnahmen³⁵⁵. Bei einer solchen „Notfallaufklärung“ ist eine Einschränkung auf den notwendigsten Umfang zu rechtfertigen. Unter Bedachtnahme auf Situation und Dringlichkeit und unter Rücksicht auf die generellen Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung ist diese daher im Notfall auf die wichtigsten Punkte zu reduzieren,

³⁵⁵ OGH, 6 Ob 683/84

gegebenenfalls gänzlich zu unterlassen³⁵⁶. Dem Patienten muss nur soweit die Möglichkeit einer fundierten Entscheidung eingeräumt werden, soweit ihm das in der jeweiligen Situation überhaupt möglich ist³⁵⁷.

In der Literatur wird teilweise ausgeführt, dass eine Behandlung ohne Einwilligung nur dann gerechtfertigt ist, wenn das Zuwarten bis zur Einwilligungsfähigkeit oder wenn davon auszugehen ist, dass eine solche nicht (rechtzeitig) eintritt, das Unterlassen der Behandlung das Delikt der schweren Körperverletzung als Rechtsfolge nach sich zieht³⁵⁸. Unstrittig ist, dass, solange der Patient einsichts- und urteilsfähig ist und somit seine Einwilligung geben kann, diese jedenfalls beachtlich ist. Eine Behandlung ohne Einwilligung wäre nur dann straffrei, wenn die Einwilligungsfähigkeit nicht vorliegt. Ebenso unstrittig ist, dass Behandlungen leichter Erkrankungen oder Verletzungen, die sinnvoll aufgeschoben werden können, nicht von der Straffreiheit des § 110 Abs 2 StGB erfasst sind. Unter dieses Privileg fallen Behandlungen von leichteren Verletzungen oder Erkrankungen nur dann, wenn trotz des Leichtegrades keine Alternativbehandlung zur Verfügung steht und durch ein Zuwarten der Behandlung das Krankheitsbild verschlimmert wird. Konsequenterweise müssen daher die zur Abklärung des Verletzungs- oder Erkrankungsgrades unbedingt notwendigen Untersuchungen jedenfalls straffrei bleiben.

Gerade im Rettungswesen wird der Rahmen des § 110 Abs 2 StGB weit ausgelegt werden müssen. Hier handelt es sich um Maßnahmen die in kurzer Zeit mit begrenzten diagnostischen und therapeutischen Mitteln durchgeführt werden müssen und weder Zeit noch Möglichkeit für eine umfassende Anamnese und Diagnosestellung vorhanden sind. Zudem liegen oftmals nicht unmittelbar zuordenbare Symptome vor und der Patient befindet sich in einem Stress- oder Schockzustand. Wenn eine Gefahrenabwehr anders nicht ausreichend garantiert werden kann, so liegt es in der Pflicht des Notarztes und der Sanitäter auch überschießende Erstmaßnahmen zu setzen. Dies jedoch nur dann und nur soweit, als keine ausreichenden gelinderen Mittel zur Verfügung stehen. Aigner³⁵⁹ schreibt richtig, dass in Anbetracht der Dringlichkeit der Versorgung von Notfallpatienten die Frage der Aufklärung und Einwilligung in die Behandlung in den Hintergrund zu rücken hat. Er begründet die Herabsetzung der Aufklärungspflicht mit Gefahr

³⁵⁶ OGH, 9 Ob 76/06a; OGH, 1 Ob 2318/96f; OGH, 3 Ob 545/82

³⁵⁷ Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap I.1.

³⁵⁸ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 31

³⁵⁹ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap A.1.

in Verzug, ohne dabei eine Unterteilung in Schwere der Verletzung oder Erkrankung vorzunehmen.

d) Einsichts- und Urteilsfähigkeit

Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist das medizinrechtliche „Gegenstück“ zur Geschäftsfähigkeit. Ohne diese kann nicht rechtswirksam in eine Behandlung eingewilligt oder eine solche verweigert werden. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten zu beurteilen, liegt in der Verantwortung des behandelnden Gesundheitsberufes und ist oft problematisch. Für eine derartige Beurteilung ist nicht die Auffassung eines typischen Angehörigen dieses Berufsstandes von rechtlichem Belang, sondern vielmehr, ob Einsichts- und Urteilsfähigkeit nach den Maßstäben der Rechtswissenschaft vorliegen. Nur wenn diese vorliegen, sind auch die Aufklärung wie die Einwilligung rechtswirksam.

Die Frage, wie weit ein Patient aufzuklären ist, stellt eine Rechtsfrage dar, die vom Richter und nicht vom medizinischen Sachverständigen geklärt werden muss³⁶⁰. Das Risiko der falschen Annahme, der Patient hätte die Aufklärung verstanden und rechtskonform in die Behandlung eingewilligt, trägt der Aufklärende. Um zu beurteilen, ob der Umfang der Aufklärung im Sinne des Gesetzes erfolgt ist und der Patient diese erfasst hat, wurden von der Lehre Anhaltspunkte ausgearbeitet, bei deren Erfüllung von einer Einsichtsfähigkeit in die Entscheidung ausgegangen werden kann³⁶¹.

- Zunächst muss der Patient die Fähigkeit aufweisen, die Informationen über seine Verletzung oder Erkrankung einzusehen und die Konsequenzen von Erfolg und Misserfolg sowie Durchführung oder Unterlassung der Behandlung zu verstehen.
- Dann muss dieser in der Lage sein, eine Gewichtung der Informationen vorzunehmen. Er muss daher verstehen, welche Einschränkungen gewichtiger sind, Nebenwirkungen oder Unterlassung. Dennoch kann er sich für den größeren Nachteil entscheiden.
- Zuletzt muss darauf geachtet werden, ob sich der Patient seiner Einsicht nach verhält. Nimmt dieser beispielsweise Schmerz als negativ an, will diesen jedoch nicht bekämpfen, weil für ihn damit andere „Verlockungen“ verbunden sind, so spricht dies eher gegen eine Einsichtsfähigkeit.

³⁶⁰ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 11

³⁶¹ Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, Kap I.B.2.4.

Trifft auch nur einer der Punkte beim Patienten nicht zu, so wäre die Aufklärung vom Patienten nicht erfasst und die von diesem gegebene Einwilligung oder Verweigerung entfaltet keine Bindungswirkung.

2.6) Kurpfuscherei (§ 184 StGB)

Wie bereits erwähnt, überträgt das SanG viele Kompetenzen, die bis dahin den Ärzten vorbehalten waren, an Sanitäter. Damit sind Sanitäter, die einen Therapieversuch unternehmen (müssen), solange sie ihre rechtlichen Rahmenbedingungen nicht überschreiten, vor der Anwendbarkeit des § 184 StGB, der Kurpfuscherei, ausgenommen. Dieser pönalisiert Tätigkeiten, die an einer größeren Zahl von Menschen ausgeübt werden und den Ärzten vorbehalten sind, mit Freiheitsstrafen von bis zu drei Monaten. Tätigkeiten, die zwar unter das Delikt der Kurpfuscherei fallen, bei denen jedoch aufgrund zeitlicher Not ein Herbeiholen eines Arztes nicht möglich ist, sind wegen mangelnden Vorsatzes sowie der Rechtfertigung des Notstandes ebenfalls nicht strafbar.

Dennoch kann es aufgrund der Aufgabenverteilung innerhalb des Rettungswesens zur Anwendbarkeit des § 184 StGB kommen. Anhand des Beispiels einer beginnenden Geburt kann die Überschreitung der beruflichen Grenzen hin zur Kurpfuscherei dargestellt werden. Das Platzen der Fruchtblase sowie das Einsetzen der Wehen stellen zumeist einen Berufungsgrund für den Rettungsdienst und nicht für den Notarzt dar. Kommt es im Zuge des Transportes ins Krankenhaus zu einer Spontangeburt, so haben die Sanitäter die erforderlichen Hilfestellungen zu leisten. Ist hingegen zu erwarten, dass ein Transport ins Krankenhaus oder die Geburtsklinik nicht mehr möglich ist, so müssen Vorbereitungen zur Hausgeburt getroffen werden. Hierzu ist jedenfalls eine Hebamme oder ein Arzt beizuziehen. Nur diesen beiden Berufsgruppen ist die Durchführung der Geburt vorbehalten. Eine Hausgeburt fällt damit nicht in die Zuständigkeit der Sanitäter. Treffen Arzt oder Hebamme nicht rechtzeitig ein, sind die entsprechenden Maßnahmen durch die anwesenden Sanitäter zu setzen. Das vorsätzlich Unterlassen der Herbeiholung fiele jedoch unter die Anwendbarkeit des Kurpfuschereitattbestandes und löst die Haftung der Sanitäter aus.

Zu begründen ist dies damit, dass der Sanitäter, da er von einer Verständigung des „zuständigen“ Gesundheitsberufes Abstand genommen hat, eine Tätigkeit ausüben wollte, die ihm nicht übertragen wurde. Da Sanitäter in ihrer Berufsausübung jedenfalls eine größere Personengruppe erreichen, ist auch die Einschränkung auf einen Einzelfall nicht der Verwirklichung des Tatbestandes

entgegenstehend. Zudem begeht der Sanitäter eine eigenmächtige Heilbehandlung, da jedes von ihm geführte Aufklärungsgespräch durch einen hierzu nicht legitimierten Gesundheitsberuf erfolgte, die Aufklärung daher mangelhaft und die Einwilligung nichtig ist.

2.7) Körperverletzungsdelikte (§§ 83ff StGB)

Die Delikte der Körperverletzung pönalisieren jeden Eingriff in die körperliche Integrität des Verletzten. Neben dem Grunddelikt, § 83 StGB, wurden weitere qualifikationsabhängige Delikte geschaffen, die eine schwere Körperverletzung, eine Körperverletzung mit Todesfolge oder eine Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen sanktionieren.

Die Körperverletzung nach § 83 StGB bildet das Zentraldelikt aller Angriffe auf die Rechtsgüter Körper und Gesundheit. Durch § 88 StGB wurde zudem die fahrlässige Herbeiführung einer Verletzung sanktioniert. In ihrer Gesamtheit schützen die §§ 83ff StGB umfassend den menschlichen Körper. Die Aufteilung in Schweregrade und Tatbegehungen ermöglicht eine einfache Anwendbarkeit. Zudem wurden berufsbedingter Risiken berücksichtigt.

Die Rechtsgüter, welche durch die Körperverletzungsdelikte geschützt werden, sind die körperliche Unversehrtheit und Gesundheit des Menschen. Sie umfassen die Leib-Seele Ganzheit und schützen über den körperlichen Bereich hinaus³⁶².

Typisch für Körperverletzungen sind Substanzbeeinträchtigungen, wie sie gemeinhin als Wunden bezeichnet werden. Es zählen aber auch schon starkes Nasenbluten, Schwellungen, Prellungen, Verstauchungen, Verrenkungen, ev. Brüche, sonstige Läsionen und ev. Verlust oder Lockerung der Zähne³⁶³ zu diesen. Leichtere Verletzungen gehen gegebenenfalls straffrei aus, wenn diese eine gewisse Unerheblichkeitsgrenze nicht überschreiten, so beispielsweise bei der Zufügung eines kleinflächigen Hämatoms oder einer lokalen Rötung. Aber auch „bloße“ Misshandlungen mit Verletzungsfolgen sind keine Körperverletzung im herkömmlichen Sinn, sie werden jedoch gem. § 83 Abs 2 StGB als solche gewertet³⁶⁴.

Eine schwere Körperverletzung liegt in jenen Fällen vor, in denen eine länger als 24-tägige Gesundheitsschädigung eintritt oder eine an sich schwere Körperverletzung wie die Verletzung wichtiger Organe, das Bestehen einer hohen

³⁶² Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 83, RZ 3

³⁶³ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 83, RZ 6

³⁶⁴ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 83, RZ 7

Intensität und größeren Ausmaßes der Krankheitserscheinung, die Gefährlichkeit der Verletzung, die Chancen des Heilungsverlaufs, Knochenbrüche, ev. Verlust der Zähne u.ä.³⁶⁵ Schwere Dauerfolgen liegen vor, wenn es zu einer nachhaltigen Schädigung der Sprache, des Gehörs, des Sehvermögens, der Fortpflanzungsfähigkeit, zu erheblichen Verstümmelungen, zu auffallenden Verunstaltungen, zu schwerem Leiden und Siechtum oder zur Berufsunfähigkeit kommt. Schwerere Verletzungen werden durch Qualifikationsdelikte sanktioniert.

Unter Schädigung der Gesundheit wird primär eine Funktionsstörung verstanden. In den Erläuterungen zur Regierungsvorlage wird darunter die Herbeiführung oder Verschlimmerung einer Krankheit genannt. Dabei kommen nicht nur körperliche, sondern auch seelische Leiden in Betracht³⁶⁶.

Schädigungen der Leibesfrucht fallen aus dem Schutzbereich der Körperverletzungsdelikte heraus. Dafür nimmt die Judikatur das Menschsein und damit den Schutz bereits an, wenn bei einer Normgeburt der Kopf, bei einer regelwidrigen Geburt irgendein Körperteil aus dem Mutterleib ausgetreten ist. Ob das Einsetzen der Eröffnungswehen schon ein Menschsein begründen, ist von der Judikatur nicht abschließend entschieden³⁶⁷. Schädigungen der Leibesfrucht können jedoch zu zivilrechtlichen Haftungsansprüchen führen³⁶⁸.

Heilbehandlungen stellen, wenn sie medizinisch indiziert und lege artis durchgeführt wurden, keine Körperverletzung dar. Zu diesem Ergebnis gelangt man aufgrund zwei unterschiedlicher Ansätze. Teile der Lehre halten das Tatbild der Körperverletzung für nicht vollendet, andere nehmen einen Rechtfertigungsgrund an. Eine im Rahmen einer Heilbehandlung zugefügte Körperverletzung ist auch dann straffrei, wenn die Behandlung missglückt. Eine fehlende Zustimmung des Patienten wäre gegebenenfalls nach § 110 StGB als eigenmächtige Heilbehandlung strafbar. Bei der Frage der medizinischen Indikation einer Behandlung ist die Rechtspraxis mit Annahme einer solchen recht großzügig. Ihr zufolge ist die Indikation bereits dann gegeben, wenn sie medizinisch vertretbar ist³⁶⁹.

a) Fahrlässige Körperverletzung (§ 88 StGB)

³⁶⁵ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 84, RZ 6ff

³⁶⁶ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 83, RZ 9

³⁶⁷ Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 83, RZ 4

³⁶⁸ OGH, 8 Ob 63/85

³⁶⁹ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 5; Burgstaller/Fabrizy, Wiener Kommentar zum StGB - § 83, RZ 29ff

Tatbestand dieses Deliktes ist eine Körperverletzung iSd § 83 StGB, wenn sie nicht vorsätzlich, sondern aufgrund fahrlässigen Verhaltens herbeigeführt wurde. Es wird ein Verhalten sanktioniert, das objektiv sorgfaltswidrig gesetzt wurde. Gemeint ist damit ein Verhalten, welches bereits im Zeitpunkt seiner Vornahme eine Körperverletzung befürchten lässt³⁷⁰. Dem Verhalten des Täters ist dabei die Möglichkeit des Abschätzens der Gefahr entgegenzuhalten. Im Bereich der Gesundheitsberufe kommt § 1299 ABGB wegen der Sachverständigenstellung dieser zu tragen. Für die Berufe, die in der Heil- und Krankenpflege sowie im Sanitätsdienst tätig sind, sind besonders strenge Kriterien zu setzen, wenn es um die Abschätzung einer Gefahr oder die Folgen ihrer Tätigkeit geht.

b) Haftungsprivileg für Arzt- und Sanitätsberufe (§ 88 Abs 2 StGB)

Den strengen Kriterien des § 88 Abs 1 StGB für die Haftung bei fahrlässig herbeigeführter Körperverletzung sind die Straflosigkeitsgründe des Abs 2 entgegenzuhalten. Diese sind auf alle gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe anzuwenden, somit sind Ärzte wie Sanitäter von Abs 2 erfasst.

Um in den Genuss des Haftungsprivilegs zu kommen, darf auf Seiten des Täters „kein schweres Verschulden“ vorliegen³⁷¹, welches anhand von § 1299 ABGB zu beurteilen ist. Als Kriterien für die Beurteilung der Unrechtskomponenten führt Burgstaller³⁷² an: *„... sind vor allem der Wahrscheinlichkeitsgrad, mit dem das zu beurteilende Verhalten einen Personenschaden befürchten ließ sowie die Schwere des drohenden Erfolges zu nennen.“* und weiters *„... der soziale Wert und die soziale Üblichkeit des riskanten Verhaltens, Zahl und Gewicht der jeweils verletzten Pflichten sowie die Größe des Aufwandes zu berücksichtigen, der in concreto erforderlich gewesen wäre, um den gesetzten Sorgfaltsverstoß zu vermeiden.“*

Zudem darf die Verletzung keine Berufsunfähigkeit oder Gesundheitsstörung von mehr als vierzehntägiger Dauer nach sich ziehen. Der Anwendungsbereich des Abs 2 Z 2 ist jedoch schmal. Zum einen kommt es leicht zu einer qualifizierten Fahrlässigkeit aufgrund der Sachverständigenstellung, zum anderen kommt § 81 Abs 1 Z1 StGB zu tragen, der ein Fehlverhalten unter „besonders gefährlichen Umständen“ regelt³⁷³.

³⁷⁰ Burgstaller, Wiener Kommentar zum StGB - § 88, RZ 9

³⁷¹ Burgstaller, Wiener Kommentar zum StGB - § 88, RZ 18

³⁷² Burgstaller, Wiener Kommentar zum StGB - § 88, RZ 23

³⁷³ Burgstaller, Wiener Kommentar zum StGB - § 88, RZ 38

3) Einwilligung des Verletzten (§ 90 StGB)

Hat das Opfer in eine Handlung, die der Täter gesetzt hat, vorab eingewilligt, so ist diese Tat straffrei. Die äußerste Grenze einer solchen Einwilligung bildet die Sittenwidrigkeit. In besonders schwerwiegende Eingriffe der körperlichen Integrität kann daher nicht eingewilligt werden. Dazu zählen Verletzungen, die besonders schwer (eventuell mit Lebensgefahr verbunden) oder irreversibel sind. Juristisch bildet diese Einwilligung einen Rechtfertigungsgrund³⁷⁴.

In (schwere) Eingriffe in die körperliche Integrität kann dann eingewilligt werden, wenn sie sozial adäquat sind oder im Allgemeininteresse liegen, ein Beispiel hiezu wäre die Entnahme eines Organs für eine Transplantation. Jedoch muss bei einer solchen Einwilligung geprüft werden, ob der Verletzte auch ausreichend einsichts- und urteilsfähig ist und umfassend aufgeklärt wurde, so dass er in die Entnahme auch einwilligen konnte³⁷⁵.

Zu tragen kommt die Einwilligung im Rettungswesen unter anderem i.V.m. § 110 StGB (eigenmächtige Heilbehandlung), bei dem eine Einwilligung bereits den Straftatbestand ausschließt und somit zu dessen Unanwendbarkeit führt. Wichtiger sind jedoch jene Fälle, in denen Eingriffe keine Heilbehandlung darstellen³⁷⁶ oder nicht indiziert sind wie beispielsweise bei Schulungs- und Übungshandlungen, die direkt am Patienten vorgenommen werden.

4) Mitwirkung am Selbstmord od. Tötung auf Verlangen (§§ 77 f StGB)

Mitleid mit Patienten führt manchmal dazu, sich Gedanken über ein würdiges Ableben zu machen. Diese Überlegungen, kombiniert mit der täglichen Konfrontation mit diesem Problem, enden in seltenen Fällen darin, dass es im Bereich der Gesundheitsberufe zu Mitleidsaktionen kommt. Diese wollen ihre Patienten vom Leiden erlösen und beenden das Leben des Betroffenen.

Je nachdem, welche innere Motivation zur Tötung des Menschen führte und wie diese durchgeführt wurde, werden unterschiedliche Delikte begründet. Wird ein Mensch getötet und ist die Tat nicht auf eine nachvollziehbare Gefühlsregung des Täters zurückzuführen, so liegt ein Mord (§ 75 StGB) vor. Verlangt oder bittet das Opfer den Täter, dieser möge seinem Leiden ein Ende bereiten und ist die Äußerung ernst gemeint, so verwirklicht der Täter den Tatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB). Wird dem Opfer bei der Ausübung seiner Selbsttötung

³⁷⁴ Lewisch, Strafrecht BT I, S45f, 1. Abschnitt 2. Teil Kap VII.1.

³⁷⁵ Lewisch, Strafrecht BT I, S45f, 1. Abschnitt 2. Teil Kap VII.3.

³⁷⁶ Lewisch, Strafrecht BT I, S45f, 1. Abschnitt 2. Teil Kap VII.2.

geholfen, indem ihm beispielsweise eine tödliche Medizin besorgt, griffbereit dargeboten oder bei der Applikation geholfen wird, so ist dies als Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB) strafbar.

Im Sanitätsbereich werden diese Delikte selten vorkommen. Eine aktive Mithilfe ist aufgrund der kurzen Verweildauer beim Patienten und der Tatsache, dass ein Sanitäter selten alleine mit dem Patienten interagiert, eher auszuschließen. Ein vermehrtes Vorkommen dieser Delikte findet sich im Bereich der Langzeittherapie und Pflege, wo Angehörige der Gesundheitsberufe dem Patienten das Sterben erleichtern wollen.

5) Täuschung, Drohung oder Nötigung (§§ 105 ff StGB)

Im Rettungsdienst kommt es auch zum Kontakt mit Patienten, die sich einer Versorgung oder Mitnahme widersetzen oder dies zumindest (scheinbar) versuchen. Dabei ist die Grenze, ob ein solches Verhalten durch eine Zurechnungsunfähigkeit hervorgerufen wird oder eine gewollte Handlung vorliegt, fließend. In einer solchen Situation ist das Sanitätsteam gezwungen, entweder den Patienten unversorgt zu belassen oder (gelinde) Zwangsmittel einzusetzen. Wendet man dabei Drohung oder körperliche Gewalt an, so wird der Tatbestand der Nötigung (§ 105 StGB) verwirklicht.

Widerspricht der angestrebte Zweck, der durch diese Nötigung erzielt werden soll, nicht den guten Sitten, so ist die Tat nach Abs 2 nicht rechtswidrig. Es kommt bei der Bewertung der Handlung auf die Zweck-Mittel-Beziehung an³⁷⁷. Das eingesetzte Mittel muss sozial verträglich sein, das heißt, es darf kein überschießendes Mittel zur Durchsetzung angewendet werden. Vielmehr ist jener Zwang anzuwenden, der gerade noch ausreicht, um die notwendigen Maßnahmen durchzusetzen. Daher ist, je dringender eine Maßnahme ist bzw. je schwerer eine Unterlassung ins Gewicht fallen würde, ein umso extremeres Mittel anzuwenden.

In § 108 StGB wird der Tatbestand der Täuschung pönalisiert. Ein Verhalten, das bezweckt einen Dritten durch „Täuschung über Tatsachen“ zu einem Verhalten, einem Dulden oder einem Unterlassen zu verleiten, wird mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr bestraft. Die Anwendbarkeit ist durch Abs 2 begrenzt, der die Ausübung von Hoheitsrechten von diesem Tatbestand ausnimmt. Somit sind Mitarbeiter der Rettungsdienste in Ausübung ihrer hoheitlichen Tätigkeiten straffrei gestellt. Anwendung findet dieser Tatbestand jedoch im Bereich des Krankentransportes oder der Ambulanzdienste.

³⁷⁷ Schwaighofer, Wiener Kommentar zum StGB - § 105, RZ 79ff

Anwendung fand § 108 StGB auch auf folgenden Fall: Die im Rahmen des normalen Spitalsbetriebes einer Universitätsklinik vorgenommenen Heilbehandlungen werden unter die Ausübung von Hoheitsrechten subsumiert und lösen Amtshaftung aus. Dass bei einer Behandlung dennoch keine Ausübung von Hoheitsrechten vorlag, wurde bei einem Assistenzarzt festgestellt, der im Rahmen eines Spitalsaufenthaltes den Eltern eines Säuglings die Erforderlichkeit eines längeren Spitalsaufenthaltes und des Einführens einer Magensonde zur medizinischen Behandlung vorgetäuscht hat und die Eltern eine, für den medizinischen Laien unverständliche Einwilligung unterschreiben ließ. Dieser, vom Assistenzarzt für Forschungszwecke genutzte Aufenthalt und Eingriff stellte keine notwendige Therapiemaßnahme dar. Er wurde sohin nach § 108 StGB wegen Täuschung verurteilt³⁷⁸. Es kann daher festgestellt werden, dass das Privileg der hoheitlichen Tätigkeit nur soweit erfüllt wird, als die Handlung im übertragenen Kompetenzbereich liegt. Wird über dieses Maß hinaus gehandelt, hier zum Selbstzweck, so ist eine Berufung auf ein Imperium unzulässig.

6) Freiheitsentziehung (§§ 99 f StGB)

Wer einen Transport gegen den Willen des Patienten aufrechterhält, begeht, dem Wortlaut des Gesetzes folgend, eine Freiheitsentziehung. Keine Freiheitsentziehung begeht man bei freiwilliger Einlassung des Patienten³⁷⁹, wenn der Transport nur für kurze Zeit gegen den Willen des Patienten aufrechterhalten wird (z.B. weil die Beendigung gewünscht wurde, wo keine Möglichkeit zur Beendigung des Transportes besteht), oder bei rechtmäßig gegen ihren Willen transportierten Patienten (z.B. nach dem Unterbringungsgesetz)³⁸⁰.

Ab wann eine Freiheitsentziehung vorliegt, unterliegt keinen starren Zeitgrenzen. Lehre und Judikatur sind sich darüber einig, dass diese zumindest eine gewisse Zeit andauern muss³⁸¹, zudem sind auch andere Umstände zu berücksichtigen. Jedenfalls beginnt eine widerrechtliche Freiheitsentziehung erst ab dem Moment, ab dem eine Freilassung technisch möglich wäre, ohne den Patienten, das Rettungsteam oder Dritte zu gefährden.

Als Rechtfertigungsgründe für eine Aufrechterhaltung der Freiheitsentziehung nennt Schwaighofer³⁸² u.a. den rechtfertigenden Notstand, insbesondere bei

³⁷⁸ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 2

³⁷⁹ Schwaighofer, Wiener Kommentar zum StGB - § 99, RZ 26

³⁸⁰ Schwaighofer, Wiener Kommentar zum StGB - § 99, RZ 29

³⁸¹ Schwaighofer, Wiener Kommentar zum StGB - § 99, RZ 19ff

³⁸² Schwaighofer, Wiener Kommentar zum StGB - § 99, RZ 36

rabiaten Geisteskranken und die mutmaßliche Einwilligung wie im Falle einer verwirrten Heimbewohnerin. Schwaighofer verkennt in diesen Beispielen jedoch, dass die genannten Personen ohnehin nicht mehr dispositionsfähig sind und die Garantenstellung eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit als Sicherungs- und Gefahrenabwehrmaßnahme geradezu fordert.

Da die rettungsdienstliche Tätigkeit in Vollziehung der Gesetze erfolgt, finden auf die Entziehung der Bewegungsfreiheit auch die §§ 302f über Amtsmissbrauch Anwendung. Da hier eine lex specialis vorliegt, sind die §§ 99 f StGB derogiert³⁸³, wodurch die Anwendbarkeit dieses Tatbestandes auf das Rettungswesen nur stark eingeschränkt bleiben wird.

7) Hausfriedensbruch (§ 109 StGB)

Eine widersprüchlich diskutierte Frage ist die Möglichkeit des gewaltsamen Zugangs zu Wohnungen oder Wohnhausanlagen, wenn darin ein (hilfloser) Patient vermutet wird. Prinzipiell erfüllt ein gewaltsames Eindringen den Tatbestand des § 109 Abs 1 StGB und ist mit bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe bedroht. Dies würde auch für Rettungsteams gelten. Hält dabei nicht nur ein Mitglied des Teams Nachschau, sondern betreten mehrere die Wohnstätte, käme es zur Qualifikation nach Abs 3 mit einer Strafdrohung von drei Jahren. Die Täter müssen sich zur Verwirklichung des Deliktes gewaltsam Zutritt zur Wohnung verschafft haben³⁸⁴. Diese Gewaltanwendung kann durch physische Einwirkung, aber auch durch Drohung gegenüber einer weiteren, im Raum befindlichen Person realisiert werden. Denkbar wäre Letzteres immer dann, wenn ein hilfebedürftiger Patient in der Wohnung vermutet wird, ein Dritter den Zutritt jedoch verweigert.

Es wäre äußerst unbefriedigend, würde sich ein Rettungsteam ständig in Gefahr einer Strafrechtsverletzung begeben, wenn dieses einem Patienten helfen will. Die Strafbarkeit des Rettungspersonals für eine vertretbare Nachschau wird in doppelter Hinsicht scheitern. Zwar liegt der Vorsatz des eigenmächtigen Zutrittes in einen grundrechtlich geschützten Bereich vor, jedoch kein Vorsatz zur Verwirklichung eines Hausfriedensbruchs iSd Gesetzes. Vielmehr setzen die Rettungsdienstmitarbeiter diese Handlung in Ausübung ihrer Verpflichtung zur Hilfeleistung. Da diese nicht unmittelbar möglich ist, verschaffen sie sich Zugang, um die notwendige Nachschau halten zu können. Zudem üben sie ihre

³⁸³ Schwaighofer, Wiener Kommentar zum StGB - § 99, RZ 32f

³⁸⁴ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 109, RZ 1

Garantenstellung aus. Eben diese (versuchte) Gefahrenabwehr ist als Rechtfertigungsgrund³⁸⁵ oder als rechtlicher Notstand zu werten.

Eine Abwägung der Gefahrenabwehr im Verhältnis zu einem noch recht zu fertigenden Maß an Gewaltausübung ist auch im Rettungseinsatz vorzunehmen. Wichtig ist eine Abwägung zwischen Dringlichkeit und Alternativverhalten. So wird ein Einsatz, der vom Geschädigten wegen einer an sich leichten Verletzung selbst veranlasst wurde und bei dem sichergestellt ist, dass eine Vertrauensperson mit einem Schlüssel innerhalb kurzer Zeit eintrifft, keinen ausreichenden Grund darstellen, den Zugang zur Wohnstätte mit Gewalt herzustellen. Umgekehrt wird ein gerade noch abgesetzter Notruf ohne weitere Angaben zum Zustand des Patienten den gewaltsamen Zugang zum vermuteten Aufenthaltsort jedenfalls solange rechtfertigen, als nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich um eine vital gefährdete Person handelt. Dabei hat sich das Rettungsteam auch dann Zugang zu verschaffen, wenn der Patient sich in fremder Umgebung aufhält und dadurch Rechte Dritter verletzt werden.

Ein Abwarten der Rettungskräfte bis zum Eintreffen von Polizei oder Feuerwehr ist nicht unbedenklich. Falls es sich um eine (vermutete) Notlage eines Patienten handelt, die zu schweren gesundheitlichen Folgen führen kann, wird ein Abwarten eine Verletzung der Garantenstellung darstellen und zu einer Verurteilung wegen Imstichlassen des Verletzten führen müssen. Ein Abwarten bis zum Eintreffen von Fachkräften wie der Feuerwehr ist bei der Eröffnung einer Wohnung daher nur dann geboten, wenn sich aus der Situationseinschätzung keine akute Vitalgefährdung des Patienten ergibt. Sollte der Zugang zum vermuteten Aufenthalt des Patienten auch durch Kraftanwendung des Rettungspersonals nicht möglich sein, so ist jedenfalls, unter Bekanntgabe der Dringlichkeit, die Assistenz von Feuerwehr oder anderer geeigneter Hilfspersonen zu veranlassen.

Da auch in diesem Fall die Rettungskräfte in Ausübung ihrer übertragenen Hoheitsrechte tätig werden, finden bei widerrechtlichem Betreten einer Wohnung zudem die Amtsmissbrauchsdelikte als lex specialis Anwendung.

8) Missbrauch der Amtsgewalt (§ 302 StGB)

Missbrauch der Amtsgewalt können österreichische Beamte begehen. Hier ist der Begriff Beamte auf alle natürlichen Personen anzuwenden, die in der Rechtsprechung oder Verwaltung tätig sind. Darunter sind auch Organe der Gebietskörperschaften sowie Personen, die mit Aufgaben der Bundes-, Landes-

³⁸⁵ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 109, RZ 30ff

oder Gemeindeverwaltung betraut sind, zu verstehen³⁸⁶. Der Beamte muss zudem in Vollziehung der Gesetze tätig sein. Auf einen arbeitsrechtlichen Status als Beamter kommt es hingegen nicht an.

Missbrauch wird immer dann betrieben, wenn „*der Täter einen Hoheitsakt missbräuchlich vornimmt oder er durch ein missbräuchliches Verhalten bewirkt, dass andere Beamte einen Hoheitsakt entgegen dem Gesetz vornehmen oder unterlassen*“³⁸⁷. Darunter verstehen Lehre und Rechtsprechung auch alle tatsächlichen Missbräuche, die einem Hoheitsakt ähnlich sind³⁸⁸. Nennenswert sind folgende Fälle³⁸⁹:

Der Beamte missbraucht seine Befugnis,

- wenn er einen Hoheitsakt mit unvertretbarem Inhalt vornimmt
- wenn er bei Erlassung von Hoheitsakten in unvertretbarer Weise Dienst- und Verfahrensvorschriften missachtet, z.B. wenn er vorgeschriebene Verhandlungen oder Prüfungen unterlässt
- wenn er durch die unvertretbare Bearbeitung eines Falles Hoheitsakte seiner Behörde herbeiführt oder verhindert

Daher fallen auch Bestellungen von Rettungsorganisation, die aufgrund eines nicht ordnungsgemäßen Prüfverfahrens durchgeführt wurden in den Bereich des Amtsmissbrauches. So ist auch die gemäßigt ausgefallene Kritik Brandstetters zu verstehen, der in einer engen gesetzlichen und politischen Verflechtung zwischen Verwaltung und privatrechtlicher Rettungsorganisation einen Widerspruch gegen das Wettbewerbsrechts sieht. Dies führt er am Beispiel Burgenland aus, wo das Rote Kreuz durch ein Landesrettungsgesetz zur Mitwirkung in jenem Ausschuss ermächtigt wird, der darüber zu befinden hat, ob der Bedarf nach weiterer rettungsdienstlicher Versorgung gegeben ist³⁹⁰. Die Mitarbeiter dieses Ausschusses sind alle in Vollziehung der Landesverwaltung tätig und so als Beamte einzustufen. Eine Ausnutzung der Position in diesem Ausschuss zum eigenen Nutzen fiele unter das Delikt des Amtsmissbrauches.

In der Praxis werden entscheidungsbefugte Organe der Verwaltung in die Geschäftsführung von Rettungsorganisationen integriert. So wird dies bereits den

³⁸⁶ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB, § 302, RZ 2

³⁸⁷ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB, § 302, RZ 22

³⁸⁸ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB, § 302, RZ 24

³⁸⁹ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB, § 302, RZ 26-36

³⁹⁰ Brandstetter in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Rettungsdienste in Österreich, Kap 4.3.1.

Tatbestand des Amtsmissbrauchs verwirklichen, wenn diese Beamten finanzielle oder wirtschaftliche Entscheidungen zugunsten der Organisation mittragen und das zu Lasten der Allgemeinheit oder eines Konkurrenten geht. Solche Organe, soweit sie in ihrer Tätigkeit Verwaltungsorgane der Gemeinde oder des Landes sind, verwirklichen durch Verschaffung von Vorteilen für die Organisation, bei strenger Auslegung das Delikt des Amtsmissbrauchs. Auf Seiten des Vereins kommt es so zu einer einseitigen Beeinflussung bei Vergabeverfahren oder einer Begünstigung bei Förderungen. Daher sollte eine derartige „Kooperation“ zwischen den Verwaltungsorganen und Rettungsorganisationen, im Sinne der Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns, unterbunden werden. Zudem wäre eine Beitragstäterschaft der Rettungsorganisation gem. § 12 StGB zu überprüfen, den diese als Anstifter verwirklichen könnte.

9) Verletzung von Berufsgeheimnissen (§ 121 StGB)

Sanktioniert werden nach diesem Tatbestand Fälle, in denen eine Person ein Geheimnis „offenbart oder verwertet“, das den Gesundheitszustand einer Person betrifft. Diese Informationen muss der Täter in Ausübung seiner Tätigkeit erlangt haben. Als Täter in Frage kommen Personen, die berufsmäßig einen gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf ausüben oder berufsmäßig mit Aufgaben der Verwaltung einer Krankenanstalt oder mit Aufgaben der Kranken-, Unfall-, Lebens- oder Sozialversicherung beschäftigt sind. Die Begriffe „berufsmäßige Ausübung“ und „gesetzlich geregelter Gesundheitsberuf“ sind weit auszulegen, so sind beispielsweise auch Turnusärzte und ausländische Ärzte vom diesem Tatbestand erfasst.

Das SanG bewirkt, dass Sanitäter zu einem gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf mit eigenem Wirkungsbereich gehören. Vom Wortlaut des § 121 StGB wären freiwillig tätige Sanitäter nicht erfasst. Auch der Begriff der „Berufsmäßigkeit“ ist weit auszulegen. So üben freiwillig tätige Sanitäter ihre Funktion in einer dienstnehmerähnlichen Stellung aus (siehe Abschnitt III). Es wäre in sich widersprüchlich, würde eine Rettungsmannschaft die gleichzeitig mit Berufs- und Freiwilligensanitätern besetzt ist auf Seiten der beruflichen eine strafrechtliche Verantwortung auslösen wogegen die freiwilligen straffrei blieben. Dies würde den Schutz des Patienten unterminieren. So wird der Begriff „in berufsmäßiger Ausübung“ weit verstanden werden müssen und auch Sanitäter erfassen, die zwar unentgeltlich, jedoch aufgrund ihrer Tätigkeit für die Organisation in einem dienstnehmerähnlichen Arbeitsverhältnis tätig sind.

Um das Tatbild zu verwirklichen, muss das Geheimnis entweder an einen Dritten weitergegeben werden, der davor noch keine Kenntnis von diesem hatte und zur Kenntnis nicht berechtigt ist, oder es muss dieses verwertet werden. Eine Verwertung liegt dann vor, wenn das Geheimnis zwar nicht weitergegeben aber wirtschaftlich genutzt wird³⁹¹.

Die Offenbarung dieser Geheimnisse muss dazu geeignet sein, berechnete Interessen des Betroffenen zu verletzen. Diese Interessen können vermögensrechtlicher, beruflicher oder privater Natur sein. Die Anzeige einer Straftat, die eine Bekanntgabe des Gesundheitszustandes des Opfers umfasst, ist keine tatbildliche Handlung, da keine berechtigten Interessen des Opfers verletzt werden.

10) Missbrauch von Notzeichen (NotzeichenG)

Das Notzeichengesetz enthält in § 1 zwei Deliktsfälle. Im Ersten pönalisiert es den vorsätzlichen Missbrauch eines, in den Verkehrsvorschriften festgesetzten Notzeichens. Damit sind vor allem Signaleinrichtungen nach der StVO, dem KFG oder dem Schifffahrtspolizeigesetz gemeint und beispielsweise Blaulichter und Folgetonhörner umfasst. Werden diese Signaleinrichtungen benutzt, ohne dass eine rechtlich relevante Veranlassung besteht, so kommt es zu einer Bestrafung nach dem NotzeichenG.

Im zweiten Deliktsfall sanktioniert es die Inanspruchnahme der Dienste der Feuerwehr oder einer anderen, der Rettung bei Unfällen dienenden Einrichtung durch eine falsche Notmeldung³⁹². Hier ist auch die bewusst falsche Alarmierung von Rettungsdiensten erfasst. Beide Delikte werden nur dann durch dieses Gesetz bestraft, wenn die Tat nicht nach einer anderen Bestimmung strenger zu bestrafen ist.

11) Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG)³⁹³

2005 wurde das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz beschlossen, das Verbände unter bestimmten Voraussetzungen für verwirklichte Straftaten zur

³⁹¹ Lewisch, Wiener Kommentar zum StGB- § 121, RZ 7

³⁹² OGH, 13 Os 174/84, in dieser Entscheidung kommt das Gericht zudem zum Schluss, dass eine Beschimpfung eines Gendarmeriebeamten über die Notrufnummer 133 keine Verletzung des NotzeichenG sei, da kein Dienst einer der Rettung dienenden Einrichtung in Anspruch genommen wurde.

³⁹³ BGBl 151/2005 - VbVG

Verantwortung zieht. Zahlreiche EU-Rechtsakte aber auch völkerrechtliche Verpflichtungen haben Österreich veranlasst dieses Gesetz zu verabschieden³⁹⁴.

Strafbar nach dem VbVG können fast alle juristischen Personen sein, auch Gebietskörperschaften in ihrer Tätigkeit außerhalb der Vollziehung der Gesetze sowie Kirchen und Religionsgemeinschaften soweit keine seelsorgerische Tätigkeit vorliegt. Wörtlich zieht das Gesetz auch Krankenanstalten zur Verantwortung, indem diese für medizinische Kunstfehler als Verbände strafrechtlich sanktioniert werden³⁹⁵.

Da Rettungsdienste in Ausübung ihrer Aufgaben überwiegend hoheitlich handeln, ist eine Strafbarkeit nach dem VbVG für diese Handlungen ausgeschlossen. Eine Strafbarkeit wird nur dann gegeben sein, wenn eine Organisation mittels privatrechtlichen Auftrags tätig wird, so z.B. bei Ambulanzdiensten.

Das Grundprinzip des StGB bleibt auch im VbVG erhalten. So gelten die allgemeinen Bestimmungen bezüglich Schuld, Geldbußen, bedingte Strafnachsicht und Weisungen. Anknüpfungspunkt für im Ausland begangene Straftaten an die Anwendbarkeit des österreichischen Strafgesetzes ist der Sitz des Verbandes, der Ort des Betriebes oder jener der Niederlassung³⁹⁶. Zudem haften gem. § 3 Abs 4 VbVG die tatbegehende wie die juristische Person nebeneinander, dies stellt keinen Verstoß gegen das Doppelbestrafungsverbot dar³⁹⁷.

Das VbVG enthält keinen eigenen Katalog von Straftaten, vielmehr gelten alle Handlungen als Straftaten gem. VbVG, die eine gerichtlich strafbare Handlung nach einem Bundes- oder Landesgesetz darstellen. So kommen neben den Tatbeständen des StGB auch strafrechtliche Nebengesetze in Betracht³⁹⁸. Grund dafür, warum es keinen eigenen Tatbestandskatalog gibt, ist die Fülle an Delikten und Deliktgruppen die bereits jetzt einer Strafbarkeit nach VbVG ausgesetzt sein sollen und ca. 100 Tatbestände umfassen. Sachliche Gründe, warum manche Delikte eine Verantwortlichkeit auslösen und manche nicht sind nicht erkennbar, weshalb alle gerichtlich strafbaren Handlungen erfasst wurden³⁹⁹.

Als Strafe werden Verbandsgeldbußen verhängt. Diese werden nach dem Tagessatzsystem bemessen. Die Anzahl der Tagessätze bemisst sich nach der

³⁹⁴ Barfuß, Das neue Unternehmensstrafrecht, Kap. B.1.; Wegscheider, Das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap I. Abs 1.

³⁹⁵ Kossak, Unverbindliche Hinweise der BGBl, UE Nr. 1/2006 Nr. 151

³⁹⁶ Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap. 1.1.

³⁹⁷ Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap. 1.2.

³⁹⁸ Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap. 1.3.

³⁹⁹ Barfuß, Das neue Unternehmensstrafrecht, Kap. B.4.

Schwere der Tat, wobei mindestens 40, höchstens 180 Tagessätze auferlegt werden dürfen. Die Höhe der Tagessätze bemisst sich nach der Ertragslage des Verbandes und nach dessen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Somit werden va. Überschüsse und Erträge des Unternehmens, die ansonsten ausgeschüttet würden, für die Bemessung herangezogen. Aber auch allfällig verwertbares und nicht betriebsnotwendiges Vermögen wird berücksichtigt. Für nicht auf Gewinn gerichtete Verbände gilt ein fixer Tagessatz von 2 Euro bis höchstens 500 Euro⁴⁰⁰. Zu Recht kritisiert Wegscheider die geringe Strafhöhe und die bloße Heranziehung des Verbandsertrages eines halben Jahres als Strafmaß⁴⁰¹.

Die Tat kann durch Personen in Führungspositionen (Entscheidungsträger) oder durch unterstellte Personen (Mitarbeiter) begangen werden. Als Entscheidungsträger nennt das Gesetz den Geschäftsführer, Vorstandsmitglieder, Prokuristen oder Personen, die wegen organschaftlicher oder rechtsgeschäftlicher Vertretungsmacht in vergleichbarer Weise befugt sind, den Verband zu vertreten. Es kommt hierbei nicht auf die faktische Befugnis, sondern auf eine Organfunktion, unabhängig vom tatsächlichen Einfluss⁴⁰² an. Mitarbeiter können den Verband nur dann strafbar machen, wenn dieser seine Mitarbeiter mangelhaft überwacht und kontrolliert.

Die Tatbestände können vorsätzlich oder fahrlässig, durch Unterlassen aber auch durch außer Acht lassen von „nach den Umständen gebotener Sorgfalt“ verwirklicht werden. Tatbestandsmäßig ist das Unterlassen der gebotenen Sorgfalt ebenso wie das Unterlassen von wesentlichen technischen, organisatorischen oder personellen Maßnahmen zur Verhinderung von strafrechtlich relevanten Taten. Kossak⁴⁰³ zitiert als Beispiele für ein solches haftungsbegründendes Verschulden im Bereich der Krankenanstalten *„Fehlbehandlungen, die aufgrund übermüdeten Ärzte oder übermüdeten Pflegepersonals verursacht werden oder aufgrund von Personalmangel und die damit verbundenen Verstöße gegen das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz“*. Offen bleibt bei Kossak allerdings, wer die Verantwortung für solche Dienstpläne trägt. So kommen als Verantwortliche Abteilungsvorstände (Primare) oder die ärztliche Leitung bzw. die Pflegedienstleitung in Frage.

Bei der Vernehmung haben die Entscheidungsträger des Verbandes, sowie jene Mitarbeiter, die im Verdacht stehen die betreffende Straftat begangen zu haben,

⁴⁰⁰ Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap. 2.3.

⁴⁰¹ Wegscheider, Das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap II. Abs 2.

⁴⁰² Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap. 1.5.

⁴⁰³ Kossak, Unverbindliche Hinweise der BGBl, UE Nr. 1/2006 Nr. 151

ein Entschlagungsrecht und sind nicht verpflichtet die Wahrheit zu sagen, alle anderen Mitarbeiter werden als Zeugen vernommen⁴⁰⁴.

II) Zivilrechtliche Grundlagen

Im Zivilrecht werden private Rechtsbeziehungen zwischen rechtlich annähernd gleichgestellten Personen, natürlichen wie juristischen, geregelt. Da das Zivilrecht auch das Wirtschaftsleben regelt und hier oftmals ein Ungleichgewicht oder ein Abhängigkeitsverhältnis besteht, sind zudem Schutzbestimmungen verankert worden.

Schäden, die in Ausübung privatrechtlicher Geschäftstätigkeit entstehen, werden auch auf zivilrechtlicher Grundlage bereinigt. Daher sind im ABGB weitreichende Haftungsfragen, die insbesondere eine gewerbsmäßige und fahrlässige Ausübung von Tätigkeiten regeln, verankert. Durch spezielle Schutzbestimmungen legt das ABGB an die Ausübung von Tätigkeiten mit besonderem Haftungsrisiko strenge Sorgfaltsmaßstäbe.

1) Recht auf Selbstbestimmung

Jeder Mensch hat ein Recht auf Selbstbestimmung, dies betrifft insbesondere die medizinische Versorgung. Medizinische Eingriffe, solange diese nicht durch die Einwilligung des Patienten genehmigt wurden, verletzen das absolut geschützte Recht auf körperliche Integrität, eingriffslose medizinische Behandlungen das absolut geschützte Recht auf freie Willensbildung⁴⁰⁵. Daraus folgt, dass jeder Mensch das Recht hat, über jede geplante Maßnahme entsprechend informiert zu werden, einzelne Behandlungsschritte abzulehnen, die Behandlung gänzlich zu verweigern, einzelne oder eine Gruppe von Personen von Handlungen an sich auszuschließen. Zwar kann ein Arzt nicht dazu verpflichtet werden, eine Therapie gegen seinen Willen durchzuführen⁴⁰⁶, dennoch schließen darauf gerichtet Anordnungen des Patienten für alle Beteiligten die Anwendung alternativer Methoden aus.

Wichtig zur Wahrung des Rechtes auf Selbstbestimmung sind daher eine umfassende Aufklärungspflicht sowie ein Behandlungsverbot ohne vorherige Zustimmung des Patienten.

1.1) Rechts- und Geschäftsfähigkeit

Mit vollendeter Lebendgeburt beginnt die Rechtsfähigkeit des Menschen. In § 22 ABGB wird auch der Schutz des Nasciturus geregelt, indem dieser ab dem

⁴⁰⁴ Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz, Kap. 3.2.e.

⁴⁰⁵ Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, Kap I.A.2.

⁴⁰⁶ Judikat d. EGMR, David and Carol GLASS against the United Kingdom

Moment der Empfängnis unter den Schutz der Gesetze gestellt wird. Allerdings hängt dieser Schutz von der späteren Lebendgeburt ab.

Die Rechtsfähigkeit besteht unbeschränkt ab erfolgter Lebendgeburt. Jeder Mensch wird ab dieser durch Gesetze verpflichtet und geschützt. Sie endet mit dem Zeitpunkt des Todes⁴⁰⁷.

Die Geschäftsfähigkeit liegt vor, wenn ein Mensch aufgrund seiner Fähigkeiten in der Lage ist, seine Interessen selbst wahrzunehmen. Dies dient dem Schutz des nicht Geschäftsfähigen. Dabei wird ein Geschäftsunfähiger im Bereich seiner Unfähigkeit absolut geschützt, selbst die Unkenntnis des Geschäftspartner wie auch die Unmöglichkeit des Erkennen Könnens dieser Unfähigkeit ändert nichts an diesem Schutz. Die Geschäftsunfähigkeit geht daher dem Vertrauensschutz vor.

Generell ist in Österreich die Geschäftsfähigkeit nach Altersstufen gegliedert. Innerhalb dieser wird eine gewisse Fähigkeit zur Wahrnehmung eigener Interessen vermutet.

Gem. § 865 ABGB sind Kinder vor Vollendung des 7. Lebensjahr generell geschäftsunfähig, sie können weder Versprechungen geben noch annehmen, daher auch keine Geschenke rechtswirksam empfangen⁴⁰⁸.

Vom vollendeten 7. bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ist die Person unmündig minderjährig. In diesem Alter können die Unmündigen „Taschengeldgeschäfte“ abschließen. Taschengeldgeschäfte sind Geschäfte, die mit geringen finanziellen Mitteln möglich sind und typische altersspezifische Geschäfte darstellen. Zudem darf der Unmündige Geschenke annehmen, die ausschließlich zu seinem Nutzen sind. Entstehen durch die Geschenkkannahme mögliche Verpflichtungen, so ist die Annahme an die Zustimmung der Obsorgeberechtigten gebunden.

Als mündig Minderjährige werden Personen zwischen dem vollendeten 14. und dem vollendeten 18. Lebensjahr bezeichnet. Diese können zusätzlich zu den Rechten der Unmündigen auch Dienst- und Ausbildungsverträge abschließen. Weiters ist ihnen das Wirtschaften mit selbstverdientem Geld und mit ihnen zum freien Gebrauch überlassenen Vermögensgegenständen gestattet.

Schließen Minderjährige Verträge ab, zu denen sie nicht berechtigt waren, so sind diese Verträge schwebend unwirksam. Das bedeutet, dass mit Zustimmung der Obsorgeberechtigten die vertragliche Wirkung einsetzt. Bei Ablehnung oder

⁴⁰⁷ Krejci, Privatrecht, RZ 90ff
⁴⁰⁸ Krejci, Privatrecht, RZ 98

Schweigen treten keine vertraglichen Folgen ein. Wird der Minderjährige volljährig, so kann der Vertrag durch Erfüllung Rechtskraft entfalten.

Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr gilt der Mensch als volljährig, er ist ab diesem Zeitpunkt frei in seinen Rechten und kann ungeschmälert am Geschäftsverkehr teilnehmen. Dies gilt auch für den medizinischen Bereich. Für die Behandlung von Minderjährigen gelten eigene Bestimmungen, die weiter unten besprochen werden.

Besteht bei einer volljährigen Person eine längerfristige geistige Behinderung, so ist ggf. ein Sachwalterschaftsverfahren einzuleiten. Die Bestellung eines Sachwalters hat zur Folge, dass die Geschäftsfähigkeit des geistig Behinderten nach den Regeln von Minderjährigen beurteilt wird. Aber auch eine kurzfristige Geschäftsunfähigkeit ist im Einzelfall möglich. Hier gewährt § 865 ABGB Schutz in Fällen, in denen eine Person vorübergehend oder endgültig den „Gebrauch der Vernunft“ verloren hat. Dies kann aus einer Krankheit ebenso wie aus einer beeinflussenden Gemütsposition (wie Trauer, Schmerz, Schock udgl.) herrühren und führt zur Unwirksamkeit des „geschlossenen“ Rechtsgeschäftes⁴⁰⁹.

1.2) Einwilligungsfähigkeit

Um ein Rechtsgeschäft abschließen zu können, müssen beide Parteien geschäftsfähig sein. Ähnliches gilt bei der Einwilligung in eine medizinische Behandlung. Um in eine solche einwilligen oder diese ablehnen zu können, muss ein Patient über die notwendige Einwilligungsfähigkeit verfügen. Diese ist nicht unbedingt mit der Geschäftsfähigkeit einhergehend. So kann der Patient auch nur über eine von beiden Fähigkeiten verfügen.

Die Einwilligungsfähigkeit ist die individuelle Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen in Bezug auf die jeweilige medizinische Maßnahme⁴¹⁰. Bestehen keine entsprechenden Fähigkeiten, so kann keine rechtswirksame Disposition des Patienten getroffen werden. Bereits vor Änderung des Kindschaftsrechts kannte die Lehre und Rechtssprechung den Grundsatz, dass einsichtsfähige Minderjährige selbstständig in eine medizinische Behandlung einwilligen oder diese ablehnen können⁴¹¹. Schon daraus ist ersichtlich, dass es nicht auf generell definierte Alters- oder Geschäftsfähigkeitsvorgaben des Patienten ankommt. Vielmehr ist

⁴⁰⁹ Krejci, Privatrecht, RZ 105ff

⁴¹⁰ Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, Kap I.B.1.

⁴¹¹ Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap IV.B.1.

darauf abzustellen, ob dieser seine Entscheidung hinsichtlich des jeweiligen Behandlungsschritts versteht und eigenständig treffen kann.

1.3) Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung – der Behandlungsvertrag

Der Begriff „medizinische Heilbehandlung“ lehnt sich an den Behandlungsbegriff des § 110 StGB an und umfasst nicht nur alle therapeutischen, sondern auch diagnostische, prophylaktische und schmerzlindernde Maßnahmen⁴¹². Für deren Durchführung ist eine vorangehende Einwilligung des Patienten einzuholen.

Mit der Einwilligung in eine Heilbehandlung kommt ein Behandlungsvertrag zustande. Ausgenommen von dieser Einwilligungspflicht sind Notfallsituationen im Umfang der unaufschiebbaren Heilbehandlung. In derartigen Notfallsituationen ist die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts nicht durch Einwilligen in einen Behandlungsvertrag zu gewährleisten, sondern durch die Möglichkeit der Verweigerung einzelner oder aller Versorgungshandlungen.

1.4) Der Behandlungsvertrag im Rettungsdienst

Eine rechtswirksame Einwilligung in eine medizinische Behandlung und somit das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages ist von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, da der Behandlungsvertrag zudem Elemente außer der therapeutischen Maßnahmen beinhaltet auch von der Geschäftsfähigkeit des Patienten abhängig. Diese sind in Stresssituationen oftmals getrübt. Gerade im Tätigkeitsbereich der Rettungsdienste wird in vielen Fällen ein Zustand des Patienten vorliegen, der den Abschluss eines gültigen Vertrags oder eine rechtswirksame Einwilligung ausschließt.

Auch unter dem Gesichtspunkt der Vertragsfreiheit kann im Rettungswesen kein Behandlungsvertrag zustande kommen, fehlt es doch an der Grundlage der freien Wahl des Vertragspartners. Schon im Spitalsbereich ist eine derartige Wahlmöglichkeit stark eingeschränkt, im Rettungswesen kann überhaupt nicht mehr von einer solchen gesprochen werden. Nicht nur die Unmöglichkeit des Erlangens adäquater Alternativversorgung, sondern auch die Dringlichkeit der Hilfeleistung resultieren aus der Notsituation und machen eine Wahl des Vertragspartners unmöglich. Zudem kann angeführt werden, dass im Rettungseinsatz auch kaum alternative Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, womit sich der Spielraum der Vertragsfreiheit auch um den Bereich der Inhaltsfreiheit einschränkt.

⁴¹² Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, Kap II.

Dies alles darf weder zu einer Untätigkeit der Rettungskräfte, noch zu einer Gefährdung des Patienten führen. Daher ist die Durchführung der Behandlung weder von einem Vertrag, noch im Zweifel von einer Einwilligung abhängig. Soin wird kein Behandlungsvertrag die Grundlage für die rettungsmedizinische Versorgung bilden. Vielmehr wird die Tätigkeit von Rettungskräften auf Grundlage der gesetzlichen Verpflichtung in Ausübung ihres hoheitlichen Handelns erfolgen.

Somit besteht auch für das Rettungsteam keine Vertragsfreiheit, dieses muss den Patienten behandeln. Dennoch, wenn ein Patient eine Behandlung einschränkt oder ablehnt, können weder Arzt noch Sanitäter dieses Selbstbestimmungsrecht dadurch unterbinden, dass sie eine alternative Behandlung ablehnen. Das Recht, eine vom Patienten geforderte Behandlung abzulehnen, wird im Rettungswesen nahezu aufgehoben sein. Vielmehr haben die Gesundheitsberufe, soweit dies möglich ist, den Wunsch des Patienten zu respektieren und zu erfüllen. Falls dies nicht möglich ist, soweit als möglich andere Alternativen anzubieten und eine rasche Versorgung in einer geeigneten Einrichtung zu veranlassen.

1.5) Heilbehandlung von minderjährigen Patienten (§ 146c ABGB)

Für Minderjährige, das heißt für Personen die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten zumeist die Eltern als Erziehungsberechtigte und sind daher entscheidungsbefugt. In Umsetzung der langjährigen Judikatur hat das Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001 eine Neuregelung der Zustimmung in die medizinische Versorgung vorgenommen und damit dem Bedürfnis des einsichtsfähigen Minderjährigen Rechnung getragen.

Ziel des Gesetzes war es, nicht nur bereits gelebtes und durch die Judikatur gesichertes Recht in Gesetzesform zu fassen⁴¹³, sondern zudem die Rechte des heranwachsenden Minderjährigen, allen voran sein Selbstbestimmungsrecht über seine höchstpersönlichen Angelegenheiten, zu stärken. Zwar war der am meisten beachtete Umstand jener, dass die Volljährigkeitsgrenze vom vollendeten 19. auf das vollendete 18. Lebensjahr herabgesetzt wurde, von rechtlich größerer Tragweite dürfte jedoch die Neuregelung der Einwilligung in die medizinische Heilbehandlung von Minderjährigen sein.

⁴¹³ Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap IV.B.1.; Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap II.; Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, Kap III.

Gem. § 146c Abs 1 ABGB kann das einsichts- und urteilsfähige Kind die Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung nur selbst erteilen⁴¹⁴. Bei allen mündig Minderjährigen, sohin ab vollendetem 14. Lebensjahr, wird diese Einsichtsfähigkeit per Gesetz vermutet. Ist der Patient unmündig, so ist dieser immer dann selbst einwilligungsfähig, wenn er die Einsichts- und Urteilsfähigkeit eines 14-jährigen besitzt. Es kommt daher nicht auf ein bestimmtes Alter an, sondern auf eine ausreichende geistige Reife⁴¹⁵. Liegen die Voraussetzungen vor, so verlieren die Erziehungsberechtigten ihr Recht die Zustimmung zu erteilen. Eine solche Einwilligung wäre rechtswidrig und daher unwirksam. Umgekehrt verhält es sich, wenn ein mündiger Minderjähriger nicht einwilligungsfähig ist, wenn ihm daher die geistige Reife eines 14-jährigen fehlt. Hier ist im Rahmen der Aufklärung darauf zu achten, inwieweit die Auffassungsgabe des Patienten reicht und ob das Kind selbst einwilligungsfähig ist oder weiter durch seine Eltern vertreten werden muss⁴¹⁶. Für offensichtliche Fehleinschätzungen der Einwilligungsfähigkeit hat sich der verantwortliche Gesundheitsberuf wegen eigenmächtiger Heilbehandlung (§ 110 StGB) zu verantworten und wird dadurch eine Schadenersatzpflicht ausgelöst.

Diese Übertragung der Entscheidungsbefugnis über medizinische Maßnahmen von den Eltern auf Minderjährige ist in Europa weder einzigartig noch neu. In ähnlicher Weise, wenn auch nicht derart detailliert, regelt beispielsweise das Schweizer Zivilgesetzbuch (ZGB) die Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung. So besagt Art 19 Abs 1 und 2 ZGB, dass, soweit eine Person urteilsfähig ist, sie nur selbst ihre Zustimmung zu einer medizinischen Heilbehandlung zu erteilen hat, gleichgültig, ob sie unmündig oder entmündigt ist⁴¹⁷.

Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist nicht nach generellen Maßstäben zu beurteilen, sondern immer spezifisch auf den Patienten und in Verbindung mit der jeweiligen Therapie bzw. des Therapieabschnittes. So kann derselbe Patient für eine Behandlung nicht die notwendige Reife besitzen, die Tragweite seiner Entscheidung im Zusammenhang mit einem anderen Behandlungsschritt aber verstehen. Daher ist nicht nur abzuschätzen, ob überhaupt eine ausreichende geistige Reife vorliegt, sondern für jeden Behandlungsschritt diese zu hinterfragen

⁴¹⁴ Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, Kap II.

⁴¹⁵ Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap II.

⁴¹⁶ Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap IV.A.; Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, Kap III und IV.

⁴¹⁷ Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap IV.B.1.

und gegebenenfalls einmal die Einwilligung des Minderjährigen und einmal die des Erziehungsberechtigten einzuholen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass je geringer der Eingriff ist, umso eher eine Einsichtsfähigkeit vorliegt⁴¹⁸.

Unabhängig von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Minderjährigen müssen die Erziehungsberechtigten bei medizinischen Eingriffen zustimmen, bei denen eine Behandlung gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist. Dies wird in § 146c Abs 2 ABGB geregelt. Es kommt hierbei auf die gewöhnliche Beeinträchtigungen an, atypische Risiken sind von dieser Ausnahmeregel nicht erfasst. Die schwere Beeinträchtigung richtet sich nach den Regeln des § 84 StGB, eine nachhaltige Beeinträchtigung liegt vor, wenn diese nur sehr schwer oder überhaupt nicht beseitigt werden kann⁴¹⁹. Dieses Zustimmungsrecht der Obsorgeberechtigten wird jedoch eingeschränkt. Besitzt das Kind nämlich ausreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit und wird trotz Bestehen eines hohen Gefahrenpotentials keine Einwilligung der Erziehungsberechtigten eingeholt, liegt nach Teilen der Lehre und den Erläuterungen keine eigenmächtige Heilbehandlung vor⁴²⁰. Es ist jedoch ein höheres Maß an die Beurteilung der „ausreichenden“ Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu legen. Der Gesetzgeber sieht hier die Persönlichkeitsrechte des Kindes offensichtlich höherwertiger an als die Befugnisse der Erziehungsberechtigten. Dieser Rechtsansicht von Hopf und Weitzenböck sowie der Materialien widerspricht Fischer-Czermak und weist darauf hin, dass § 146c Abs 2 ABGB vor eben diesen schweren Eingriffen dem oftmals in sich noch nicht gefestigten Kind einen zusätzlichen Schutz beiseite stellt und ohne die Zustimmung der Eltern eine solche Einwilligung nur schwebend unwirksam sein kann⁴²¹. Der Ansicht Fischer-Czermaks ist zu folgen, gibt es doch bei widerstreitenden Ansichten die Möglichkeit, die Zustimmung der Eltern durch eine pflegschaftsgerichtliche zu ersetzen und somit eine entsprechende Behandlung auch gegen den Willen dieser durchzuführen.

Immer dann, wenn Obsorgeberechtigte einer medizinischen Heilbehandlung im Namen des Patienten zustimmen müssen, ist ihnen in gleicher Weise eine Aufklärung über Risiken und Chancen, über Vor- und Nachteile zukommen zu

⁴¹⁸ Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap IV.A.

⁴¹⁹ Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap IV.B.

⁴²⁰ Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap IV.B.

⁴²¹ Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, Kap IV.B.

lassen, wie dies für den Patienten selbst notwendig wäre. Der Obsorgeberechtigte schlüpft dann in die Rolle des Patienten. Für die notwendige und erforderliche Aufklärung gilt alles zur Aufklärung des Patienten Gesagte. Sind die Obsorgeberechtigten in der Lage die Sachlage richtig zu beurteilen, so ist ihren Anweisungen, soweit dies medizinisch möglich ist, zu folgen⁴²², ansonsten sind diese zu ignorieren.

Für den Rettungsdienst weitaus wichtiger sind dringend notwendige oder unaufschiebbare Behandlungen. Diese werden gesondert in § 146c Abs 3 ABGB geregelt. Ist das Leben des Kindes gefährdet oder besteht das Risiko eines schweren gesundheitlichen Nachteils, so bedarf die Behandlung weder der Zustimmung des einsichts- und urteilsfähigen Kindes noch jener der Erziehungsberechtigten⁴²³. So sinnvoll diese Regel im Sinne der Zustimmung durch die Erziehungsberechtigten ist, so unverständlich ist sie im Verhältnis zum Selbstbestimmungsrecht des Kindes, das damit massiv beschnitten wird. Einzig das Unverständnis für die Gefahrensituation könnte eine solche Einschränkung rechtfertigen, dann wäre jedoch die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ohnehin nicht gegeben. So hätte man dem Minderjährigen zumindest das Recht zuerkennen müssen, soweit die Möglichkeit besteht über Art und Umfang der Therapie zu entscheiden. Im Gegenzug hätte der Gesetzgeber eine Ermächtigung zur Schadenabwendung auch ohne Zustimmung auf das Notwendigste beschränken und so Sicherung des Lebens und der Gesundheit sowie der Selbstbestimmung des Minderjährigen gewährleisten können. Wie die Judikatur in Zukunft einen Widerspruch des Kindes im Verhältnis zur eigenmächtigen Heilbehandlung bewerten wird ist offen. Dem Gesetzeswortlaut folgend sind notwendige oder unaufschiebbare Behandlungen bei Minderjährigen, wenn diese das Leben gefährden oder das Risiko eines schweren gesundheitlichen Nachteils besteht, durchzuführen, ohne eine Einwilligung einzuholen.

1.6) Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger

Mit dem SWRÄG 2006 erfolgte die Regelung hinsichtlich Übertragung und Umfang des Rechtes auf Einwilligung in eine medizinische Heilbehandlung im Namen eines nicht einsichts- und urteilsfähigen nahen Angehörigen. Nunmehr dürfen nahe Verwandte über gewisse medizinische Behandlungen entscheiden. Das Gesetz zählt zu den nächsten Angehörigen Eltern, volljährige Kinder, den im

⁴²² Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap I.

⁴²³ Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, Kap I.

gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten und den Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtlich!), wenn dieser mit der vertretenen Person seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt lebt⁴²⁴. Widersprechen sich jedoch mehrere gesetzliche Vertretungsbefugte, so ist keine Erklärung wirksam⁴²⁵. Ansonsten reicht die Erklärung eines gesetzlich Bevollmächtigten aus.

Der Umfang der Vertretungsbefugnis umfasst eine Heilbehandlung „*sofern diese nicht gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist und der vertretenen Person die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt*“⁴²⁶. Daher ist die Einwilligung oder Verweigerung von Behandlungen umfasst die an sich leichte Verletzungen oder Erkrankungen betrifft. Im Falle einer drohenden Lebensgefahr oder einer Verletzung mit schweren Folgeschäden wird diese Befugnis nicht übertragen. Entsprechende Anordnungen sind daher nicht beachtlich und die Behandlung hat lege artis zur Gefahrenabwehr zu erfolgen.

1.7) Die Patientenverfügung

In zunehmendem Maße greifen Patienten auf die Errichtung einer Patientenverfügung zurück. In dieser bestimmt der Patient in Zeiten seiner geistigen Leistungsfähigkeit, wie im Falle einer notwendigen medizinischen Behandlung vorzugehen ist. Es zielt auf jene Fälle ab, in denen der Patient in eine Situation kommt, in der er nicht mehr in der Lage ist eine solche Entscheidung zu treffen. Dies kann aus körperlichen aber auch aus geistigen Gründen der Fall sein.

Das Gesetz über die Patientenverfügung⁴²⁷ (PatVG) hat die durch Literatur und Judikatur gezogenen Grenzen der Gültigkeit und Durchsetzbarkeit von Patientenverfügungen neu geregelt. So war es Intention des Gesetzgebers, dem Patienten ein Mittel zur Selbstbestimmung in die Hände zu geben, um für die Zeit, in der er keine Möglichkeit mehr hat über seine medizinische Behandlung selbst zu entscheiden, im Voraus Vorsorge treffen zu können⁴²⁸. Aber auch die Gesundheitsberufe sollten mittels dieses Gesetzes die Möglichkeit haben, über die Bindungswirkung einer Patientenverfügung leichter entscheiden zu können um so den Patienten bestmöglich zu versorgen.

⁴²⁴ SWRÄG 2006, § 284c Abs. 1 ABGB

⁴²⁵ SWRÄG 2006, § 284c Abs. 2 ABGB

⁴²⁶ SWRÄG 2006, § 284b Abs. 3 ABGB

⁴²⁷ Regierungsvorlage PatVG; PatVG

⁴²⁸ EBVR-PatVG

Der Patient kann in der Verfügung einzelne oder auch eine Gruppe von medizinischen Behandlungen ablehnen⁴²⁹. Eine Patientenverfügung, die auch Nichtmedizinisches verbindlich regelt, ist gesetzlich nicht vorgesehen, wurde aber auch nicht ausgeschlossen. Da eine Ablehnung des Rechtes auf Selbstbestimmung verfassungs- wie menschenrechtlich kaum haltbar wäre, werden für den nichtmedizinischen Bereich weiterhin die Grundlagen der „alten“ Patientenverfügung bindend sein.

Die im Rahmen des Österreichischen Roten Kreuzes geäußerte Meinung, eine Patientenverfügung sei immer nur an den Arzt und nicht an die Sanitäter gerichtet⁴³⁰, war und ist rechtlich völlig haltlos. Hat der Patient nicht selbst den Adressatenkreis auf Ärzte eingeschränkt, so gilt die Patientenverfügung als Äußerung seines Selbstbestimmungsrechtes gegenüber jedermann⁴³¹. Die oben angeführte Meinung hätte zur Konsequenz, dass eine Verfügung ins Leere laufen würde, könnte man diese dadurch umgehen, dass die einer Berufsgruppe untersagten Behandlungen durch einen anderen Gesundheitsberuf ausgeführt werden könnten.

Für den Rettungsdienst vorrangig ist die Bestimmung über die Vornahme einer medizinischen Notfallversorgung. Im Falle einer unerwarteten akuten Gefahr für den Patienten werden die Gesundheitsberufe von der Bindung an eine eventuell vorhandene Patientenverfügung ausgenommen, sofern die Suche nach einer solchen die Versorgung des Patienten ernsthaft gefährdet⁴³². Richtigerweise sollte diese Einschränkung auf jene Fälle erweitert werden, in denen aus einer Patientenverfügung innerhalb der notwendig kurzen Zeit, im Hinblick auf die unbedingt notwendige Notfallversorgung kein eindeutiger Wille erkennbar ist. So wird in der unerwarteten Notversorgung nur eine solche Verfügung Rechtswirkung entfalten können, deren Gültigkeit unter geringem Aufwand erkennbar ist und deren Anweisungen einfach umzusetzen sind.

a) Gültigkeitsvoraussetzungen

Um verbindliche Rechtswirkung zu entfalten, muss der Verfügung ein schriftliches Gutachten eines Arztes beilegen, der in dieser die Aufklärung über Art und Umfang sowie über Nutzen und Risiko der abgelehnten medizinischen

⁴²⁹ Das Gesetz spricht in § 2 PatVG nur von der Ablehnung der medizinischen Behandlung. Aus dem Kontext der Erläuterungen ergibt sich jedoch, dass der Patient richtigerweise einzelne Behandlungen oder ganze Gruppen von bestimmten Behandlungen ablehnen können wird.

⁴³⁰ RK Steiermark, Landesrotkreuztag, S 11 Spalte 2 Abs 1; Hansak, Lehrbuch für Notfallsanitäter, S 38 Spalte 1 Abs 4

⁴³¹ Andreas, Zurück ins Leben, S 1f Kap 2 und 3

⁴³² § 12 PatVG

Behandlungen, den Grund, warum der Patient eine solche verweigern will, das Erfassen des Patienten der Tragweite seiner Entscheidung, sowie die Einsichts- und Urteilsfähigkeit bestätigt. Zudem ist eine Bestätigung über eine juristische Aufklärung, die von einem Anwalt, einem Notar oder einem juristischen Mitarbeiter der Patientenvertretung gezeichnet wurde, beizulegen. Der Jurist hat hierin die Vornahme der Belehrung über die rechtlichen Folgen der Patientenverfügung sowie über die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs zu dokumentieren.

Die Patientenverfügung ist nur auf gewisse Zeit verbindlich, nämlich auf die Dauer von fünf Jahren. In dieser Zeit vorgenommene Änderungen lassen den Fristenlauf mit Datum der letzten Änderung erneut beginnen, daher beträgt die Verbindlichkeit der Verfügung ab dem Datum der letzten Änderung fünf Jahre. Nach Ablauf der Zeit kann die Verfügung durch Hinzufügen eines entsprechenden Verweises erneut auf fünf Jahre verlängert werden. Für all diese Fälle, in offener Zeit oder nach Zeitablauf sind wieder eine ärztliche und eine juristische Bestätigung beizubringen.

Fällt eine oder mehrere der Voraussetzungen weg, so ist die Patientenverfügung nur noch beachtlich. Dies bedeutet, dass dem Patientenwillen so weit dies sinnvoll erscheint und möglich ist zu folgen sein wird. Einer solchen, mangelnden Verfügung ist umso eher zu folgen, je weniger Formvoraussetzungen nicht eingehalten oder nicht mehr gültig sind.

Zudem dürfen strafrechtlich unzulässige Verfügungen nicht getroffen werden⁴³³. Damit wirkt der Gesetzgeber dem Problem eines eventuell geäußerten Wunsches nach aktiver Sterbehilfe entgegen. Die Verweigerung von lebenserhaltenden oder lebensnotwendigen Maßnahmen ist hingegen zulässig, auch wenn die Beachtung dieses Wunsches zum sofortigen Tod des Patienten führen würde.

b) Anwendbarkeit der Patientenverfügung im Rettungsdienst

Aufgrund von Alter und Einsichts- und Urteilsfähigkeit, sowie durch die Ausgestaltung der Möglichkeit, Vorkehrungen für den Fall der mangelnden Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu treffen, kommt es zu verschiedenen Situationen, in denen ein Rettungsteam Probleme hinsichtlich der Beurteilung der Verbindlichkeit von Anordnungen hat.

⁴³³ § 10 Abs 1 Z 2 PatVG

Wird dem Team mitgeteilt, dass eine Patientenverfügung errichtet wurde und kann sie auch vorgewiesen sowie in der notwendig kurzen Zeit die Gültigkeit sowie der Patientenwille ermittelt werden, so ist diese für jedes Mitglied der Rettungsmannschaft bindend.

Wird dem Team mitgeteilt, dass eine Patientenverfügung errichtet wurde, kann diese jedoch nicht vorgewiesen werden und ist eine Suche oder ein Zuwarten im Notfall unzulässig, hat das Rettungsteam mit der Behandlung wie üblich zu beginnen.

Wird dem Team bekannt gegeben, dass der Patient Anhänger einer Glaubensgruppierung mit bekannten Vorbehalten gegen bestimmte Behandlungen ist, wird jedoch keine Patientenverfügung vorgewiesen, so ist das Wissen um die Zugehörigkeit noch nicht ausreichend, bestimmte oder alle Maßnahmen zu unterlassen. Hingegen ist bei der Wahl der Therapie auf den vermuteten Patientenwillen bestmöglich abzustellen. Dies wird jedoch nicht zu Lasten einer dramatischen und nachhaltigen Gesundheitsverschlechterung gehen dürfen.

1.8) Sonderfall Zeugen Jehovas

„*Heiß umfehdet*“⁴³⁴ war unter Juristen und Medizinern die Einstellung von Zeugen Jehovas zu medizinischen Behandlungen, insbesondere zu Bluttransfusionen. Der für eine Hinwegsetzung über ein Bluttransfusionsverbot herangezogene „Zwang“ der Glaubensangehörigen eine solche abzulehnen kann bei genauer Betrachtung in extremer Ausprägung nicht erkannt werden.

Beim Verzicht auf Bluttransfusionen handelt es sich um eine Auslegung des Blutgesetzes Moses⁴³⁵. Aufgrund nicht einheitlicher Auslegung kommt es innerhalb dieser Religionsgemeinschaft zu unterschiedlichen Abstufungen der Verweigerung, die von einer Zustimmung bis hin zur Verweigerung einer Dialyse gehen. Bei ihrer Entscheidungsfindung werden Glaubensangehörige nicht nur verbal sondern auch durch, allerdings im Sinne der Religionsauffassung zusammengestellten, Unterlagen unterstützt, worin auch alternative Behandlungsmethoden dargestellt werden⁴³⁶.

Dennoch steht diese Entscheidung im Spannungsfeld zwischen freier und durch Vertiefung in die Materie getroffener Wahrung der eigenen Persönlichkeitsrechte und einem dominanten Gruppenzwang. Da ein solcher Gruppenzwang auch bei

⁴³⁴ Preradovic, Land der Berge, Österreichische Bundeshymne, 2. Strophe

⁴³⁵ Bibel, 1. Moses Kap 9 Vers 3-6

⁴³⁶ Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, Wie kann Blut Dein Leben retten

anderen Gruppen zur Entscheidung für oder gegen eine Behandlung führen kann, sollte dieses Argument vorsichtig angewendet werden. Vielmehr handelt es sich bei Anhängern der Lehre Jehovas um eine Gruppe von Personen, die zumeist alle Voraussetzungen erfüllen, um eine weitreichende Entscheidung bezüglich ihrer Behandlung oder der Verweigerung einer solchen zu treffen. Einzig bei fehlender Einsichts- bzw. Urteilsfähigkeit der Person kann diese Entscheidung, die zumeist als Patientenverfügung mitgetragen wird, angezweifelt werden.

Betrifft die medizinische Behandlung ein Kind das selbst noch nicht einsichts- und urteilsfähig ist und daher die Entscheidung bei den Eltern liegt, so ist den Wünschen der Eltern solange Rechnung zu tragen, solange eine entsprechende Alternativbehandlung innerhalb der Grenzen der medizinischen Wissenschaft vertretbar ist. Überschreiten die Beschränkungen der Eltern diese, so hat das Behandlungsteam das Wohl des Kindes zu wahren und entsprechend nach eigenen Maßstäben, jedoch unter möglicher Berücksichtigung der Interessen der Eltern und des Glaubens, vorzugehen⁴³⁷.

1.9) Vorsorgevollmacht

Eine weitere Möglichkeit wie Patienten ihre Interessen im Zustand der mangelnden Einsichts- und Urteilsfähigkeit wahr machen können, ist die „Ernennung“ eines „Stellvertreters“, der in ihrem Namen Entscheidungen trifft. Dieser wird als Vorsorgebevollmächtigter bezeichnet.

Zur Wirkung auf medizinische Angelegenheiten muss die Vorsorgevollmacht den Umfang ausdrücklich bezeichnen⁴³⁸. Das kann auch Angelegenheiten umfassen, die mit einer Entscheidung über Leben und Tod des Patienten zusammenhängen.

Die Ernennung eines „medizinischen Stellvertreters“ ist seit dem SWRÄG 2006 gesetzlich geregelt. Es liegt ein Schriftformerfordernis vor, die Bevollmächtigung muss also eigenhändig oder fremdhändig mit Unterschrift von drei Zeugen verfasst und unterzeichnet werden. Zudem hat ein Rechtsanwalt, Notar oder das Gericht auf der Vollmacht die Errichtung und eine rechtliche Aufklärung über Folgen und Widerrufsmöglichkeit zu bestätigen. Die Unterschrift des Patienten kann durch eine notarielle Beurkundung oder Errichtung vor dem Notar, dann

⁴³⁷ Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap IV.A.3.a.; Rettungsdienst, Notfallversorgung von Zeugen Jehovas, S 338

⁴³⁸ SWRÄG 2006, § 285f Abs. 3 ABGB

ohne zusätzliche rechtliche Aufklärungspflicht, ersetzt werden⁴³⁹. Zumeist handelt es sich bei den ernannten Vorsorgebevollmächtigten um Familienangehörige.

Wurden die Formvorschriften eingehalten und sind von der Vollmacht Entscheidung über medizinische Angelegenheiten umfasst, so ist der Vorsorgebevollmächtigte wie ein Patient aufzuklären und dessen Entscheidung bindend. Nur der Patient selbst kann, bei Einsichts- und Urteilsfähigkeit, die Entscheidung des Vorsorgebevollmächtigten jederzeit widerrufen oder abändern. Stellt der behandelnde Gesundheitsberuf im Rahmen des Aufklärungsgesprächs fest, dass der Vorsorgebevollmächtigte nicht über die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt um über eine Einwilligung in die medizinische Behandlung zu entscheiden, so ist vorzugehen als hätte der Patient diese nicht mehr. Die rechtliche Verantwortung über eine falsche Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit trägt der Gesundheitsberuf.

Problematisch wird die Situation, wenn ein Vorsorgebevollmächtigter sich ohne Vorlage der schriftlichen Vollmacht als solcher ausgibt. Bis zum Beweis des Gegenteils ist eine Vollmacht zu verneinen, da das Gesetz eine ausdrückliche Bezeichnung der übertragenen medizinischen Entscheidungsbereiche fordert. Ohne inhaltliche Kontrolle des Vollmachtsumfanges kann einer Entscheidung des Bevollmächtigten nicht entsprochen werden.

Ähnlich verhält es sich im Falle eines Versorgungsnotstands. Ist aus der Vollmacht innerhalb eines akzeptablen Zeitrahmens nicht der Umfang zu entnehmen, so ist einer dringend notwendigen Maßnahme der Vorzug vor einer Inhaltskontrolle zu geben. Jedoch trägt auch hier der Gesundheitsberuf die rechtliche Verantwortung über die Beurteilung, ob die Vollmacht diesen Fall erfasst. Ist die Behandlung vom Umfang der Vollmacht gedeckt, so ist auch eine Entscheidung gegen eine übliche medizinische Behandlung oder gegen eine Lebenserhaltung bindend.

1.10) Heilbehandlung von besachwalteten Patienten (§ 273 ABGB)

Oftmals kommt eine Minderung der geistigen Kapazität für einen Patienten überraschend, manchmal wird auch die Schwere der geistigen Beeinträchtigung ignoriert oder zu spät erkannt. So entstehen Situationen, in denen Menschen nicht mehr in der Lage sind, für wichtige Belange ihres (täglichen) Lebens selbst zu sorgen. Zumeist haben diese Menschen für einen solchen Fall auch keine entsprechende Vorsorge getroffen. Um in dieser Situation den Einzelnen rasche

⁴³⁹ SWRÄG 2006, § 285f Abs. 2, 3 ABGB

Hilfe zu Teil werden zu lassen und dabei dessen Rechte so wenig wie möglich einzuschränken, wurde das Instrument des Sachwalters geschaffen.

Sind die geistigen Fähigkeiten eines Menschen hinsichtlich medizinischer Behandlungen eingeschränkt und hat dieser weder eine Regelung für den Fall des Fehlens seiner Einsichts- und Urteilsfähigkeit getroffen noch reichen die ex lege übertragenen Vertretungsbefugnisse aus, um dem Patienten die Wahrung seines „Selbstbestimmungsrechtes“ und seiner Menschen- wie Patientenrechte zu gewährleisten⁴⁴⁰, so ist auf Antrag oder von Amtswegen ein Sachwalter für medizinische Belange zu bestellen⁴⁴¹. Dieser wird für einen bestimmten, möglichst eng umfassten, Wirkungskreis eingesetzt, um anstelle des Besachwalteten die notwendigen Entscheidungen zu treffen.

Die zu besachwaltende Person darf aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen Behinderung nicht mehr in der Lage sein, bestimmte oder alle Angelegenheiten ihres persönlichen Bedarfs *„nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst“* zu besorgen und muss volljährig sein. Bei Minderjährigen greifen die Einwilligungsbefugnisse der Erziehungsberechtigten. Eine Sachwalterschaft aufgrund einer rein körperlichen Behinderung ist unzulässig. Das Gesetz spricht daher, im Gegensatz zum Großteil der Literatur, nicht von einem Besachwalteten sondern von einer behinderten Person.

Die Sachwalterschaft ist ein Instrument, das vorrangig der Wahrung wirtschaftlicher Interessen des Besachwalteten dient. Daher hat der Umfang der Bestellung (Wirkungskreis) des Sachwalters die Wahrung einzelner Interessen, eines bestimmten Kreises oder aller Angelegenheiten des Behinderten zu umfassen⁴⁴². Zudem wurde durch das SWRÄG 2006 gesetzlich geregelt, dass ein Sachwalter auch für bestimmte oder alle medizinischen Maßnahmen bestellt werden kann. Ist ein Sachwalter nicht explizit für medizinische Angelegenheiten des behinderten Menschen bestellt worden, so wirkt sich die Besachwalterung nicht auf eine medizinische Versorgung aus. Der Wirkungskreis, auch der medizinischen Besachwalterung, ist immer möglichst eng zu setzen ohne hierbei den Besachwalteten einer Gefahr durch eine Regelungslücke auszusetzen. Kern führt aus, dass die Beschränkung möglichst gering zu halten sei, sowie die

⁴⁴⁰ SWRÄG 2006, § 268 Abs 2 ABGB

⁴⁴¹ SWRÄG 2006, § 268 Abs 1 ABGB

⁴⁴² § 273 Abs 3 ABGB

Bestellung nur für einen möglichst eng umgrenzten Zeitraum und speziellen Fall der fehlenden Einwilligung zu erfolgen habe⁴⁴³.

Da es sich bei der Einwilligung in eine medizinische Behandlung um einen Eingriff in ein höchstpersönliches Rechtsgut handelt, wurde zudem das Recht des Sachwalters analog den Bestimmungen der Heilbehandlung von untergebrachten Patienten in einer psychiatrischen Einrichtung weiter beschränkt⁴⁴⁴. So kann „*in eine medizinische Behandlung eine behinderte Person, soweit sie einsichts- und urteilsfähig ist, nur selbst einwilligen*“⁴⁴⁵. Nur wenn diese Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht vorliegt, kann der Sachwalter die Entscheidung des Besachwalteten ersetzen. Die Bestellung des Sachwalters zur Wahrung medizinischer Interessen wirkt daher nur in jenem Umfang, in dem der Behinderte nicht einsichts- und urteilsfähig ist⁴⁴⁶ und wurde in § 283 Abs 1 ABGB in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des § 36 Abs 2 UBG geregelt.

Die Notwendigkeit eines flexiblen Systems aus Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten und Ersatz seiner Einwilligung durch einen Sachwalter ist auch aus den von Barth herangezogenen Fallkonstruktionen ersichtlich, wenn er darauf hinweist, dass für einen komatösen Patienten ein Sachwalter zu bestellen wäre, der Patient jedoch bis zur Aufhebung der Sachwalterschaft ansonsten, auch nach Erwachen und gegebener Einsichts- und Urteilsfähigkeit, nicht selbst entscheidungsbefugt wäre.

Nunmehr ist eindeutig geregelt, dass im Falle der Verweigerung einer Hilfsmaßnahme durch einen einsichts- und urteilsfähigen Behinderten, eine gegenteilige Entscheidung des Sachwalters rechtlich belanglos ist. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten muss auch dann gewahrt werden, wenn sich dieser entgegen der ethischen Vorstellung der Gesundheitsberufe entscheidet.

Hat der Sachwalter die Einwilligung des Besachwalteten in die Heilbehandlung zu ersetzen, so muss dieser zuvor umfassend aufgeklärt werden und über den notwendigen Wissensstand verfügen⁴⁴⁷. Zu berücksichtigen ist bei der Aufklärung ein eventuell fehlendes Verständnis für die tatsächlich durchlittenen Schmerzen und Qualen eines Patienten. Gerade in einem Notfall, in dem die Anrufung des

⁴⁴³ Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap II.

⁴⁴⁴ § 36 Abs 2 UBG

⁴⁴⁵ SWRÄG 2006, § 283 Abs. 1 ABGB

⁴⁴⁶ SWRÄG 2006, § 283 Abs. 1 ABGB; Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, Kap I.B.2.2ff

⁴⁴⁷ Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, Kap I.C.1.

Pflegschaftsgerichtes nicht möglich ist, muss der Behandelnde in Bezug auf die Einwilligung oder Verweigerung hinterfragen, ob der Sachwalter die notwendige Einsicht hat oder haben kann. Widerspricht eine Anordnung fundamental dem medizinischen Kenntnisstand und den Erfahrungswerten oder lässt die Anordnung an der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Sachwalters zweifeln, so sind die Interessen des Beschwalteten im Sinne der Gefahrenabwehrpflicht zu wahren und die Anordnungen des Sachwalters zu ignorieren.

Besteht Gefahr für den Patienten, so kollidieren die Pflichten des Sachwalters und der Gesundheitsberufe, da beide verpflichtet sind, drohende Gefahren abzuwehren⁴⁴⁸. In diesem Konflikt wird dem sachverständigen Gesundheitsberuf solange zu folgen sein, bis es zu einer gerichtlichen Abklärung der Zulässigkeit von bestimmten Behandlungsschritten kommt. Somit muss ein Rettungsteam bei Gefahr für Leib und Leben, soweit es seine eigene Entscheidung fachlich begründen und zugleich der Entscheidung des Sachwalters die sachliche Grundlage entziehen kann, im Interesse des Patienten handeln⁴⁴⁹. Es hat daher, unter außer Acht Lassung der Anordnung des Sachwalters, die Behandlung solange fortzusetzen, bis ein Gericht entschieden hat oder eine Umstellung auf die Anordnungen des Sachwalters medizinisch möglich ist.

Rechtlich leitet sich dies aus § 283 Abs 2 iVm Abs 3 ABGB ab. Hierin wird der Sachwalter verpflichtet, bei Entscheidungen über medizinische Behandlungen die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind, eine entsprechende Aufklärung durch einen von der Behandlung unabhängigen Arzt einzuholen. Erst nach einer solchen Aufklärung ist es ihm gestattet, eine Zustimmung oder Ablehnung in die Behandlung zu erteilen. Gem. § 283 Abs 2 iVm Abs 3 ABGB ist in Fällen, in denen eine Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung verbundene Aufschub das Leben der behinderten Person gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre, eine Zustimmung des Sachwalters nicht einzuholen. Daher wird dem Sachwalter zum Einen die notwendige Möglichkeit ein entsprechendes medizinisches Gutachtens einzuholen fehlen, zum Anderen ist gem. § 283 Abs ABGB die Therapie ohnehin bei Gefahr in Verzug ohne Zustimmung einzuleiten.

⁴⁴⁸ Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap IV.B.2.

⁴⁴⁹ Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, Kap I.D.4.; Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, Kap IV.B.2.

Hat der Sachwalter hingegen gemäß § 283 Abs 2 ABGB ein Gutachten bereits eingeholt, zu denken ist hier an Fälle in denen eine Verschlechterung des Zustandes des Besachwalteten vorhersehbar war, so ist die Entscheidung des Sachwalters bindend.

2) Zivilrechtliche Haftung

Ein Zuwiderhandeln gegen Selbstbestimmungsrechte wie auch gegen die notwendige Sorgfalt führt in vielen Fällen zu einem Haftungsanspruch des Geschädigten gegenüber dem Verursacher. Die Anspruchsgrundlage wird, wie auch im Strafrecht, durch die Sachverständigenstellung verstärkt und kann sich sowohl auf eine deliktische als auch auf eine vertragliche Haftung gründen.

2.1) Haftung aus dem Vertrag

Jede zwischen dem Angehörigen eines Gesundheitsberufes und einem Patienten geschlossene Übereinkunft über eine Behandlung stellt einen Vertrag dar. Im Bereich des Rettungswesens ist grundsätzlich zu unterscheiden, ob eine Handlung aufgrund einer hoheitlichen Tätigkeit oder einer vertraglichen Verpflichtung (z.B. die Mitnahme eines betreuenden Angehörigen) gesetzt wurde.

Eine Haftung aus einem Vertragsverhältnis ergibt sich, wenn gegen allgemeine Grundlagen des Vertrages, explizit ausbedungene Vertragsinhalte oder gegen die aus dem Vertrag erwachsene Schutz- und Sorgfaltspflichten verstoßen wird. Zudem gilt zugunsten des Geschädigten im Umfang der medizinischen Versorgung die Beweislastregelung gem. § 1298 ABGB, die besagt, dass ein Verschulden des Schädigers vermutet wird und dieser sein Nichtverschulden zu beweisen hat. Diese Verschuldensvermutung geht jedoch von leichter Fahrlässigkeit aus. In Fällen, in denen diese ausgeschlossen ist und der Schädiger nur für grobe Fahrlässigkeit haftet, ist der Verschuldensgrad vom Geschädigten zu beweisen.

2.2) Deliktische Haftung

Besteht das schadenverursachende Verhalten nicht in einem Vertragsbruch sondern wird dieses durch Verletzung gesetzlicher Bestimmungen oder Verhaltensnormen begangen, so entsteht eine deliktische Haftung. Diese kann beispielsweise aus einer nicht vorhandenen Einwilligung in eine Heilbehandlung hervorgehen.

Eine deliktische Haftung erstreckt sich nicht auf die Gehilfenhaftung. Das heißt, dass ein Schaden, der deliktisch verursacht wurde, nicht den Vertragsherren trifft. Dies wäre nur dann möglich, wenn ihm ein eigenständiger Vorwurf gemacht

werden kann. Gerade in der deliktischen Haftung ist anhand der Schwere der Verfehlung zwischen den Verschuldensgraden (grobe -, leichte - und leichteste Fahrlässigkeit) zu differenzieren, da Art und Höhe des Schadensersatzanspruchs an diesen bemessen wird.

2.3) Sachverständigenhaftung (§ 1299 ABGB)

Das Zivilrecht kennt eine Sachverständigenstellung, die in zweifacher Hinsicht zu tragen kommt. Bei Sachverständigen handelt es sich um Personen, die Tätigkeiten ausüben, für die besondere Fähigkeiten⁴⁵⁰ oder Sicherungspflichten erforderlich sind und deren Ausübung daher nach einem strengen Verschuldensmaßstab beurteilt wird⁴⁵¹.

Im ersten Anwendungsbereich werden Personen als Sachverständige gewertet, die eine Tätigkeit, für die besondere Fähigkeiten oder Sicherungspflichten erforderlich sind, ausüben, obwohl sie nicht über die dazu notwendige Ausbildung oder Fähigkeit verfügen. Diese Personen werden „Professionisten“ gesetzlich gleich gehalten. Sie haben bei der Ausübung der Tätigkeit, der sie sich selbst als kompetent erachten, jene Sorgfalt an den Tag zu legen, die auch von Seiten eines Professionisten an den Tag gelegt werden würden⁴⁵². Wer Handlungen ohne genügende Qualifikation ausführt, wird daher nach gleichen Maßstäben bei der Verschuldensbeurteilung bewertet, wie ein Fachmann⁴⁵³. So sollen Dritte im Schadenfall, der von einer unkundigen Person verursacht wurde, nicht schlechter gestellt werden, als wenn ein Berufskundiger diesen verursacht hätte.

Der zweite Anwendungsbereich wirkt auf die Verschuldensbeurteilung von Professionisten. Hier trifft die Sachverständigenhaftung jene, die eine Tätigkeit beruflich oder berufsähnlich ausüben, sofern die Tätigkeit eine besondere Sachkenntnis erfordert. Dies unabhängig davon, ob die Tätigkeit selbstständig oder unselbstständig ausgeübt wird⁴⁵⁴. So gilt die Sachverständigenstellung für Ärzte⁴⁵⁵ und Organe eines nach AHG haftenden Rechtsträgers⁴⁵⁶, aber auch für alle anderen Gesundheitsberufe. Die Sachverständigenstellung erhöht den Verantwortungsmaßstab für die ausgeführte Tätigkeit. Hauser⁴⁵⁷ schreibt treffend:

⁴⁵⁰ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 1

⁴⁵¹ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 2

⁴⁵² Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 2

⁴⁵³ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 2

⁴⁵⁴ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1299, E 5

⁴⁵⁵ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1299, E 12

⁴⁵⁶ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1299, E 55

⁴⁵⁷ Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap I.3.

„Sofern als die Erweiterung von autonomen Kompetenzen ... die handelnden Personen zu größeren Handlungsfreiräumen ermächtigt und somit zu einer Ausweitung von Verantwortungsbereichen führt, ist grundsätzlich auch ein strengerer Maßstab bei der Beurteilung des Verschuldens mit in Kauf zu nehmen.“

Für ein höheres Maß an Verantwortung ist daher auch ein höheres Maß an fachlicher Qualifikation erforderlich.

Die Beurteilung des Verschuldens orientiert sich in Fällen der Sachverständigenhaftung nicht an einer Durchschnittsperson. Vielmehr muss der Täter die typischen Fähigkeiten seines Berufsstandes sowie den Leistungsstandard innerhalb dieser Berufsgruppe aufweisen⁴⁵⁸. Allerdings benötigt er keine außergewöhnlichen Fähigkeiten innerhalb der Gruppe⁴⁵⁹. Es geht um den durchschnittlichen Fachmann des jeweiligen Fachgebietes. Bezüglich der Einhaltung der notwendigen Sorgfalt ist zu prüfen, wie sich ein „maßgerechter“ Fachmann verhalten hätte, wäre dieser in der Situation des Täters gewesen⁴⁶⁰. Der Täter haftet daher selbst dann, wenn ihm subjektiv kein Vorwurf gemacht werden kann, jedoch dem maßgerechten Fachmann dieser Fehler nicht unterlaufen wäre⁴⁶¹.

Zusätzlich wird der Sachverständige durch die Rechtstreue und Berufspflicht seiner Berufsgruppe verpflichtet. Auch die Unwissenheit über gesetzliche Vorgaben oder verbindliche Normen, selbst wenn diese Unwissenheit typisch für den Berufsstand ist, löst eine Schadenersatzpflicht aus. Der Sachverständige hat sich, aufgrund seiner Aus-, Fort- und Weiterbildungspflicht, nicht nur über alle notwendigen wissenschaftlich-technischen Entwicklungen zu informieren, sondern auch über alle gesetzlichen Vorgaben die seine Berufsausübung betreffen. Die Unwissenheit über einzuhaltende und verbindliche Schutznormen und Berufsgesetze, auch jener der kooperativ tätigen oder unterstellten Berufsgruppen, ist dem Sachverständigen vorzuwerfen und begründet seine Haftung.

Eine Haftung aus der Sachverständigenstellung resultiert auch aus einem, über das Durchschnittswissen der Berufsgruppe hinausreichendes Zusatzwissen oder einer Zusatzerfahrung, welche die eigentliche Tätigkeit übersteigt⁴⁶². So hat der

⁴⁵⁸ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1299, E 74 und 75

⁴⁵⁹ Welser, Grundriss des bürgerlichen Rechts, S 320, Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1299, E 75 und 81 sowie E 82 bis 84

⁴⁶⁰ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 2; Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.1.

⁴⁶¹ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1299, E 79 und 80

⁴⁶² Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 3

Sachverständige, das über den Durchschnitt hinausreichende Zusatzwissen jedenfalls zur Schadenverhütung (Schadenabwehr) anzuwenden⁴⁶³. Reischauer schreibt in diesem Zusammenhang: „*So hat ein Arzt in Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit das Zusatzwissen auch dann einzusetzen, wenn der Einsatz zwar über die jedermann zugemutete Anstrengung hinausgeht, aber er nicht über jene Anstrengung hinausgeht, die einem Arzt zugemutet wird.*“ Mit anderen Worten hat ein Gesundheitsberuf (sei es Arzt oder Sanitäter) all jenes Wissen und jene Fähigkeiten einzusetzen, über die er verfügt und die geeignet sind eine Gefahr abzuwehren⁴⁶⁴. Der Sorgfaltsmaßstab wird bereits dann verletzt, wenn sich ein Fachmann auf das Durchschnittswissen zurückzieht. Dies ergibt sich aus der Garantenstellung in Verbindung mit der Sachverständigenstellung.

Damit ist für das Sanitätswesen, in Zusammenhang mit der Verpflichtung von Ärzten wie Sanitätern zu Fortbildung nach dem Stand der Wissenschaft und Forschung, eine weitaus größere Gefahrtragung zu orten als dies in der einschlägigen Literatur bisher verlautbart wurde. Die Berufsgruppen haften nämlich auch für nicht erlernte aber als *lege artis* anerkannte und innerhalb der Berufsgruppe zu beherrschende Fähigkeiten, ebenso für alle nicht angewendeten aber bekannten Techniken. Gerade Notärzte und Sanitäter mit wenig Erfahrung oder mangelnder Praxis können daher leicht in eine schadenersatzrechtliche Haftung kommen.

Die Haftung des § 1299 ABGB findet nicht nur in der Vertragshaftung Anwendung, aufgrund einer besonderen Verpflichtung zur Wahrung der Interessen der Allgemeinheit kann es auch zu einer deliktischen Haftung kommen⁴⁶⁵. So führen die in den Berufsrechten vorgesehenen Hilfeleistungspflichten zu einem gesetzlichen Schuldverhältnis. Wird eine schadenverursachende Handlung durch ein Organ der Organisation gesetzt, so wäre die damit verbundene Haftung deliktischer Natur⁴⁶⁶.

2.4) Haftung für zufällig eintretenden Schaden - Garantenstellung (§ 1311 ABGB)

Eine Ausnahme aus der allgemeinen Gefahrtragung stellt § 1311 ABGB dar. Tritt ein Schaden zufällig ein, so muss derjenige den Schaden tragen, in dessen Sphäre sich dieser ereignet hat. Tritt jedoch ein zufälliger Schaden ein und hat jemand aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift einen solchen Schaden

⁴⁶³ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1297, RZ 3

⁴⁶⁴ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.1.

⁴⁶⁵ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 6

⁴⁶⁶ Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 24

abzuwenden, so haftet dieser auch für einen nicht von ihm verschuldeten Eintritt. Die Regelung ist die zivilrechtliche Verankerung der Garantenstellung und geht mit jener des § 2 StGB konform. Daher wird zur näheren Ausführung der Schadenabwendungspflicht auf die Ausführungen zur strafrechtlichen Garantenstellung verwiesen.

Diese Haftung besteht, solange es dem Garanten nicht gelingt zu beweisen, dass der Schaden auch dann eingetreten wäre, wenn er sich der Vorschrift entsprechend verhalten hätte⁴⁶⁷. Der Schadeneintritt muss daher unabwendbar gewesen sein um keine Haftung auszulösen.

2.5) Haftung für eigenes Fehlverhalten (§ 1313 ABGB)

Ein Grundsatz des österreichischen Rechts ist, dass jeder für sein Fehlverhalten selbst einzustehen hat⁴⁶⁸. Setzt ein Rettungsdienstmitarbeiter daher ein Verhalten, das zum Schadeneintritt führt, so müsste dieser selbst für die Wiedergutmachung sorgen. Dies ist jedoch in zweifacher Hinsicht unbefriedigend. So wäre für die Ausübung von Tätigkeiten mit potentiell höherem Risiko kaum Personal zu finden. Zudem könnte sich der Geschädigte „nur“ an einer Einzelperson, die oftmals nicht über genügend Vermögen verfügt, schadlos halten. Um diesem Problem Abhilfe zu schaffen, stehen verschiedene Schutznormen zur Verfügung.

2.6) Amtshaftung für das Handeln in Vollziehung der Gesetze

Im Amtshaftungsgesetz (AHG) wird eine Haftung der Verwaltungskörper für das Verhalten seiner Organe gesetzlich normiert. Gebietskörperschaften wie Bund, Länder und Gemeinden sowie juristische Personen des öffentlichen Rechts, aber auch Selbstverwaltungskörper mit (eingeschränkten) Hoheitsrechten⁴⁶⁹ haften gemäß den Regeln des ABGB für jene Schäden, die für sie handelnde Personen in Vollziehung der Gesetze rechtswidrig und schuldhaft verursacht haben.

Ein Organ im Sinne des AHG kann nur eine physische Person sein. Die Organstellung ist unabhängig von der Art der Bestellung, also unabhängig davon ob die Person ernannt oder gewählt wurde oder mittels Dienst- oder Werkvertrag

⁴⁶⁷ Koppensteiner, Rechtliche Grundlagen für Notfallsanitäter, Kap E

⁴⁶⁸ Welser, Grundriss des Bürgerlichen Rechts, S 322

⁴⁶⁹ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 452 RZ 2; Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1 AHG, E 106, 113, 130, 137

seine Tätigkeit aufnimmt. Auch eine „indirekte Bestellung“, z.B. durch Aufnahme der Tätigkeit in einen Betrieb, der hoheitliche Aufgaben besorgt, ist möglich⁴⁷⁰.

Keinen Einfluss auf das Vorliegen einer Organstellung hat die Dauer der Bestellung oder die Rechtsnatur des Vertragsverhältnisses (öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich). Art und Umfang der Bestellung sind daher frei, die gesetzliche Aufzählung hat nur demonstrativen Charakter⁴⁷¹. Es handelt sich um einen funktionell-organisatorischen Organbegriff, der dem AHG zugrunde liegt⁴⁷².

Unter das AHG fallen nicht nur Handlungen, die in der „reinen“ Vollziehung der Gesetze getätigt werden, vielmehr zählen auch alle administrativen Hilfstätigkeiten, die im Zusammenhang mit einem Hoheitsakt gesetzt werden, zur Hoheitsverwaltung im Sinne des AHG⁴⁷³. Handlungen, die nicht einmal von der weitest denkbaren Auslegung des Begriffs der Vollziehung erfasst sind, lösen hingegen keine Amtshaftung aus.

Für die Frage der funktionellen Zuordnung der Organtätigkeit kommt es alleine darauf an, in wessen Namen ein Organ funktionell tätig wird. Entscheidend ist der Vollzugsbereich, innerhalb dessen das Organ tätig ist⁴⁷⁴. Daraus lässt sich ein Amtshaftungsanspruch auch bei rettungsdienstlichen Tätigkeiten ableiten⁴⁷⁵.

Wie in Abschnitt I erörtert, wird im Rettungswesen nicht eine Person, sondern ein Verein beliehen. Der OGH⁴⁷⁶ stellte richtig fest, dass in der Beleihung einer juristische Person des Privatrechts mit der Besorgung hoheitlicher Aufgaben auch die Delegation des Bestellungsaktes auf die für sie tätig werdenden Personen als durchführende Organe (im Sinne des AHG) zu sehen ist⁴⁷⁷. Dies bedeutet, dass sowohl freiwillige Mitarbeiter wie auch Angestellte einer Rettungsorganisation die Gemeinde (oder im Falle des überregionalen Rettungsdienstes das Land) verpflichten. Länder und Gemeinden werden daher ein verstärktes Interesse an einer Überwachung der Personalgebarung ihrer Rettungsorganisationen an den Tag legen müssen, wollen sie nicht die finanzielle Verantwortung für das Verhalten von Personen tragen, auf deren Bestellung und Tätigwerden sie keinen Einfluss ausüben können.

⁴⁷⁰ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1 AHG, E 56

⁴⁷¹ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 453 RZ 4

⁴⁷² §1 Abs 2 AHG

⁴⁷³ Öhlinger, Verfassungsrecht, RZ 674

⁴⁷⁴ Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1 AHG, E 4

⁴⁷⁵ in Analogie zu Dittrich, Tades, ABGB, zu § 1 AHG, E 49

⁴⁷⁶ OGH, 1 Ob 49, 54/95

⁴⁷⁷ so auch Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 454 RZ 6

Berücksichtigt man die Vorteile, die eine Klage nach dem AHG mit sich bringt und betrachtet man zudem die im folgenden beschriebene Möglichkeit einer kombinierten Klage nach AHG mit einer Schadenersatzklage gegen den zivilen Rechtsträger, so ist mit einer Zunahme von Amtshaftungsprozessen zu rechnen. Hinzu kommt, dass die Sensibilisierung und Bereitschaft eine Klage einzubringen im Bereich der Gesundheitsversorgung stetig zunimmt.

Ein Verfahren nach AHG bietet für Geschädigten wie Schädiger Vorteile. So kann sich ein Geschädigter durch das AHG leichter schadlos halten und hat die öffentliche Hand als Schadenersatzverpflichteten. Die Wahrscheinlichkeit, einer (dauerhaften) Zahlungsunfähigkeit ist somit nahezu ausgeschlossen. Allerdings kann ein Schadenersatz nur in Geld gefordert werden, eine Naturalrestitution kommt nicht in Frage⁴⁷⁸. Für entgangenen Gewinn haftet der Rechtsträger, ähnlich wie im ABGB, nur bei grobem Verschulden.

Für das ausführende Organ ergibt sich der Vorteil, dass der Geschädigte weder das durchführende noch dessen leitendes Organ direkt klagen kann. Er hat seine Ansprüche gegenüber jener Gebietskörperschaft geltend zu machen, in deren Namen das Organ tätig wird⁴⁷⁹.

Die Haftung nach AHG erstreckt sich nicht nur auf den funktionellen, sondern auch auf den organisatorischen Rechtsträger⁴⁸⁰. Das ist jener, als dessen Organ die handelnde Person gewählt, ernannt oder sonst wie bestellt wurde⁴⁸¹. Damit werden Rettungsorganisationen direkt haftbar. Der organisatorische Rechtsträger (die Rettungsorganisation) hat jedoch Anspruch auf Rückerstattung der von ihr erbrachten Leistungen.

Der haftende Verwaltungskörper kann sich beim Verursacher regressieren und somit schadlos halten⁴⁸². Eine solche Schadloshaltung gegenüber dem Verursacher ist nur dann zulässig, wenn die Gebietskörperschaft den Schaden bereits ersetzt und zudem der Schädiger den Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat⁴⁸³. Hier bietet das AHG den tätig werdenden Organen einen weitgehenden Schutz.

⁴⁷⁸ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 349

⁴⁷⁹ §§ 1 Abs 1 und 9 Abs 5 AHG; Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap II.1.B. und C.; Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 457 RZ 11

⁴⁸⁰ § 1 Abs 3 AHG

⁴⁸¹ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 457 RZ 12

⁴⁸² § 9 Abs 3 AHG

⁴⁸³ § 3 Abs 1 AHG; Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap II.1.C.

Zum Schutz der Organe gelten bei Regressansprüchen noch weitere Einschränkungen. So ist ein solcher dann ausgeschlossen, wenn das Organ aufgrund einer Weisung eines Vorgesetzten gehandelt hat⁴⁸⁴. Zudem besteht auch für den Fall, dass der Schaden grob fahrlässig herbeigeführt wurde, ein richterliches Mäßigungsrecht⁴⁸⁵. Ein Gericht kann daher die Höhe der Forderung reduzieren, die in einem Regressfall die Gebietskörperschaft zu fordern berechtigt ist. Das Ausmaß dieser Reduktion hängt von der Art der Schadenverursachung und dem möglichen Alternativverhalten zur Schadenverhinderung oder -minderung ab.

Anhand des Dargestellten ist eine Pyramide der Verantwortung und Haftung zu erkennen, die sowohl die Zurechenbarkeit des Fehlverhaltens, als auch die des Schadensersatzes charakterisiert. So muss derjenige, der einen Schaden in Vollziehung der Gesetze direkt verursacht hat, nicht auch derjenige sein, der diesen persönlich zu ersetzen hat. Gerade im Falle der Befolgung einer Weisung kann dies auch jenes Organ sein, das die schadenherbeiführende Weisung erteilte. Die Frage der persönlichen Verantwortung für die schadenverursachende Handlung ist für den Geschädigten aufgrund des AHG „unwichtig“ und nebensächlich geworden. Die Konsequenzen für den Ausführenden sind jedoch nicht gänzlich erloschen, sondern eingeschränkt und gegebenenfalls auf einen späteren Verfahrensschritt verlagert worden.

Interessant im Zusammenhang mit der Haftung ist die Frage, welche Gebietskörperschaft haftet, wenn ein Organ im örtlichen Wirkungsbereich einer fremden Gebietskörperschaft tätig wird. Dass auch außerhalb des örtlichen Wirkungsbereiches die Tätigkeit weiterhin als hoheitlich zu gelten hat, ist unbestritten⁴⁸⁶. Bei der Zuordnung der Schadenersatzpflicht kommt es auf den funktionellen Zusammenhang zwischen Organ und Rechtsträger an. Daraus ergibt sich, dass ein Fehlverhalten immer jenem Rechtsträger zuzurechnen ist, in dessen Wirkungs- und Vollzugsbereich das Organ tätig wird⁴⁸⁷. So würde beispielsweise ein Landesorgan in Ausübung der mittelbaren Bundesverwaltung die Haftung des Bundes begründen, in Ausübung der Landesverwaltung jedoch das Land verpflichten. Nach dieser funktionellen Zuordnung wird auch das Handeln von Beliehenen beurteilt. Es wäre sohin jene Gebietskörperschaft ersatzpflichtig, in

⁴⁸⁴ §§ 4 iVm 3 Abs 3 AHG; Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap II.1.C.

⁴⁸⁵ § 3 Abs 2 AHG; Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap II.1.C.

⁴⁸⁶ OGH 4 Ob 15/91; Dittrich, Tades, ABGB, zu §1 AHG, E 14 bis 19

⁴⁸⁷ Öhlinger, Verfassungsrecht, RZ 673; Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 453 RZ 3 und S 454 RZ 7 und 8

deren örtlicher Zuständigkeit das Organ seine Tätigkeit setzt. Alternativ kann ein Geschädigter aber auch jenen Rechtsträger belangen, dem das Organ organisatorisch untergeordnet ist. Dieser hat in Folge einen Regressanspruch an den funktionell zuständigen Rechtsträger⁴⁸⁸. Ist ein Organ für mehrere Rechtsträger gleichzeitig tätig, so verpflichtet es jeden von der Vollzugshandlung Betroffenen⁴⁸⁹. Es kommt gem. § 1302 ABGB zur Solidarhaftung der Rechtsträger⁴⁹⁰. Diese haben gegenseitige Regressansprüche.

a) Exkurs AHG Verfahren

Wie bereits erwähnt, kann sich ein Geschädigter mit seinem Schadenersatzanspruch weder direkt an das durchführende noch an dessen leitendes Organ wenden, da der Rechtsweg gegen diese unzulässig ist⁴⁹¹. Er hat seine Ansprüche gemäß AHG gegenüber jener Gebietskörperschaft geltend zu machen, in deren Namen das Organ tätig war⁴⁹².

Bevor Klage erhoben wird, soll der Geschädigte den Rechtsträger schriftlich auffordern, Stellung zu nehmen, ob dieser den Schaden anerkennt oder ganz bzw. teilweise ablehnt. Dies hat der Rechtsträger binnen 3 Monaten schriftlich zu erklären⁴⁹³. Erhebt der Geschädigte Klage, ohne dem Rechtsträger die Möglichkeit der Anerkennung einzuräumen, so steht dem Rechtsträger bei Anerkennung der Forderung Kostenersatz in Höhe der zusätzlichen Aufwendungen, die ihm aufgrund der Verfahrenshandlungen entstanden sind, zu⁴⁹⁴. Die Amtshaftungsverordnung legt fest, dass die Aufforderung zur Stellungnahme bei Forderungen gegen den Bund an die Finanzprokuratur zu richten ist⁴⁹⁵.

Wird eine Forderung gegen das verursachende Organ im Zivilrechtsweg betrieben und stellt sich im Laufe des Verfahrens heraus, dass das Organ in Vollziehung der Gesetze gehandelt hat, so stellt dies einen Nichtigkeitsgrund dar. Zu begründen ist dies mit § 240 Abs 3 ZPO, da das Vorliegen einer Amtshaftung einen Ausschluss des Rechtsweges gegen das Organ bewirkt und so den Mangel einer absoluten Prozessvoraussetzung darstellt. Dieser ist auf Antrag der Partei oder vom Gericht von Amtswegen in jeder Lage des Verfahrens aufzugreifen und die

⁴⁸⁸ Öhlinger, Verfassungsrecht, RZ 673

⁴⁸⁹ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 454 RZ 9

⁴⁹⁰ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Amtshaftungsgesetz, S 486 RZ 90

⁴⁹¹ OGH, 1 Ob 49, 54/95, § 9 Abs 4 AHG

⁴⁹² §§ 1 Abs 1 und 9 Abs 5 AHG; Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap II.1.B. und C.

⁴⁹³ § 8 Abs 1 AHG

⁴⁹⁴ § 8 Abs 2 AHG

⁴⁹⁵ § 1 AHV

Klage folgerichtig zurückzuweisen⁴⁹⁶. Die ältere Rechtsansicht, wonach die Klage lediglich als sachlich nicht berechtigt abzuweisen wäre, wurde aufgrund der nicht gegebenen Gesetzeskonformität verworfen⁴⁹⁷.

Örtlich zuständig für die Durchführung des Verfahrens ist ausschließlich jenes Landesgericht, in dessen Sprengel die Rechtsverletzung stattgefunden hat⁴⁹⁸.

In zwei Entscheidungen nimmt der OGH⁴⁹⁹ zur Klagskonkurrenz zwischen AHG und EKHG Stellung. Das AHG sichert den Schaden von Handlungen, die durch das Tätigwerden von Organen in Ausübung der Gesetze auftreten, das EKHG sichert das Betriebsrisiko, das aus dem Betrieb eines Fahrzeuges hervorgeht. Aufgrund der unterschiedlichen Schutzzwecke können diese Klagen nebeneinander eingebracht werden⁵⁰⁰. Der Schaden ist dann im Verhältnis zu teilen.

Da offenbar Klagen aus verschiedenen Schutzzwecken parallel zugelassen werden, ist eine Einbringung einer Klage aus jeder Risikohaftung neben einer AHG-Klage als zulässig anzunehmen. So ist auch der Judikatur zu folgen, die parallel eine Klage aus dem Behandlungsvertrag und der Amtshaftung zulässt, wenn es sich bei dem Beklagten um einen in Vollziehung der Gesetze tätigen Rechtsträger (hier ein Universitätsklinikum) handelt. Der Ersatz für eingetretene Schäden aufgrund einer nicht behandlungsvertragskonformen Therapie kann daher aus der Vertragshaftung, der Schaden, der aus einer Verletzung der hoheitlichen Aufgaben entstanden ist mittels Amtshaftung geltend gemacht werden.

2.7) Organhaftpflichtgesetz

Ein Schadenersatzanspruch des Bundes gegen seine Organe wird im Organhaftpflichtgesetz geregelt. Es handelt sich bei diesem Gesetz um eine sehr selten angewandte Rechtsmaterie⁵⁰¹.

Das Organhaftpflichtgesetz regelt die Haftung von Organen öffentlich-rechtlicher Rechtsträger, die in Vollziehung der Gesetze durch schuldhaftes und rechtswidriges Handeln dem Rechtsträger unmittelbar einen Schaden zugefügt haben. Rechtsträger sind Bund, Länder, Gemeinden, Bezirke, Gemeindeverbände,

⁴⁹⁶ OGH, 1 Ob 49, 54/95

⁴⁹⁷ OGH, 1 Ob 49, 54/95

⁴⁹⁸ § 9 Abs 1 AHG

⁴⁹⁹ OGH, 2 Ob 239/65; OGH, 1 Ob 49, 54/95

⁵⁰⁰ so auch Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 350

⁵⁰¹ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Organhaftpflichtgesetz, S 519 RZ 2

Sozialversicherungsträger, Körperschaften oder Anstalten öffentlichen Rechts⁵⁰². Als haftende Organe gelten natürliche Personen, die im Namen eines Rechtsträgers tätig waren und in Vollziehung der Gesetze gehandelt haben. Dabei müssen diese ihrem Rechtsträger einen Schaden zugefügt haben. Es reicht dabei nicht aus, dass dieser Schaden sorgfaltswidrig entstanden ist, die Person muss schuldhaft und rechtswidrig gehandelt haben. Hätte der Rechtsträger den Schaden durch ein Rechtsmittel oder eine rechtlich begründete Maßnahme abwehren können, entfällt der Ersatzanspruch. Ebenso entfällt der Ersatzanspruch, wenn das Organ aufgrund einer Weisung eines berechtigten Vorgesetzten gehandelt hat⁵⁰³.

Sollte ein Organ daher schuldhaft und rechtswidrig gehandelt haben, so ist dieses dem Rechtsträger gegenüber verpflichtet, den Schaden in Geld zu ersetzen. Die Bewertung des Schadens erfolgt nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts. Da die Person nur funktionelles Organ des Rechtsträgers sein muss, ist dieses Gesetz auch auf das Rettungspersonal anwendbar⁵⁰⁴.

War die Fehlleistung entschuldbar, so kann kein Ersatz verlangt werden. Außerdem besteht ein Mäßigungsrecht des Gerichts für den Fall, dass der Schaden aufgrund eines Versehens herbeigeführt wurde.

2.8) Haftung des Rettungsdienstes für das Verhalten des Mitarbeiters (§§ 1313a und 1315 ABGB) - Gehilfenhaftung

Für jene Bereiche, in denen das Rettungspersonal in Vollziehung der Gesetze tätig wird, kann sich ein Geschädigter weder direkt an das durchführende noch an das leitende Organ wenden. Ein Anspruch auf Schadenersatz besteht zwar subsidiär auch gegen die Organisation, diese kann sich jedoch am öffentlich-rechtlichen Rechtsträger schadlos halten.

Für das Tätigwerden der Organisation im privatwirtschaftlichen Verkehr greift das zivilrechtliche Schadenersatzrecht. Dieses begründet die Haftung des Schädigers für den von ihm zugefügten Schaden. Da im Geschäftsleben nicht nur Privatpersonen tätig werden und sich juristische Personen zum Handeln natürlicher Personen bedienen müssen, wird die Haftung für das Tätigwerden dieser Hilfskräfte auf die juristische Person erstreckt.

⁵⁰² Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 351

⁵⁰³ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 351

⁵⁰⁴ Mader, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Orangaftpflichtgesetz, S 520f

Wird daher ein Schaden durch eine Person verursacht, derer sich der Geschäftsherr zur Erfüllung seiner Verpflichtung bedient, so haftet der Geschäftsherr dem Vertragspartner gegenüber gem. § 1313a ABGB für das Verhalten seines Gehilfen⁵⁰⁵. Dieser Gehilfe wird als Erfüllungsgehilfe bezeichnet. Für den Rettungsdienst bedeutet dies, dass der Arzt oder Sanitäter die Rettungsorganisation durch sein Handeln in jenen Fällen verpflichtet, in denen er nicht in Vollziehung der Gesetze tätig ist. Diese Verpflichtung entsteht nicht ausschließlich im Rahmen der Vertragserfüllung. Bereits zum Zeitpunkt eines vorvertraglichen Schuldverhältnisses kommt es zu einer, sich direkt aus dem Gesetz ergebenden, Haftung. Die rechtliche Stellung eines Erfüllungsgehilfen entspricht jener des gesetzlichen Vertreters eines nicht voll Geschäftsfähigen⁵⁰⁶.

Veranlasst der Geschäftsherr den Eindruck, dass eine Person sein Erfüllungsgehilfe sein könnte, so besteht auch eine Haftung für das Verhalten gegenüber diesem „Anscheinserfüllungsgehilfen“⁵⁰⁷. Ob ein solcher Anschein bereits durch das Tragen einer Uniform gegeben ist, bedarf der Betrachtung im Einzelfall, wird jedoch im Grunde zu bejahen sein.

Die Grenzen der Haftung des Geschäftsherrn für seinen Erfüllungsgehilfen liegen im engen, inneren Zusammenhang mit der Vertragserfüllung. So muss der Geschäftsherr nur für jene Schäden einstehen, die dem Vertragspartner durch die Erfüllung entstanden sind. Dies sind Verletzungen der Hauptleistungspflicht, der Nebenpflichten oder der Schutzpflichten. Schäden, die nicht aus der Vertragserfüllung resultieren, fallen nicht unter den Schutzzweck des § 1313a ABGB⁵⁰⁸.

Gehilfen, die nicht aufgrund einer vertraglichen Pflicht gegenüber einem Vertragspartner, sondern vielmehr zur Besorgung irgendwelcher Angelegenheiten für den Geschäftsherrn tätig werden, nennt man Besorgungsgehilfen. Verursacht ein Besorgungsgehilfe bei einem Dritten einen Schaden, der nicht bei der Erfüllung eines Vertragszieles eingetreten ist, so ist der Geschäftsherr des Gehilfen prinzipiell für diesen Schaden nicht haftbar, es sei denn, er bedient sich eines untüchtigen oder wissentlich gefährlichen Gehilfen. Dies ist in § 1315 ABGB geregelt und soll verhindern, dass ein Geschäftsherr zur Haftung gezogen werden kann, wenn einer seiner Gehilfen aus Unachtsamkeit größere Schäden anrichtet.

⁵⁰⁵ Koziol, Grundriss Bürgerliches Recht, S 26

⁵⁰⁶ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 322f

⁵⁰⁷ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 323

⁵⁰⁸ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 323f

Ein solcher Besorgungsgehilfe ist immer dann als untüchtig anzusehen, wenn er für die Tätigkeit, zu der er herangezogen wird, nicht geeignet ist. Ein simpler Fehler, der auch einem sorgfältigen und ordentlichen Gehilfen passiert wäre, führt zu keiner Haftung des Geschäftsherrn. Zur Feststellung der Untüchtigkeit reichen mehrmaliges Fehlverhalten ebenso wie ein einmaliges schweres Vergehen⁵⁰⁹. Der Geschäftsherr muss für die richtige Beurteilung der Tauglichkeit seiner Mitarbeiter einstehen. Beurteilt er diese falsch, so haftet er auch dann, wenn er „nur“ aus Fahrlässigkeit einen unrichtigen Eindruck über die Fähigkeiten seines Mitarbeiters hatte. So hat der OGH richtig festgestellt, dass es zur Haftungs begründung für einen untüchtigen Gehilfen eben nicht der Kenntnis des Geschäftsherrn über dessen Untüchtigkeit bedarf.

Im Gegensatz dazu steht die Beurteilung der Gefährlichkeit des Mitarbeiters. Hier haftet der Geschäftsherr nur dann, wenn er um diese gewusst hat. Das Wissen um die Gefährlichkeit reicht aus, eine zusätzliche Kenntnis um die Möglichkeit eines Schadeneintritts muss nicht vorliegen. Der Geschäftsherr haftet jedoch nur für jene Schäden, die aus der speziellen Gefährlichkeit des Gehilfen resultieren⁵¹⁰. Für Gehilfen, die beispielsweise wegen einer Körperverletzung straffällig geworden sind, haftet der Geschäftsherr nicht, wenn diese einen Diebstahl begehen. Werden sie jedoch als seine Gehilfen wieder handgreiflich, so hat der Geschäftsherr für diese Schäden einzustehen.

2.9) Dienstnehmerhaftpflicht für privatwirtschaftliches Handeln

Um bei schadenverursachendem Verhalten von Hilfspersonen, welche im Rahmen der Privatwirtschaft tätig werden, ein notwendiges Maß an Sicherheit zu gewährleisten, wurde ein rechtliches Instrument, das dem AHG sehr ähnlich ist, geschaffen. Es regelt die Haftung für Schäden, die bei Ausführung von Arbeitsleistungen dem Dienstgeber oder Dritten zugefügt worden sind. Die Regelungen betreffen nur die Schlechterfüllung, umfassen jedoch keine Schäden die aufgrund von Nichterfüllung einer arbeitsvertraglichen Pflicht eintreten⁵¹¹. Für diese sind die Regelungen über die Haftung aus der Vertragspflicht anzuwenden.

Das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz (DHG) regelt nicht nur die Schadenersatzpflicht bei privatrechtlichen Arbeitsverhältnissen sondern jene aller wirtschaftlich unselbstständigen Personen. Es gilt daher für privat- und öffentlich-

⁵⁰⁹ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 324

⁵¹⁰ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 324f

⁵¹¹ Welser, Grundriss Bürgerliches Recht, S 327

rechtliche Dienstnehmer ebenso wie für Arbeiter und Angestellte⁵¹². Insofern findet es auf die Dienstnehmer in privaten Rettungsorganisationen wie auch auf jene von gemeindeeigenen Rettungsdiensten, deren Mitarbeiter zumeist Gemeindebedienstete sind, Anwendung⁵¹³. Aufgrund einer sinngemäßen Anwendung erstreckt es seinen Geltungsbereich auch auf jene, die in einem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis beschäftigt sind⁵¹⁴, also auch auf freiwillige Mitarbeiter⁵¹⁵. Ausgeschlossen sind nur hoheitlich wirkende Organe, die aufgrund des AHG und des OrgHG einer lex specialis unterstehen.

Wurde ein Schaden im Zuge einer Tätigkeit für die Rettungsorganisation verursacht und war das Organ nicht in Vollziehung der Gesetze tätig, greift das DHG.

Im DHG kommt es für den Schädiger zu einer gestuften Abschwächung der eigenen Schadenersatzpflicht. Für leichteste Fahrlässigkeit, das Gesetz spricht von entschuldbaren Fehlleistungen, haftet der Dienstnehmer nicht⁵¹⁶, für alle anderen Fehlleistungen hat das Gericht ein Mäßigungsrecht. So kann es bei leichter Fahrlässigkeit den Ersatzanspruch entweder mäßigen oder sogar zur Gänze erlassen, bei grober Fahrlässigkeit besteht nur ein Mäßigungsrecht⁵¹⁷. Eine gesetzliche Regelung, der zufolge eine Klage nur gegen den Arbeitgeber und nicht gegen den Schädiger eingebracht werden kann, existiert nicht. Somit ist der Schadenverursacher der Gefahr ausgesetzt, selbst das Verfahren führen zu müssen um sich im Anschluss an seinem Arbeitgeber schadlos zu halten⁵¹⁸.

Wird ein Dritter, also eine Partei, die nicht vom Vertrag erfasst ist, geschädigt und kommt es gegenüber dem Dienstgeber zu einer Haftung nach §§ 1313a bis 1316 ABGB, so kann der Dienstgeber den Schadenersatz immer dann nicht vom Schädiger zurückverlangen, wenn dieser durch eine entschuldbare Fehlleistung verursacht wurde⁵¹⁹, für fahrlässig herbeigeführte Schäden hat das Gericht ein Mäßigungsrecht.

⁵¹² Welsch, Grundriss Bürgerliches Recht, S 327

⁵¹³ Wachter, Schwimann ABGB Praxiskommentar, Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, S 172 RZ 4

⁵¹⁴ §1 Abs 1 DHG

⁵¹⁵ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap A.1. und F

⁵¹⁶ § 2 Abs 3 DHG; Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap F

⁵¹⁷ § 2 Abs 1 DHG

⁵¹⁸ § 3 Abs 1 – 4 DHG

⁵¹⁹ § 4 DHG

2.10) Haftung der Organisation aus Risikohaftung - Organisationsverschulden

Wie bereits erläutert ist der Rettungsdienst für Handlungen, die er nicht in Vollziehung der Gesetze setzt, als Verband zivil- und strafrechtlich haftbar⁵²⁰. Für jedes im Rahmen der Vollziehung gesetzte Handeln ist die Amtshaftungsklage das geeignete rechtliche Mittel⁵²¹. Den Urteilen des OGH folgend, der parallel eine Schadenersatzforderung nach AHG wie eine Gefährdungshaftung nach EKHG⁵²² bzw. eine Klage aus dem Behandlungsvertrag und der Amtshaftung zulässt, dürfte auch im Vollzugsbereich eine privatrechtliche Haftung der Organisation nicht gänzlich ausgeschlossen sein.

Begründet wurde dies damit, dass der Anspruch nach EKHG aus einer Gefährdungshaftung resultiert. Das AHG sichert nur Ansprüche, die sich aus dem Fehlverhalten eines Organs direkt ergeben. Treffen daher Gefährdungshaftung, wie z.B. aus dem Betrieb eines Fahrzeuges, mit der Amtshaftung aus dem Fehlverhalten des Lenkers zusammen, diese schließen sich gegenseitig nicht aus. Der OGH folgerte zudem, dass durch einen Anspruch nach dem EKHG die Amtshaftung nicht umgangen werden darf. So haftet der Halter des Kraftfahrzeuges nicht alleine für den aufgetretenen Schaden, zu seinen Lasten geht lediglich die Betriebsgefahr des Fahrzeuges. Das schadenursächliche, rechtswidrige und schuldhafte Verhalten von Organen in Besorgung von hoheitlichen Aufgaben ist weiterhin nach den Grundsätzen des AHG zu entschädigen. Somit ist der Gesamtschaden, so dieser nicht nach Handlungsschritten zu trennen ist, nach einem Verhältnismaßstab bzw. nach dem Maß des Verschuldens zu teilen⁵²³.

Da die Rettungsorganisation bei der Aufrechterhaltung des Dienstbetriebs (teilweise) privatrechtlich tätig wird, greifen bei Fehlern, die aufgrund einer mangelhaften Planung oder Kontrolle entstanden sind, die Haftungskriterien aus dem Organisationsverschulden. Unter Organisationsverschulden versteht man die Haftung einer Organisation für Schäden, die durch ihre Organe verursacht und die durch Fehler in der Planung oder Kontrolle von Arbeitsabläufen hervorgerufen oder begünstigt wurden. Die Organisation trifft daher ein Verschulden, indem sie entweder einschlägige Weisungen gegeben hat, es unterlassen hat die Tätigkeit ihrer Organe genügend zu kontrollieren, nicht ausreichend für die notwendige Ausstattung gesorgt oder Missstände nicht behoben oder unterbunden hat.

⁵²⁰ Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, Kap II.1.B.

⁵²¹ Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, Kap D.II.

⁵²² OGH, 2 Ob 239/65; OGH, 1 Ob 49, 54/95

⁵²³ OGH, 1 Ob 49, 54/95 zu § 11 Abs 1 EKHG

Es handelt sich hierbei um eine institutionelle Sorgfaltspflicht. Sie dient der Sicherstellung des Betriebes im Rahmen einer ordnungsgemäßen Rechtsform und einer sinnvollen Haushalts- und Wirtschaftsführung. Insbesondere sieht Schwamberger⁵²⁴ im Bereich der Krankenanstalten die Pflicht für einen hinreichenden Personalstand und eine ausreichende Sachausstattung Sorge zu tragen. Dies wird ungemindert auch für Rettungsorganisationen gelten.

Wird in einer Krankenanstalt die notwendige Qualitätssicherung nicht eingehalten, so ist dies als Organisationsverschulden zu werten. Auch Rettungsorganisationen haben die notwendigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen, sie haben hierzu auch den zuständigen Notarzt zu veranlassen und dessen Tätigkeit zu überwachen⁵²⁵. Ein Unterbleiben dieser Sicherungsmaßnahmen stellt für Rettungsorganisationen ein Organisationsverschulden dar.

Eine Haftung aufgrund von Organisationsverschulden trifft die Organisation auch dann, wenn der Rettungsdienst nicht jederzeit erreichbar ist⁵²⁶. Die Dienst- und Personalplanung ist daher in den Aufgabenbereich einer fachlich geeigneten Person zu legen⁵²⁷.

⁵²⁴ Schwamberger, Organisationsverantwortung und Schnittstellenmanagement, Kap. B.1. Abs 26

⁵²⁵ Schwamberger, Organisationsverantwortung und Schnittstellenmanagement, Kap. B.1. Abs 6

⁵²⁶ Schwamberger, Organisationsverantwortung und Schnittstellenmanagement, Kap. B.1. Abs 8

⁵²⁷ Schwamberger, Organisationsverantwortung und Schnittstellenmanagement, Kap. B.1. Abs 13

Abschnitt IV - Arbeitsrecht und Berufskunde

I) Allgemeines

Vor Einführung des Sanitätergesetzes waren Sanitäter als Hilfspersonal zu qualifizieren, die generell unter der Aufsicht der Ärzte standen. Dies konnte der verantwortliche Arzt der Rettungsorganisation oder der im Einsatz (gemeinsam) tätig werdende Notarzt sein. Eine freie und eigenverantwortliche Berufsausübung war nicht möglich.

Diese Situation war nicht länger mit den Aufgaben eines modernen Rettungswesens vereinbar. Daher wurde der Beruf des Sanitäters gesetzlich gänzlich neu geregelt und die eigenverantwortliche Ausübung vorgesehen. Eine freiberufliche Berufs- und Tätigkeitsausübung ist nicht vorgesehen. Mit dem Sanitätergesetz (SanG) wurden nicht nur ein neues Berufsrecht geschaffen und die Tätigkeitsfelder von Sanitätern festgesetzt, den Sanitätern wurde zudem die alleinige berufliche Zuständigkeit für das Rettungswesen übertragen. Ausgenommen davon ist nur die Tätigkeit von Notärzten. Diese sind parallel in Fällen einer notwendigen ärztlichen Intervention zuständig. Zudem ist für die Ausübung der Tätigkeit von Sanitätern deren Zugehörigkeit zu einer Rettungsorganisation Voraussetzung. In der Rettungsorganisation ist die Einrichtung eines Gruppenarztes als Kontrollorgan (nicht jedoch Weisungsorgan) zur Einhaltung medizinischer Standards verpflichtend.

II) Berufsrechte – Berufsvorbehalte

Gesundheitsberufe nehmen für sich das Recht in Anspruch, dass die Ausübung bestimmter Tätigkeiten ausschließlich durch Angehörige ihres Berufsstandes zulässig ist. Eine solche Übertragung von Kompetenzen an einen einzelnen Beruf bezeichnet man als Berufsvorbehalt.

Die Berufsrechte grenzen die Zulässigkeit bestimmter Tätigkeiten innerhalb einer Berufsgruppe ab. Arbeitsrechtliche Weisungen sind im Umfang gesetzlicher Tätigkeitsgrenzen zulässig. Müssten diese Grenzen zur Befolgung einer Weisung überschritten werden, so ist die Weisung unbeachtlich. Hingegen dürfen Weisungen des Dienstgebers Tätigkeiten einschränken, solange dies mit der Wahrung des Patientenwohls vereinbar ist. Heben Weisungen eine Schutzfunktion auf (Garantenstellung), so sind auch solche unbeachtlich.

Wurde einem Gesundheitsberuf das Recht der alleinigen Ausübung bestimmter Tätigkeiten übertragen, so dürfen diese durch keinen anderen Beruf ausgeübt werden.

Will der Gesetzgeber eine Kompetenz nicht auf einen Gesundheitsberuf beschränken, so stehen ihm mehrere Möglichkeiten zur Verfügung.

Zunächst kann er dies im Berufsgesetz jenes Gesundheitsberufes, dem eine Kompetenz übertragen werden soll, gesetzlich verankern⁵²⁸. In diesem Fall sind mehrere Berufsgruppen parallel und gleichberechtigt zur Ausübung ermächtigt, ausgenommen dies wird entsprechend beschränkt. Ohne gesonderte Regelung besteht weder ein Weisungsrecht noch eine Vorrangigkeit darüber, wer diese primär zu setzen hat.

Will der Gesetzgeber hingegen eine Kompetenz nur in Einzelfällen auf einen anderen Gesundheitsberuf übertragen, so kann er in jenem Berufsgesetz welches den Vorbehalt enthält, eine Ermächtigung zur individuellen Übertragung vorsehen. Eine solche findet sich beispielsweise im Ärztegesetz⁵²⁹, sodass ein Arzt einzelne Kompetenzen einem Gesundheitsberuf im Einzelfall übertragen kann.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass einzelne Kompetenzen im Rahmen von anderen Gesetzen übertragen werden. Hier sei insbesondere auf die Landesrettungsgesetze verwiesen, die den Gesundheitsberufen ähnlich den Krankenanstaltengesetzen weitere Aufgaben übertragen.

Es zeigt sich daher, dass nur aus der Gesamtbetrachtung aller berufsrelevanten Gesetze die exakte Ermittlung des Tätigkeitsumfangs jeder einzelnen Berufsgruppe ermöglicht wird. Die Kenntnis fundamentaler Berufsrechte und -vorbehalte ermöglicht ihrerseits erst eine sichere und kompetente Berufsausübung. Im Folgenden werden daher die wichtigsten Berufsvorbehalte der im Rettungswesen tätigen Gesundheitsberufe dargestellt und es erfolgt eine Abgrenzung zu Gesundheitsberufen, denen trotz möglicher Verbindung keine Kompetenzen im organisierten Rettungswesen übertragen wurden. Zuletzt geht es um die Klärung der Aufgabenverteilung und Verantwortung von Sanitätern und Notärzten.

1) Berufsvorbehalte der Ärzte

Das Ärztegesetz regelt den Beruf des Arztes, die Ausbildung, die Fortbildungsverpflichtung, das Standesrecht und vieles mehr. Auf andere Berufsgruppen wirkt dieses Gesetz, da in ihm der viel zitierte „Ärztdevorbehalt“ verankert ist. Dieser besagt, dass all jene Tätigkeiten, die dem Arzt zur Ausübung seines Berufes vorbehalten sind, von keinem anderen Berufsstand ausgeübt werden dürfen. Dies sind gem. § 3 Abs 4 iVm § 2 ÄrzteG all jene Tätigkeiten, die typisch für einen Arztberuf sind. Diese dürfen ausschließlich von Ärzten, die nach

⁵²⁸ Schörkl, Das Sanitätengesetz, Kap A

⁵²⁹ § 49 Abs 2 und 3 ÄrzteG

dem ÄrzteG definiert sind, ausgeübt werden. Wie Schörkl⁵³⁰ jedoch richtig festhält ist „eine rechtmäßige Ausübung ärztlicher Tätigkeit durch Nicht-Ärzte ... durch eine spezielle gesetzliche Ermächtigung ... möglich“.

1.1) Vorbehalt der Heilbehandlung

§ 2 Abs 2 Z 3 und 7 ÄrzteG regeln die Behandlung pathologischer Zustände sowie die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch diagnostischen Hilfsmitteln. Damit ist den Ärzten das umfassende Recht übertragen, medizinische Heilbehandlungen durchzuführen.

Dieser Vorbehalt ist für den Bereich der pflegerischen Heilmaßnahmen für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege durch das GuKG sowie im Umfang der Schwangerschafts- und Geburtshilfe für Hebammen durch das HebG durchbrochen. Auch das SanG überträgt Teile dieser Kompetenz, sodass Sanitäter Heilbehandlung im Umfang notwendiger notfallmedizinischer Maßnahmen sowie die dafür notwendige Diagnostik durchzuführen ermächtigt sind.

1.2) Vorbehalt von invasiven Maßnahmen/operativen Eingriffen

In § 2 Abs 2 Z 4 und 8 ÄrzteG werden grundsätzlich operative Eingriffe am Menschen sowie die Entnahme und Infusion von Blut in die ärztliche Kompetenz übertragen.

Die Berechtigung zur Entnahme von Blut wurde jedoch ebenfalls dem gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege gem. GuKG sowie einigen Medizinisch-Technischen-Diensten gem. MTD-Gesetz übertragen.

Auch die Durchführung von Operationen liegt nicht mehr in der ausschließlichen ärztlichen Kompetenz. So dürfen Hebammen gem. HebG einen Dammschnitt vornehmen und nach erfolgter Geburt wieder vernähen.

Inwieweit § 2 Abs 2 Z 4 und 8 ÄrzteG wirklich alle invasiven Maßnahmen für andere Berufe ausschließt ist fraglich. So wird sich der Umfang des Ausschlusses nur unter Heranziehung des jeweiligen Berufsrechtes erschließen. Ebenso ungeklärt ist die vom Gesetzgeber zugrundegelegte Definition des Begriffs „invasiv“. Teile der medizinischen Lehre verneinen darin jede Durchdringung einer „körperlichen Verschlusseinrichtung“ (wie Haut, Sphinkteren, Glottis, ...) zu erkennen, andere Teile sprechen erst bei Eröffnung von Körperhöhlen (Schädel, Thorax und Abdomen) von einem invasiven Eingriff.

⁵³⁰ Schörkl, Das Sanitättergesetz, Kap A

1.3) Vorbehalt der Medikation

Die rechtliche Grundlage dieses Vorbehalts wird über das alleinige Recht Heilmitteln zu verordnen sowie Heilbehandlungen durchzuführen konstruiert. Eine eigene gesetzliche Regelung existiert nicht.

Die durch das SanG und das GuKG eingeführte Erlaubnis zur Verabreichung von Notfallmedikamenten sowie die durch das HebG eingeführte Kompetenz zur Verschreibung und Verabreichung tätigkeitsrelevanter Medikamente durchbrechen den Vorbehalt des ÄrzteG vehement. Gerade die Freigabe berufsspezifischer Medikamente im HebG⁵³¹ bildet eine weitreichende Ausnahme. Diese Medikamente dienen nämlich nicht nur einer akuten Gefahrenabwehr, sie sollen vielmehr zur schnelleren Rekonvaleszenz der Wöchnerinnen verschrieben und angewendet werden. Die Hebammen sind damit die erste Berufsgruppe, die dieselben Möglichkeiten zur medikamentösen Intervention wie Ärzte übertragen erhielten.

1.4) Vorbehalt der Führung im Rettungseinsatz

Aus § 40 Abs 5 und 9 ÄrzteG ergibt sich ein medizinischer Führungsanspruch des leitenden Notarztes gegenüber Ärzten und Sanitätern, die im Falle eines Großeinsatzes beteiligt sind. Es sind jedoch nur leitende Notärzte und auch diese nur zu solchen Führungsaufgaben berufen, die aus dem Ärztegesetz abgeleitet werden könnten.

2) Berufsvorbehalte der Sanitäter

Im SanG werden die Aufgaben der Sanitäter in drei Bereiche zusammengefasst:

- qualifizierte Erste Hilfe,
- Sanitätshilfe
- Beherrschung von Rettungstechniken⁵³².

Entgegen anderen Gesundheitsberufsgesetzen spricht das SanG nicht von der ausschließlichen Übertragung an Sanitäter. Damit ist der Umfang der in den Berufsvorbehalt übertragenen Aufgaben durch Vergleich der Tätigkeitsfelder von Sanitätern mit jenen der übrigen Gesundheitsberufe zu ermitteln.

Die Erläuterungen⁵³³ führen zu den primären Aufgaben von Sanitätern aus, dass diesen insbesondere das Bergen, der situationsgerechte Transport, die Betreuung

⁵³¹ § 5 HebG

⁵³² § 8 SanG

des Patienten sowie die sanitätsdienstliche Betreuung von Veranstaltungen übertragen sind. Da weder das ÄrzteG (auch nicht im Rahmen der Ausbildung zum Notarzt) noch die anderen Berufsgesetze diese Kompetenzen in der weitest möglichen Auslegung vorsehen, sind den Sanitätern

- das Bergen,
- der situationsgerechte Transport,
- die Betreuung des Patienten sowie
- die sanitätsdienstliche Betreuung von Veranstaltungen

in ihren Berufsvorbehalt übertragen worden.

Während Bergen und Transport (gemeint ist mit einem geeigneten Rettungsmittel) in keinem anderen Berufsgesetz zu finden sind und somit einen alleinigen Berufsvorbehalt bilden, durchbrechen sowohl das ÄrzteG als auch das GuKG die Vorbehalte der Patientenbetreuung und der sanitätsdienstlichen Betreuung von Veranstaltungen. Die Patientenbetreuung umfasst sowohl psychische als medizinisch-sanitätsdienstliche Hilfe und fällt damit auch in die Kompetenz von Ärzten und Pflegepersonal. Auch die nicht näher definierte sanitätsdienstliche Betreuung wird Aufgaben umfassen, die teilweise den genannten Berufsgruppen übertragen wurden. Zudem besteht hier keine Einschränkung der Berufsausübung, da zwar eine Tätigkeit im Rettungsdienst Sanitätern und Notärzten vorbehalten, die Betreuung abseits des Rettungswesens jedoch auch anderen Berufsgruppen zugänglich ist.

3) Berufsvorbehalte der Krankenpflegeberufe

Mit Einführung des GuKG 1997 erfolgte die Trennung der Aufgaben der Pflege von jenen der Ärzte. Eine so sichergestellte Autonomie der Pflegeberufe sollte die notwendige eigenständige Entwicklung gewährleisten. Wegweisend, auch für andere Gesundheitsberufe, ist die im GuKG erfolgte Aufgliederung der Aufgaben des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in eine eigenverantwortliche, mitverantwortliche und interdisziplinäre Tätigkeit.

3.1) Vorbehalt der Krankenpflege

Der gehobene Dienst des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals ist für alle Bereiche der Pflege des Patienten alleinverantwortlich⁵³⁴. Das GuKG schließt alle anderen Berufe von der Tätigkeit aus, auch den ärztlichen Berufsstand. Was unter

⁵³³ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 8
⁵³⁴ §§ 11, 13 und 14 GuKG

dem Begriff pflegerische Maßnahmen zu verstehen ist, wurde gesetzlich nicht abschließend geregelt und ist daher auch aus dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang abzuleiten.

Zur Berührung mit dem Rettungsdienst kommt es im Rahmen der Übergabe im Spital. Häufig erfolgt die „Annahme“ des Patienten durch den gehobenen Dienst. Dabei kommt es zu einem fließenden Übergang der Sicherungspflichten.

Aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenfelder und Tätigkeitskompetenzen, welche mittels SanG und GuKG übertragen wurden, ist eine Betreuung von Patienten im Rahmen des rettungsdienstlichen Einsatzes nicht vorgesehen und verletzt zudem das Berufsrecht der Sanitäter. Eine Heranziehung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder der Pflegehilfe zur Wahrnehmung der Aufgaben des Rettungsdienstes ist somit unzulässig.

4) Berufsvorbehalte der Hebammen

Auch das HebG schließt andere Berufe von der Ausübung der den Hebammen übertragenen Aufgaben aus. Sohin darf der Beruf und die Tätigkeiten von Hebammen nur von Personen ausgeübt werden, die aufgrund des HebG dazu ermächtigt sind⁵³⁵.

4.1) Vorbehalt der Untersuchung der Schwangeren

Der Schwangerschaftsverlauf ist von der Hebamme zu untersuchen und zu kontrollieren⁵³⁶. Verläuft die Schwangerschaft normal, so sind diese Untersuchungen ausreichend und es muss kein Arzt hinzugezogen werden, bei Komplikationen ist jedoch ein solcher zu kontaktieren⁵³⁷.

4.2) Vorbehalt der Leitung und Vorbereitung der Geburt

Die Spontangeburt einschließlich eines Dammschutzes oder, sofern erforderlich, auch die Durchführung eines Scheidendammschnittes ist von der Hebamme in eigenverantwortlicher Tätigkeit durchzuführen⁵³⁸. Die Beiziehung eines Arztes ist nicht erforderlich.

⁵³⁵ § 1 Abs 1 HebG

⁵³⁶ § 2 Abs 2 Z 2, 3 und 5 sowie § 4 HebG

⁵³⁷ § 2 Abs 2 Z 7 HebG

⁵³⁸ § 2 Abs 2 Z 6 HebG

III) Sanitäter

Mit 1. Juli 2002 trat das Sanitätergesetz, oder wie es vollständig heißt „*Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter*“ in Kraft. Die Bezeichnungen „Tätigkeiten“ und „Beruf“ sollen verdeutlichen, dass jede Ausübung der Aufgaben von Sanitätern nur auf Grundlage dieses Gesetzes zulässig ist. Dies ist unabhängig davon, ob er diese im Rahmen einer Freiwilligentätigkeit, eines Zivildienstes oder eines Arbeitsverhältnisses ausübt. Es dürfen vom Sanitäter keine Tätigkeiten durchgeführt werden, die im SanG keine Deckung finden⁵³⁹. Umgekehrt hat der Sanitäter alle nach diesem Gesetz geregelten Berufskennnisse zu beherrschen und gegebenenfalls auch anzuwenden.

Vor Beschluss dieses Gesetzes wurde die Tätigkeit des Sanitäters als Teil des MTF-SHD-G⁵⁴⁰ geregelt, dieses entsprach jedoch nicht mehr den Anforderungen der Praxis⁵⁴¹. So war es nicht zuletzt aufgrund der „*sprunghaften Entwicklung der Notfall- und Katastrophenmedizin*“ sowie der „*rasanten und bedeutsamen Wandlung*“ des Tätigkeitsfeldes nicht mehr zeitgemäß⁵⁴². Die darin geregelte Tätigkeit des Sanitätspersonals war als Hilfstätigkeit ausgerichtet und insofern keinen umfassenden Regelungen unterworfen. Weitgehend wurden die Aufgaben der Sanitäter daher anhand von Dienstweisungen, Ausbildungsrichtlinien und Tätigkeitsumschreibungen geregelt, die innerhalb der jeweiligen Organisation festgelegt wurden oder teilweise in Landesgesetzen ihren Niederschlag fanden.

Unbestritten war bereits zu Zeiten des MTF-SHD-G, dass in den Aufgabenbereich der Sanitätshilfe alle Erste Hilfe Maßnahmen fallen, die langläufig typisch für einen Rettungsdienst sind⁵⁴³ und jedenfalls über Erste Hilfe Maßnahmen eines Laien hinausreichen.

Das Sanitätergesetz regelt nunmehr die Ausbildung und Ausübung des Berufes von Sanitätern sowie die damit verbundenen Kompetenzen. Durch dieses wurde nicht nur die relative Rechtsunsicherheit des MTF-SHD-G beseitigt, es wurden dem Sanitäter Aufgaben in Form einer eigenverantwortlichen Tätigkeit übertragen und somit ein selbstständiger Beruf geschaffen.

Die beträchtliche Regelungstiefe einiger Bereiche des SanG, durch die eine möglichst exakte Abgrenzung der Tätigkeitsfelder von Sanitätern von jenen der Notärzte erreicht

⁵³⁹ § 1 Abs 2 iVm § 22 SanG

⁵⁴⁰ Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, BGBl 102/1961

⁵⁴¹ Vorblatt zu den Erläuterungen zum SanG

⁵⁴² Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.1. 1. Abs, S 55

⁵⁴³ Schörkl, Das Sanitätergesetz, Kap A

werden sollte, führte zu einer relativen Erstarrung des Systems sowie dazu, dass Teile des Gesetzes nur schwer mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft in Einklang zu bringen sind. Hingegen wurden wichtige Bereiche nicht geregelt und sind nur durch exzessive Gesetzesinterpretation zu erschließen. Das Gesetz ist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen den betroffenen Berufsgruppen, Organisationen und Bundesländern. Als solches stellt es einen Kompromiss dar, der die Beteiligten befriedigt, jedoch ein unbefriedigendes Ergebnis in der Versorgungsqualität bietet⁵⁴⁴.

1) Rettungstätigkeit als Heilbehandlung

Will man die Tätigkeit von Sanitätern näher erörtern, so ist vorab die Frage zu klären, ob ihre Aufgabenwahrnehmung eine Heilbehandlung darstellt und der Beruf somit als Heilberuf einzustufen ist. Alternativ dazu wäre eine Einstufung als Pflegeberuf oder ein Beruf sui generis denkbar. Da Sanitäter vorrangig am Patienten selbst tätig werden, ist eine Einstufung als medizinisch-technischer Beruf auszuschließen.

Die Durchführung von Heilbehandlungen ist aufgrund des Ärztegesetzes grundsätzlich den Ärzten vorbehalten, kann jedoch durch (Berufs-)Gesetze auch anderen Gesundheitsberufe übertragen werden. So wurden zahlreiche Kompetenzen der Heilbehandlung beispielsweise an die Krankenpflege (GuKG) oder die Hebammen (HebG) übertragen, wie z.B. die Dekubitusbehandlung in der Krankenpflege unter Zuhilfenahme aller pflegetherapeutischer Hilfsmittel wie spezieller Verbände, Salben udgl. oder die Verabreichung von berufsspezifischen Medikamenten durch Hebammen.

Bertel⁵⁴⁵ bezeichnet als Heilbehandlung iS des § 110 StGB Tätigkeiten, die medizinisch indiziert sind, dh ein nach den Erkenntnissen der Medizin vertretbares Mittel darstellen, Krankheiten festzustellen, Krankheiten, Gebrechen, Beschwerden zu heilen oder zu lindern oder die Leistungsfähigkeit des Organismus zu steigern. Da in dieser kurzen und leicht überschaubaren Definition alle wichtigen Elemente enthalten sind, die eine Heilbehandlung charakterisieren, kann diese Definition auch außerhalb ihrer strafrechtlichen Bedeutung zur Wertung herangezogen werden. Es ist für die Einordnung einer Tätigkeit als Heilbehandlung sohin nicht von Relevanz, ob diese als Berufsvorbehalt definiert wurde. Vielmehr muss die Tätigkeit geeignet sein, einen Krankheitszustand zu behandeln (Indikation), ein medizinisch anerkanntes Mittel darstellen (eben eine

⁵⁴⁴ Gottwald, Rechtskonflikte innerhalb der Gesundheitsberufe, S 54, Kap IV.4.

⁵⁴⁵ Bertel, Wiener Kommentar zum StGB - § 110, RZ 2

lege artis Behandlung) und der Diagnose, Heilung oder Linderung (Therapie) dienen.

Betrachtet man die Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen, so zeigt sich eine deutliche Überschneidung der Kompetenzen und Aufgabengebiete. Bernat sieht in den übergreifenden Tätigkeiten, die im Bereich der medizinischen Versorgung vorherrschen, eine nach „*interdisziplinärer Orientierung charakterisierte Vernetzung*“ der Aufgaben und Kompetenzen⁵⁴⁶. Dennoch vollzog der Gesetzgeber im Rahmen des GuKG eine strikte Trennung zwischen den Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege einerseits von jenen der Ärzte andererseits. Betrachtet man die Berufsgesetze dieser beiden Gesundheitsberufe, so finden sich folgende Zuständigkeiten:

Die Krankenpflegeberufe definieren ihre Tätigkeit folgendermaßen: *„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten.“*⁵⁴⁷ *„Er umfaßt die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerkranker und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.“*⁵⁴⁸ *„Die ... angeführten Tätigkeiten beinhalten auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Verrichtungen auf ärztliche Anordnung.“*⁵⁴⁹ Unter eigenverantwortlichen Tätigkeiten sieht das Gesetz für den Pflegebereich u.a. vor: *„Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung, Durchführung der Pflegemaßnahmen, Pflegeevaluation, Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, psychosoziale Betreuung, Dokumentation des Pflegeprozesses, Organisation der Pflege, Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals, Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung, Mitwirkung an der Pflegeforschung.“*⁵⁵⁰

⁵⁴⁶ Bernat, Der didaktische Beitrag, Kap 1.

⁵⁴⁷ § 11 Abs 1 GuKG

⁵⁴⁸ § 11 Abs 2 GuKG

⁵⁴⁹ § 11 Abs 3 GuKG

⁵⁵⁰ § 14 Abs 2 Z 1-12 GuKG

Das Ärztegesetz umschreibt die Tätigkeitsfelder des Arztes wie folgt: „Der Arzt ist zur Ausübung der Medizin berufen.⁵⁵¹“, „Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfaßt jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird ...⁵⁵²“. Unter den letztgenannten Tätigkeiten versteht der Gesetzgeber insbesondere: „die Untersuchung auf das Vorliegen oder Nichtvorliegen von körperlichen und psychischen Krankheiten oder Störungen, von Behinderungen oder Missbildungen und Anomalien die krankhafter Natur sind, die Beurteilung von ... angeführten Zuständen bei Verwendung medizinisch-diagnostischer Hilfsmittel, die Behandlung solcher Zustände, die Vornahme operativer Eingriffe einschließlich der Entnahme oder Infusion von Blut, die Vorbeugung von Erkrankungen, die Geburtshilfe sowie die Anwendung von Maßnahmen der medizinischen Fortpflanzungshilfe, die Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen und medizinisch diagnostischen Hilfsmitteln, die Vornahme von Leichenöffnungen.⁵⁵³“

Es zeigt sich, dass beiden Berufsgruppen gemeinsame Aufgaben, wie beispielsweise die Verhinderung von Erkrankungen oder die Gesundheitsvorsorge, übertragen worden sind. Wer nun jeweils die Verantwortung trägt, wie zum Beispiel über eine gesundheitsvorsorgende Maßnahme, hängt von der Bewertung des Einzelfalls ab. So kann diese, wenn sie im Zusammenhang mit einer ärztlichen Therapie steht, in die Aufgabe der Ärzte fallen. Wenn die Gesundheitsförderung hingegen Teil einer Pflegebetreuung ist, wie beispielsweise in Pflegeheimen, so werden idente Maßnahmen in die Kompetenz des gehobenen Dienstes fallen.

Trotz dieser Überschneidungen und gleichartigen Aufgaben ist die strikte Trennung zwischen ärztlicher Heilbehandlung und Krankenpflege zu beachten. Diese sich aus dem Wortlaut der Berufsgesetze ergebende und auch in der Praxis verwirklichte Trennung stellt ein wichtiges Bewertungskriterium dar, wenn es um die Frage geht, ob ein Gesundheitsberuf als Heilberuf zu qualifizieren ist. Eine Tätigkeit ist daher entweder als den Aufgaben der Ärzte nahe stehend – sohin als Heilbehandlung – oder der Krankenpflege entsprechend – sohin als Pflege – zu bewerten.

⁵⁵¹ § 2 Abs 1 ÄrzteG

⁵⁵² § 2 Abs 2 ÄrzteG

⁵⁵³ § 2 Abs 2 Z 1-8 ÄrzteG

Als weiteres, wenn auch untergeordnetes Kriterium kann die Zielsetzung und Dauer der Tätigkeit herangezogen werden. Während eine ärztliche Tätigkeit typisch auf kurz- bis mittellange Behandlungen ausgerichtet ist und eine Heilung oder zumindest Besserung des Zustandes bezweckt, sind Pflegemaßnahmen grundsätzlich auf längere Dauer und ohne unmittelbare Heilungsabsicht ausgelegt.

Soll festgestellt werden, ob Sanitäter einen Heilberuf ausüben, so ist bei der Beurteilung der Tätigkeiten auf die dargestellten Unterscheidungskriterien abzustellen. Die Ansicht, dass nur Tätigkeiten die den Ärzten vorbehalten sind einen Heilberuf begründen, wird aufgrund der Neugestaltung der Berufsgesetze nicht haltbar sein. Es wäre ansonsten unverständlich und irreführend, wenn der Gesetzgeber Berufe wie den Heilmasseur⁵⁵⁴ schafft, Heilbehandlungen jedoch ausschließlich Ärzten vorbehält.

Im Rettungswesen wurde im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Sanitätern bislang nicht von einer medizinischen Heilbehandlung oder gar einem Heilberuf gesprochen. Dies war bis zur Einführung des SanG durchaus vertretbar, zählte dieser Beruf damals zu den ärztlichen Hilfsberufen nach dem MTF/SHD-Gesetz⁵⁵⁵. Mit Inkrafttreten des SanG wurden dem Sanitäter eigenverantwortliche und selbstständig einzuleitende Aufgaben übertragen, die nicht nur eine Heilbehandlung i.S.d. StGB darstellen, sondern auch der Ausübung eines Heilberufes entsprechen.

Die primäre Aufgabe des Rettungsdienstes ist die Herstellung der Transportfähigkeit und der Transport des Patienten in das nächstgelegene qualifizierte Spital. Zudem hat der Sanitäter die Vitalfunktionen zu überwachen und gegebenenfalls wiederherzustellen.

Das Rettungswesen ist in hohem Maße vom Zeitfaktor abhängig. Ist eine ärztliche Versorgung von einer eher kurzen Zeit des Kontakts zwischen behandelndem Arzt und Patient gekennzeichnet, so zeigt sich dies auch im Rettungsdienst. Die schnelle Diagnosestellung verbunden mit einer raschen Einleitung einer ersten Therapie ist auch aus der Notfallmedizin bekannt.

Zum Unterschied zur ärztlichen Heilkunst, jedoch übereinstimmend mit den Grundlagen der Notfallmedizin, unternehmen Sanitäter im Rettungsdienst nur in seltenen Fällen den Versuch einer Ursachenbeseitigung sondern führen zumeist

⁵⁵⁴ BGBl 169/02

⁵⁵⁵ Gottwald, Rechtskonflikte innerhalb der Gesundheitsberufe, S 54, Kap I.3.B.

eine teils lebenserhaltende, teils symptomatische Behandlung durch. Dies fordert auch das SanG, das keine Berechtigung zur therapeutischen Endversorgung vorsieht, sondern primär auf einen Transport in ein Spital abzielt. Dem entgegen steht lediglich eine Belassung von Patienten, welche aufgrund der durchgeführten Untersuchungen und gestellten Diagnosen nicht als Notfallpatienten einzustufen sind und daher vom Sanitäter weder versorgt noch in eine hospitale Versorgung übergeführt werden.

Die Tätigkeit der Sanitäter im Rettungsdienst kann also als notfallmedizinische Heilbehandlung gewertet werden. Sogar in Bereichen, in denen typische sanitätstechnische Tätigkeiten ausgeübt werden, wie beispielsweise das Ruhigstellen von Frakturen, stellt dies eine ebenso typische Heilbehandlung dar. Betrachtet man die Handlungen der Sanitäter am Patienten, so zeigt sich, dass diese auf die Linderung von Leid oder Verminderung von Schmerz, die Wiederherstellung der Vitalfunktionen oder die Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit abzielen, daher eine Heilbehandlungen darstellen.

Berücksichtigt man zudem die Versorgungskette vom Rettungseinsatz bis zur Endversorgung im Spital, so wird die Aufgabe des Rettungspersonals als direkte und unmittelbare Vorstufe zur medizinisch-ärztlichen Behandlung gesehen werden müssen. Im Sinne einer Aufgabenteilung, wie sie in einer arbeitsteiligen Gesellschaft üblich ist, ist eine Funktion innerhalb dieser Struktur nur dann als nicht zu den anderen Zugehörig anzusehen, wenn sie getrennte Interessen und Funktionen verfolgt und losgelöst betrachtet werden kann. Die Aufgaben der Sanitäter in der Versorgungskette sind eng mit jenen der Ärzte verbunden. Nicht zuletzt schreibt das SanG vor, dass die Notfallkompetenzen gerade dazu geschaffen wurden, um einen möglichst frühen Therapiebeginn (die dann im Spital fortzusetzen ist) zu gewährleisten. Sohin hat der Sanitäter die hospitale Therapie einzuleiten und ist das Erste Glied in der Gesamtversorgungskette. Zusätzlich sind die vom Sanitäter gestellten Diagnosen Grundlage der Zuweisung in die Spitalsabteilung, begründen die Dringlichkeit der Behandlung und stellen den Ausgangspunkt der Spitalsuntersuchungen dar.

Der Sanitäter ist daher Teil des medizinischen Versorgungssystems und seine Tätigkeit ist nahe den Aufgaben der Notfallmediziner einzureihen. Aufgrund seiner Kompetenzen und Tätigkeiten ist der Sanitäter daher als Heilberuf zu qualifizieren.

2) Zulassung zum Beruf des Sanitäters

Im SanG⁵⁵⁶ wird zwischen einem „Beruf“ und der „Tätigkeit“ als Sanitäter unterschieden, wobei zu letzterer Gruppe jene zu zählen sind, die nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen, daher freiwillige Sanitäter oder Zivildienstler sind. Ausbildungstechnisch unterscheiden sich die Gruppen nur durch ein Berufsmodul, das jene Sanitäter zu absolvieren haben, die eine berufliche Ausübung beabsichtigen.

Die Tätigkeit ist von einer erfolgreich absolvierten Prüfung zum Rettungssanitäter oder einer höherwertigen Qualifikation abhängig. Zusätzlich müssen die notwendigen Fortbildungsstunden sowie die Rezertifizierung in dem hierfür vorgesehenen Zeitrahmen erbracht werden. Liegen diese Voraussetzungen vor, so ist die fachliche Qualifikation erbracht⁵⁵⁷. Können die notwendigen Fortbildungsstunden oder die Rezertifizierung nicht nachgewiesen werden, so ruht die Berechtigung, der Sanitäter kann bis zur Erbringung nicht mehr eingesetzt werden und ist aus dem Dienstbetrieb zu entfernen.

Zur fachlichen Eignung werden auch persönliche Voraussetzungen vorgeschrieben⁵⁵⁸. So hat der Sanitäter nicht nur eigenberechtigt zu sein, sondern auch über eine ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache zu verfügen sowie die notwendige geistige Eignung mitzubringen. Die geistige Eignung umfasst dabei nicht nur intellektuelle Fähigkeiten sondern auch die notwendige geistige Stabilität. Ein Sanitäter muss daher in der Lage sein, für seine „Psychohygiene“ Sorge tragen zu können⁵⁵⁹.

Des Weiteren hat der Sanitäter über die notwendige körperliche Eignung zu verfügen⁵⁶⁰. Diese körperliche Eignung ist tätigkeitsrelevant zu beurteilen. Sind Sanitäter im Notarzt- und im Rettungsbetrieb tätig, so sind an ihre körperliche Fitness andere Maßstäbe zu setzen als beispielsweise im Ambulanz- oder Krankentransportdienst. Eine körperliche Einschränkung führt somit nicht automatisch zum Verlust der Berufsberechtigung, sondern vielmehr zu einer Reduzierung der Einsatzfähigkeit⁵⁶¹. Nur ein völliger Wegfall der notwendigen körperlichen Voraussetzungen ist mit einem Verlust der Berechtigung verbunden.

⁵⁵⁶ § 14 Abs 1 SanG

⁵⁵⁷ §§ 14 Abs 2 und 3, 16 Abs 1 Z 4-6 SanG

⁵⁵⁸ § 16 SanG

⁵⁵⁹ Erläuterungen SANG, Besonderer Teil, zu Art I § 16

⁵⁶⁰ § 16 Abs 1 Z 1-3 SanG

⁵⁶¹ Erläuterungen SANG, Besonderer Teil, zu Art I § 16

Der Sanitäter muss vertrauenswürdig sein, es dürfen daher keine offenen Freiheitsstrafen aus einem Vorsatzdelikt vorliegen. Bereits getilgte Freiheitsstrafen widersprechen nur dann der Vertrauenswürdigkeit, wenn aus der Art der strafbaren Handlung und der Persönlichkeit des Täters eine Wiederbegehung im Zuge seiner Tätigkeit zu befürchten ist⁵⁶². Beachtlich ist in diesem Zusammenhang, dass gesetzlich nur Vorsatzdelikte eine Zulassung zur Ausbildung und Tätigkeit des Sanitäters verhindern. Fahrlässigkeitsdelikte sind unabhängig von Delikt und Verschuldensgrad kein Grund für eine Ablehnung. Jedoch wird die Aufnahme von Sanitätern auch mit einschlägigen Fahrlässigkeitsdelikten für die Rettungsorganisation ein Auswahlverschulden darstellen.

Für Personen mit ausländischen „Sanitäter-Zeugnissen“ existieren umfangreiche, im Zusammenhang mit dieser Arbeit nicht zu erörternde Anerkennungs- und Anrechnungsregeln⁵⁶³. Zudem ist, wie bereits erörtert, die deutsche Sprache im erforderlichen Ausmaß zu beherrschen⁵⁶⁴.

3) Aufsichtsunterworfenheit und Eigenverantwortung (§ 23 SanG)

§ 23 SanG regelt, dass Sanitäter nur in Einrichtungen tätig werden dürfen, die unter der Aufsicht eines Notarztes oder eines fachlich geeigneten Arztes mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufserfahrung stehen. Auf diese Weise beabsichtigt der Gesetzgeber die Sicherstellung einer Rückkoppelung des Sanitätsdienstes mit den Ärzten⁵⁶⁵. Ziel ist die Gewährleistung einer entsprechenden Qualitätssicherung sowie die Ergänzung und Überschneidung der Aufgaben durch Anpassung der Versorgungsweisen. Diese Aufsicht geht jedoch zu Lasten der Trennung der Berufe. So hat der Gesetzgeber zwar die Aufgaben im Rettungswesen sowohl Sanitätern als auch Ärzten in die jeweils eigenverantwortliche Wahrnehmung übertragen, in Fragen der Qualitätssicherung hingegen durch Einführung dieser „Rückkoppelung“ die Trennung außer Acht gelassen.

Dieses Aufsichtsrecht darf daher nicht zur Unterordnung der Sanitäter unter die Ärzte führen, da einer solchen schon die Wahrnehmung der sich überschneidenden und ineinandergreifenden Aufgaben entgegen steht. Die Schaffung eigenverantwortlicher und eigenständiger Gesundheitsberufe mit sich

⁵⁶² § 16 Abs 2 SanG

⁵⁶³ §§ 18-21 SanG

⁵⁶⁴ § 16 SanG

⁵⁶⁵ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 23 Abs 2

überschneidenden Aufgaben wurde bereits in anderen Berufsgesetzen, wie z.B. im GuKG, umgesetzt. Auch das SanG verdeutlicht, in Übereinstimmung mit den Aufgaben der Notärzte, dass Sanitäter nicht den Ärzten unterstellt sind und aufgrund der weitläufig unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen dies auch fachlich nicht möglich ist. Zwar kommt es, im Sinne einer kontinuierlichen und effektiven Patientenversorgung zu Überschneidungen in den Aufgaben, dennoch regeln ÄrzteG und SanG die Zuständigkeiten derart, dass eine ausschließliche Übertragung auf jeweils eine dieser beiden Berufsgruppen möglich ist.

Es wäre sohin konsequent, auch die Qualitätssicherung über weite Bereiche den Sanitätern zu übertragen. Zur „Rückkoppelung“ hätte eine interdisziplinäre Qualitätssicherung im rein medizinischen Bereich ausgereicht. Dieser hätte man ggf. auch Kompetenzen in Fragen der Schulung oder Freigabe von Medizinprodukten übertragen können. Eine kooperative Aufsicht erweist sich als besser geeignet, den gewünschten Effekt einer Rückkoppelung zu bewirken und verhindert einen scheinbaren Führungsanspruch der Ärzteschaft. Mit § 23 SanG wurden zudem aufsichtsbefugte Ärzte ermächtigt, Bereiche zu überwachen, die diesen durch ihr Berufsgesetz nicht übertragen und durch die sonstigen Bestimmungen des SanG sogar entzogen wurden. Hier sind insbesondere die Ausstattung der Fahrzeuge oder die Anschaffung von Bergematerial zu nennen. Ausführlicheres über die betreffenden Zuständigkeiten folgt.

3.1) Verfassungsrechtliches Problem der Aufsichtspflicht

Aufgrund der Kompetenzverteilung der Gesetzgebung muss § 23 SanG hinsichtlich seiner verfassungsrechtlichen Konformität in Frage gestellt werden. Wie in Abschnitt I ausgeführt, ist das Rettungswesen in Gesetzgebung Landeskompetenz. Insbesondere Regelungen zur Struktur und Kontrolle von Rettungsorganisationen fallen hier herein.

§ 23 SanG regelt, dass Sanitäter nur in Rettungsorganisationen tätig werden dürfen, die unter Aufsicht eines Arztes stehen. Damit wird vom Bundesgesetzgeber in die Gesetzgebungskompetenz der Länder eingegriffen. Da kein Übereinkommen zwischen Bund und Ländern zur Übertragung dieser Kompetenz geschlossen wurde, hat der Bundesgesetzgeber seine Kompetenz überschritten. Soll dies nicht zur gänzlichen Unwirksamkeit des § 23 SanG führen, muss dieser verfassungskonform ausgelegt werden. Sohin ist der Umfang der Aufsicht durch den Arzt eng auszulegen. Es wird daher zwar das Recht der Kontrolle über die medizinisch-wissenschaftliche Arbeitsweise und der Beratung der Organisation bei Missständen als übertragen anzusehen sein, auch das Recht

entsprechende Missstände den zuständigen Kontrollorganen zu melden, ein Weisungsrecht oder gar eine gesetzliche Stellung als „Organ“ der Organisation wird aus dieser Bestimmung nicht abgeleitet werden dürfen. Auch wird der Arzt kein Recht auf Kontrolle der rein rettungstechnischen Angelegenheiten, der sanitätstechnischen Anschaffungen oder der organisatorischen Strukturen haben, sofern es nicht unmittelbar die medizinische Arbeit betrifft.

Da diese Einschränkung nicht im Einklang mit dem aus der Gesamtbetrachtung der Bestimmung hervorgehenden Willen des Gesetzgebers steht, wird eine derartige teleologische Reduktion kein geeignetes Mittel darstellen. Vielmehr wäre § 23 SanG entweder im Sinne einer Verfassungskonformität derart abzuändern, dass nicht in die Rechte der Landesgesetzgeber eingegriffen wird, z.B. indem die Aufsichtsrechte auf einzelne Aufgaben fokussiert werden, oder diese Bestimmung wegen Verfassungswidrigkeit aufzuheben.

4) Einrichtungen, für die Sanitäter tätig werden dürfen (§ 23 SanG)

Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsberufen ist es Sanitätern nicht gestattet freiberuflich tätig zu werden. Zudem dürfen Beruf und Tätigkeit des Sanitäters nur in Einrichtungen, die unter ärztlicher Aufsicht stehen, ausgeübt werden. Als solche nennt das Gesetz die bekannten großen Rettungsorganisationen⁵⁶⁶ sowie Einrichtungen der Gebietskörperschaften⁵⁶⁷ und des Bundesheeres. Weiters besteht die Möglichkeit eine „sonstige Einrichtung“ zu errichten, unter diesem Begriff werden Sanitätsstationen von Großbetrieben oder der gewerbliche Krankentransport erfasst⁵⁶⁸.

Durch diese restriktive Regelung bleibt es Unternehmen verwehrt, eigene Sanitätsstellen einzurichten. Zwar bestünde die Möglichkeit solche als „sonstige Einrichtungen“ zu errichten, dies stellt für einen kleinen bis mittleren Betrieb eine derartige finanzielle Belastung dar, dass dies nicht wirtschaftlich ist. So ist gerade die Verpflichtung von Betrieben zur Errichtung eines Sanitätsraumes positiv zu werten, führt doch gerade ein solcher zu einer wesentlichen Erhöhung der Versorgungsqualität im Falle eines Unfalls. Hingegen erscheint es geradezu systemwidrig, verweigert man nun einem solchen Unternehmen die Erhöhung der Versorgungsqualität und Sicherung seiner Mitarbeiter durch das Verbot, für diese Sanitätsstellen Sanitäter zu beschäftigen.

⁵⁶⁶ Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfall-Hilfe, Malteser Hospitaldienst und Rotes Kreuz

⁵⁶⁷ Bundespolizei, Justizanstalten sowie Krankenanstalten

⁵⁶⁸ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 23 Abs 1

4.1) Sonstige Einrichtungen

In Betrieben eines gewissen Umfangs oder mit gewissem Gefahrenpotential sind (Freiwillige) Feuerwehren einzurichten. Hier zeigen sich Parallelen zu Sanitätsdienststellen in Großbetrieben oder in solchen mit einer erhöhten Verletzungsgefahr.

Betriebsfeuerwehren können durch landesgesetzliche Bestimmung zur allgemeinen Sicherheitsleistung, also zu Brand- und anderen Feuerwehreinsätzen herangezogen werden. Ähnliches wäre auch im Sanitätswesen denkbar und sinnvoll. Ein derartiges System ist teilweise in Form eines Alarmierungssystems für medizinische Notfälle bei Gemeindeärzten eingerichtet. Das SanG beschränkt jedoch die Tätigkeit von Sanitätern auf Einrichtungen, die unter Aufsicht eines Arztes stehen. Dies ist unabhängig davon, ob es sich um einen Rettungsdienst oder die Sanitätsstation eines Unternehmens handelt. Das stellt, neben den bereits dargestellten verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich dieser Regelung, auch aus arbeitsrechtlicher Sicht keine geglückte Lösung dar. Gerade in kleinen Handwerksbetrieben besteht oftmals ein hohes berufsbedingtes Verletzungsrisiko. Die Einrichtung einer mit einem Sanitäter besetzten Sanitätsstelle wird diesen jedoch verwehrt bleiben, da sie zur Errichtung einer „sonstigen Einrichtung“, die das SanG vorsieht, weder eine ausreichend große Zahl an Arbeitnehmern beschäftigen, noch die finanziellen Mittel aufbringen können um sich die geforderte ärztliche Aufsicht leisten zu können. Der Gesetzgeber hat sohin so die Möglichkeit verwehrt, sinnvolle und leistbare Einrichtungen für Arbeitnehmer zu schaffen. Während nämlich Kosten für Ärzte jedenfalls anfielen, kämen jene für Sanitäter günstiger, außerdem sind oftmals „freiwillig“ tätige Sanitäter ohnehin in einem Betrieb beschäftigt. Diese könnten beispielsweise durch Zulagen begünstigt werden und so kostensparend eine qualifizierte Erstversorgung gewährleisten.

Zudem kann ein Arbeitgeber die Einrichtung einer Sanitätsstelle mit interessanten rechtlichen Folgen umgehen. Beschäftigt dieser nämlich einen Sanitäter im Rahmen seines Zivilberufs (also nicht als beruflichen Sanitäter), so hat dieser im Falle der Verletzung eines Mitarbeiters schon aufgrund seiner gesetzlichen Verpflichtung tätig zu werden. Diese Tätigkeit erfolgt dann jedoch im Namen und Haftungsrisiko der Gemeinde, für die seine Rettungsorganisation tätig ist bzw. im Namen und Haftungsrisiko der Gemeinde, in der der Betrieb seinen Sitz hat. Dies ergibt sich aus der Haftung der Gemeinde für das hoheitliche Handeln ihres sich dann „in Dienst setzenden“ Sanitäters. Auf diese Weise bestehen zwar

Haftungsansprüche gegen den Arbeitgeber aus dem Organisationsverschulden, dieser haftet jedoch im Falle von Schadenersatzansprüchen aufgrund der Hilfeleistung nicht selbst. Dies ist nicht Ziel des Gesetzgebers, eine entsprechende Vorgehensweise eines Arbeitgebers ist jedoch zulässig. Auch aus diesem Grund ist § 23 SanG de lege ferenda zu ändern.

5) Typen von Sanitätern

Das Sanitätergesetz unterscheidet zwischen zwei Gruppen, den Rettungs-⁵⁶⁹ (Abk. RS) und den Notfallsanitätern⁵⁷⁰ (Abk. NFS). Beide werden, so sie nicht unterschieden werden müssen, als Sanitäter⁵⁷¹ bezeichnet.

Nach Absolvierung der Ausbildung zum Notfallsanitäter besteht die Möglichkeit, die Kompetenzen durch drei aufeinander aufbauende Lehrgänge zu erweitern. Ein NFS kann zunächst die Notfallkompetenz Arzneimittel (NKA), welche zur eigenverantwortlichen Veranlassung und Durchführung einer (erweiterten) medikamentösen Therapie anhand einer Arzneimittelliste berechtigt, erwerben. Aufbauend darauf kann die Notfallkompetenz Venenzugang (NKV) erworben werden, welche die Sicherung eines venösen Gefäßzugangs sowie die Applikation von kristalloiden Infusionslösungen umfasst. Zuletzt wurde die Notfallkompetenz Intubation (NKI), geschaffen, welche die Sicherung eines endotrachealen Zugangs und die Beatmung des Patienten über diesen beinhaltet.

5.1) Berufs- und Bezeichnungsschutz

Seit Inkrafttreten des SanG ist die Berufsbezeichnung „Sanitäter“ geschützt. Niemand, der die Voraussetzungen des SanG nicht erfüllt, darf sich nunmehr Sanitäter nennen⁵⁷². Auch in Verbindung mit anderen Worten ist die Bezeichnung Sanitäter nicht mehr zulässig. Zu nennen wären in diesem Zusammenhang beispielsweise „Feuerwehrsanitäter“. Da viele Feuerwehrsanitäter nicht über die notwendige Ausbildung verfügen und die Feuerwehr zumeist keine Rettungsorganisation gem. § 23 SanG darstellt, ist die Führung dieser Bezeichnung sowie eine Tätigkeitsausübung nicht nur irreführend, sondern rechtswidrig. Für die Tätigkeit der Feuerwehr, in Bezug auf ihre spezifischen Rettungs- und Bergungsaufgaben, kommt die Legitimation aus der allgemeinen Aufgabenstellung, ohne die Beziehung von „Feuerwehrsanitätern“. Die

⁵⁶⁹ § 1 Abs 1 Z 1 SanG

⁵⁷⁰ § 1 Abs 1 Z 2 SanG

⁵⁷¹ § 1 Abs 1 SanG

⁵⁷² § 22 iVm §8 SanG; Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 1 letzter Absatz und zu Art I § 8
Wien den 25.01.2009

zuständigen Behörden haben daher der Führung dieser Bezeichnung entgegenzuwirken. Somit wären auch Kurse zu untersagen, die „Feuerwehrsaniäter“ ausbilden, ist doch gem. SanG die Ausbildung zum Saniäter nur nach Maßgabe und im Umfang des SanG zulässig. Sollten Feuerwehren sowohl die Ausbildung als auch die notwendige Struktur und Zulassung gem. SanG aufweisen, so wäre die Bezeichnung „Feuerwehrsaniäter“ dennoch nicht zulässig, sondern nur „Notfallsaniäter“ oder einfach „Saniäter“.

Für den Einzelnen kann das Tätigwerden als „Feuerwehrsaniäter“ zudem haftungsrechtliche Risiken mit sich bringen. Da diese gegenüber Dritten den Eindruck eines „regulären“ Saniäters erwecken, ist ihrem Handeln der Sorgfaltsmaßstab von Saniätern nach dem SanG mit den diesbezüglich strengen Haftungsmaßstäben zugrunde zu legen.

Höhlen-, Wasser-, Pisten-, und Bergrettung sowie Feuerwehr sind nur solange vom Geltungsbereich des SanG ausgeschlossen, solange ihr Tätigwerden ausschließlich die technische (fachspezifische) Bergung und Verbringung eines Patienten zu einer Versorgungsstelle umfasst. Erweitert sich der Tätigkeitsbereich so weit, dass dieser teilweise oder ganz in den Tätigkeitsbereich der Saniäter fällt, so ist dieses Gesetz auch auf sie anzuwenden. Sie haben dann ihr Personal dann nach den gesetzlichen Vorgaben zu schulen und weiterzubilden. Ebenso müssen sie eine Einrichtung gem. § 23 SanG gründen, da ansonsten die Ausübung des Saniäterberufes untersagt wäre.

Auch Rettungsorganisationen ist es nunmehr untersagt, „eigene“ Sanitätsberufe zu begründen. Saniäter ist nur, wer nach dem SanG dazu ausgebildet ist. Somit muss die Organisation Fachpersonal gem. SanG im Rettungswesen einsetzen. Kommt es beispielsweise zur Verwendung von First-Respondern, welche nur über eine erweiterte Erst-Hilfe Ausbildung verfügen⁵⁷³, so ist dies rechtswidrig. Der First-Responder begibt sich ähnlich dem oben beschriebenen „Feuerwehrsaniäter“ auf „dünnem Eis“, da auch er im Schadensfall dem Sorgfaltsmaßstab des Saniäters unterliegt. Es haften zudem all jene, die diesen verständigen obwohl sie wissen (mussten), dass hier eine Person tätig wird, die nicht über die notwendige Ausbildung verfügt. Daher können auch Rettungsleitstellen First-Responder ohne Sanitätsausbildung nicht alarmieren oder in ihre System aufnehmen.

⁵⁷³ NÖ-Kurier, First Responder Rucksäcke

6) Allgemeine Tätigkeitsfelder der Sanitäter (§ 8 SanG)

Die Tätigkeitsfelder der Sanitäter waren bis zur Einführung des SanG undeutlich und nur durch das Reichssanitätsgesetz sowie die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten definiert. Heute sind diese Aufgabenfelder in § 8 SanG definiert und bilden die Grenzen des zulässigen Tätigkeitsumfanges aller Ausbildungsstufen.

Die Aufgaben der Sanitätsberufe umfassen

- die qualifizierte Erste Hilfe,
- die Sanitätshilfe sowie
- die Beherrschung von Rettungstechniken⁵⁷⁴.

Alle dem Sanitäter übertragenen Aufgaben müssen unter diese Überbegriffe subsumiert werden können, auch die Tätigkeitsfelder der Notfallsanitäter. Lediglich Notfallkompetenzen weichen hievon ab, da in Ausübung dieser die Begriffe „Qualifizierte Erste Hilfe“ oder „Sanitätshilfe“ (zumindest nach dem bisherigen österreichischen Gebrauch) überspannt werden. Diese Notfallkompetenzen stellen eine Übernahme ärztlicher Tätigkeiten dar und werden der Verpflichtung des Sanitäters zur Wahrung des Wohles der Patienten nach dem Stand der (medizinischen) Wissenschaft gerecht. International sind derartige Kompetenzübertragungen an Sanitätsberufe lange bekannt und gehört in vielen Staaten zum Standard⁵⁷⁵. Die Verankerung von über den „normalen“ Sanitätsdienst hinausgehenden Aufgaben und Kompetenzen stellte daher eine der wichtigsten Einführungen in Österreich dar.

Die Erläuterungen⁵⁷⁶ führen zu den Aufgaben von Sanitätern aus, dass unter den Tätigkeiten insbesondere das Bergen, der situationsgerechte Transport, die Betreuung des Patienten sowie die sanitätsdienstliche Betreuung von Veranstaltungen verstanden werden. Durch die Übertragung der Bergung und der Verantwortung über den Transport wurden wichtige und weitreichende Bereiche in die Zuständigkeit des Sanitäters gelegt, dies zumal das Ärztegesetz für die Ausbildung zum Notarzt (§ 40 ÄrzteG) keine entsprechenden Ausbildungsziele oder Kompetenzen nennt. Es wurden daher diese Aufgaben in die alleinige Kompetenz der Sanitäter übertragen. Dadurch wird, um die Durchführung dieser Aufgaben zu ermöglichen, der Arzt ggf. zum „Hilfsorgan“ des Sanitäters. Dies ist insofern konsequent, da es bei der Verantwortung und Leitung nicht auf den

⁵⁷⁴ § 8 SanG

⁵⁷⁵ Johanniter Forum, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich

⁵⁷⁶ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 8

Gesamtausbildungsstand sondern vielmehr auf die aufgabenspezifische Ausbildung und Kompetenz ankommt, die hier gesetzlich auf den Sanitäter übertragen wurde.

Zu einer ordnungsgemäßen Versorgung des Patienten gehört eine vorangegangene Untersuchung. Hier steht das Interesse an einer dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Versorgung dem ärztlichen Vorbehalt der Diagnostik entgegen. Da die Festlegung von Art und Umfang der Versorgung des Patienten, Wahl des Zielkrankenhauses bzw. Abteilung und ein allfälliges Nachfordern eines Notarztes nicht ohne entsprechende Untersuchung des Patienten möglich ist, ist mit der Übertragung von medizinisch-sanitätstechnischen Aufgaben auch die Kompetenz zur Durchführung entsprechender Untersuchungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes verbunden. Die daraus resultierende Pflicht zur Diagnosestellung ist also auch in den unmittelbaren Aufgabenbereich des Sanitäters übertragen worden. Dazu zählen neben der Diagnostik auch die Anamnese und anschließende Befundung.

In Bezug auf Arztvorbehalte stellt sohin weder die Durchführung diagnostischer Maßnahmen, noch das Erstellen einer Diagnose, soweit beides im Umfang des Tätigkeitsbereichs des Sanitäters liegt, einen Verstoß dar. So schreibt Koppensteiner richtig, dass der Vorbehalt der ärztlichen Tätigkeit nur solange aufrecht bleibt, als dadurch die Tätigkeit des Sanitäters nicht berührt wird⁵⁷⁷.

Seine Aufgaben hat der Sanitäter grundsätzlich nach den von seiner Organisation vorgegebenen Rahmenbedingungen auszuüben. Diese haben den Landes- und Bundesgesetzen sowie dem Patientenwohl zu entsprechen, widrigenfalls sind derartige Weisungen unbeachtlich. Letztendlich ist der Sanitäter für sein Handeln eigenverantwortlich, er hat daher unter Bedachtnahme auf organisationsinterne Regelungen, gemeinde- und landesbekannte Vorgehensweisen sowie den Stand der medizinischen Wissenschaft tätig zu werden.

7) Übertragene Aufgaben

Ärzte, so auch Notärzte, sind berechtigt im Einzelfall bestimmte Aufgaben an Angehörige von Gesundheitsberufen zu delegieren, z.B. an Sanitäter⁵⁷⁸. Ist die Aufgabe vom Tätigkeitsfeld des Sanitäters erfasst, so darf er sie ausüben. Zur Abwehr einer ansonsten unmittelbar drohenden Gefahr für Leben und Gesundheit

⁵⁷⁷ Koppensteiner, Rechtliche Grundlagen der Sanitätshilfe, Kap A 2; vergleiche auch Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.1. 3. Abs, S 66

⁵⁷⁸ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.2.; § 49 Abs 3 ÄrzteG

des Patienten muss er dies sogar. In der Ausübung selbst bleibt der Sanitäter eigenverantwortlich⁵⁷⁹.

Welche Aufgaben ein Sanitäter übernehmen darf, hängt von seiner Ausbildung ab, also davon ob er RS, NFS, NKA, NKV oder NKI ist. Wenn sich ein Sanitäter nicht im Stande sieht die übertragene Aufgabe durchzuführen, hat er diese abzulehnen. Allzu häufige oder weitreichende Ablehnungen von Aufgaben können jedoch den Verlust der Berufsberechtigung nach sich ziehen, da der Sanitäter dann nicht mehr für die Ausübung seiner Tätigkeit geeignet ist. In Einzelfällen jedoch können und müssen Aufgaben abgelehnt werden, falls sich der Sanitäter nicht in der Lage sieht, diese ordnungsgemäß durchzuführen⁵⁸⁰. Dies kann sein, da er kurzzeitig indisponiert ist, aber auch aufgrund mangelnder Erfahrung in der spezifischen Situation. Die Ablehnung muss derart kundgetan werden, dass ein anderer diese Aufgabe übertragen erhält und es nicht zu einer Verzögerung in der Versorgung kommt.

8) Rettungssanitäter - RS (§ 9 SanG)

Die Berechtigung zur Ausübung der Tätigkeit als Sanitäter ist an einen erfolgreichen Anschluss der Ausbildung zum Rettungssanitäter gebunden.

Für die Beförderung nicht überwachungspflichtiger Patienten wird keine Ausbildung benötigt. Auch der Fahrer eines Einsatzfahrzeuges muss über keine Sanitäterausbildung verfügen. Wird von diesen Personen jedoch eine Betreuung des Patienten abverlangt, die über eine patientenorientierte Fahrweise, das An- und Abschnallen, „Smalltalk“ und dem Begeleiten zum Bestimmungsort hinausreicht, so müssen auch Fahrer eine Ausbildung zum Sanitäter abschließen⁵⁸¹.

8.1) Zulassung zur Ausbildung zum Rettungssanitäter

Um zur Ausbildung zugelassen zu werden bedarf es gewisser Voraussetzungen, die in § 27 SanG geregelt werden. Zunächst muss der Bewerber das 17. Lebensjahr vollendet haben. Diese Bestimmung soll sicherstellen, dass keine Personen in die Ausbildung übernommen werden, die noch nicht über die notwendige geistige und körperliche Reife verfügen. Sie erschwert jedoch eine Übernahme von Jugendlichen aus dem Nachwuchsbereich. Im Sinne einer kontinuierlichen Nachwuchsarbeit wäre eine Regelung wünschenswert, die je nach

⁵⁷⁹ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.3

⁵⁸⁰ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.3.

⁵⁸¹ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 9 Abs 4

Eignung bereits vor dem 17. Lebensjahr eine Ausbildung ermöglicht und vorsieht, bei bestimmten Einsätzen zu assistieren. So wäre eine kontinuierliche Überführung von Jugendlichen in den Regelbetrieb möglich und ergäbe sich die Chance, bereits in einem frühen Stadium der Teilnahme die Kapazitäten der Aufnahmewerber abzuschätzen.

Vom Bewerber wird neben dem Alter auch eine ausreichende körperliche und geistige Eignung abverlangt, die Beurteilung obliegt dem Ermessen der Ausbildungsorganisation. Zusätzlich muss der Bewerber vertrauenswürdig sein (ab wann ein Bewerber als nicht mehr vertrauenswürdig anzusehen ist wird in § 16 Abs 2 SanG geregelt) sowie zumindest die Pflichtschule abgeschlossen haben.

Das Recht zur Durchführung der Ausbildung wird, nach vorangehender Bewilligung des Ausbildungsplanes, den Rettungsorganisationen selbst übertragen. Allen großen Rettungsorganisationen wurde diese Bewilligung erteilt. Durch die Arbeit der Sanitäter, unabhängig ob diese freiwillig oder hauptberuflich tätig werden, erwirtschaften die Rettungsorganisationen Einnahmen und können erst ihren Aufgaben nachkommen. Übereinstimmend mit Gottwald⁵⁸² und in Anlehnung an die Kritik von Schörkl⁵⁸³ stellt dies eine Kombination dar, die fatal sein kann. Da Aus- und Fortbildung der Sanitäter oftmals in Händen jener Organisation liegen, für die diese tätig sind und zudem die Qualitätsprüfung durch den organisationseigenen Arzt stattfindet, kann es zu einem Interessenskonflikt der Organisation kommen. Da keine externen Qualitätsüberprüfungen vorgesehen sind, wären Rettungsorganisationen in der Lage, kostengünstigere Schulungen unter Vernachlässigung der Qualität abzuhalten bzw. anzubieten. Da ein Herabsetzen des Ausbildungsniveaus oft zur Rekrutierung größerer Zahlen an neuen Mitarbeitern führt, kann eine Organisation so auf einen größeren Personalstand zurückgreifen und ihre wirtschaftliche Situation verbessern. Verschärft wird die Situation durch die sich verringere Zahl an Freiwilligen, die das System nachhaltig beeinflusst. *„Das bedeutet, einen ehrenamtlichen Mitarbeiter bei einer Prüfung nicht bestehen zu lassen, wird den Rettungsorganisationen schwerer fallen als einer Schule oder Akademie, die unabhängig vom Rettungsdienst ist“*⁵⁸⁴. Eine Erhöhung der Qualität der Ausbildung wäre durch die Beauftragung solcher Schulen oder zumindest durch Ausdehnung der Überwachung der Ausbildung durch Beiziehung unabhängiger

⁵⁸² Gottwald, Rechtskonflikte innerhalb der Gesundheitsberufe, Kap III.4., S 117

⁵⁸³ Schörkl, Das Sanitätergesetz, Kap D

⁵⁸⁴ Gottwald, Rechtskonflikte innerhalb der Gesundheitsberufe, Kap III.4., S 118

Prüfungs- oder Kontrolleinrichtungen zu erzielen. Derartige Schulen sind innerhalb der EU bekannt und etabliert und es hätte zur Schaffung eines derartigen Ausbildungssystems nur eines Vergleichs mit den EU-Nachbarn bedurft.

8.2) Ausbildung (§§ 32 ff SanG)

Die Ausbildung beginnt mit dem Modul 1, das in den §§ 32ff SanG geregelt wird. Es umfasst eine theoretische Ausbildung im Umfang von 100 Stunden sowie eine praktische Ausbildung von 160 Stunden, letztere ist im Rettungs- und Krankentransportdienst abzuleisten. Bevor die Praxis begonnen werden darf, ist eine erfolgreiche Zwischenprüfung abzulegen, die aus Erster Hilfe und erweiterter Erster Hilfe sowie Gerätekunde besteht.

Die Betrachtung der Umsetzung der praktischen Ausbildung lässt die erste Schwachstelle erkennen. Im Rahmen der Praxis soll der Schüler die Umsetzung des theoretisch erworbenen Wissens auf den jeweiligen Anwendungsfall erlernen. Die Aneignung von praktischen Kenntnissen der Versorgungstechnik bei Notfallpatienten ist nur auf einem Rettungswagen möglich, da ein Krankentransportwagen weder ein primäres Einsatzmittel darstellt noch über eine Ausstattung zur Versorgung mannigfaltiger Verletzungsbilder verfügt. Da ein Sanitäter mit Abschluss seiner Ausbildung eigenverantwortlich tätig wird, muss er im Rahmen seiner Ausbildung auch mit Notfällen umgehen können. Hingegen verbringt ein angehender Sanitäter den überwiegenden Teil seiner Praxisausbildung zumeist auf einem Krankentransportwagen und betreut Patienten, ohne jemals eine Notfallversorgung durchgeführt zu haben. Alltag in der Praxisausbildung ist daher die von den Organisationen genutzte Chance ihre Dienstpläne für den Krankentransport mit Auszubildenden zu füllen. Dadurch wird die notwendige notfallspezifische Ausbildung vernachlässigt. Um das Ziel einer effizienten Ausbildung zu erreichen, hätte der Gesetzgeber ein Mindestmaß an Einsätzen sowie einen Mindestumfang an tatsächlich geleisteten Versorgungen festschreiben müssen. De lege ferenda ist eine Anpassung, eventuell über eine Regelung in der Ausbildungsverordnung wünschenswert.

8.3) Aufgaben (§§ 8 f SanG)

Die Aufgaben der Rettungssanitäter ergeben sich aus den §§ 8 und 9 SanG sowie aus der Ausbildungsverordnung. Spezifiziert werden diese in den Erläuterungen zu den §§ 8 und 9 SanG.

Wie in den Erläuterungen ausgeführt, sind die Grenzen des Tätigkeitsbereichs der Sanitäter (also auch der NFS, NKA, NKV und NKI) nicht abschließend aus dem SanG, sondern auch maßgeblich aus den Ausbildungsinhalten⁵⁸⁵, insbesondere der San-AV, zu erschließen⁵⁸⁶. Dies bedeutet, dass mit jeder Änderung der Ausbildungsverordnung die Aufgabenbereiche erweitert oder eingeschränkt werden können, ohne dass dafür ein aufwendiges Gesetzgebungsverfahren durchgeführt werden muss. Weitere Kriterien, die den Umfang des Tätigkeitsbereiches regeln, erschließen sich aus dem Stand der medizinischen Wissenschaft, der medizinischen Technik sowie aus der Entwicklung des Berufsbildes.

Im allgemeinen Teil der Erläuterungen werden die Aufgaben der Sanitätsberufe dargestellt. Im ersten Absatz spricht der Gesetzgeber in einer vermutlich nach dem Schwierigkeitsgrad der Tätigkeit gereihten Aufzählung von der *„Durchführung von Krankentransporten, Assistenz bei notärztlichen Maßnahmen bis zur selbstständigen Versorgung von Notfallpatienten“*⁵⁸⁷. Da die beiden letztgenannten Aufgaben vorrangig in die Kompetenz der Notfallsanitäter übertragen wurden, wäre für den Rettungssanitäter nur die Durchführung von Krankentransporten vorgesehen. Eine Einschränkung auf den Krankentransport kann man dem Willen des Gesetzgebers nicht unterstellen, umfasst die Ausbildung schwerpunktmäßig alle Grundkenntnisse zur eigenverantwortlichen sanitätsdienstlichen Versorgung von Notfallpatienten. An anderer Stelle sprechen die Erläuterungen dezidiert davon, dass Rettungssanitäter im gesamten Rettungsdienst eingesetzt werden können⁵⁸⁸.

Die Aufgaben von Rettungssanitätern können daher in zwei Bereiche gegliedert werden, einen eigenverantwortlichen und einen mitverantwortlichen. Eine solche Unterteilung sieht das SanG nicht vor. Die Unterteilung ist an das GuKG angelehnt, in dem die Aufgaben des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege in drei Verantwortungsbereiche unterteilt wurden⁵⁸⁹. Da diese Einteilung die Unterscheidung von Zuständigkeit und Haftung erleichtert, wurde diese Kategorisierung übernommen.

a) Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

⁵⁸⁵ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.2. 6. Abs, S 67

⁵⁸⁶ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 9 Abs 2

⁵⁸⁷ Erläuterungen zur RV SanG, Allgemeiner Teil, Abs 1

⁵⁸⁸ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 9 Abs 5

⁵⁸⁹ § 13ff GuKG

§ 9 SanG fasst jene Tätigkeiten zusammen, die in das Aufgabengebiet der Rettungssanitäter fallen. Der bereits erörterte Kernbereich der Sanitätsberufe, nämlich die qualifizierte Erste Hilfe, die Sanitätshilfe sowie die Beherrschung von Rettungstechniken⁵⁹⁰ wird für Rettungssanitäter durch das SanG i.V.m. der San-AV wie folgt weiter aufgeschlüsselt⁵⁹¹:

- Die selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung
 - kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen
 - die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen
 - vor und während des Transports
- Die fachgerechte Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung
- Die Blutentnahme aus der Kapillare zur Notfalldiagnostik⁵⁹²
- Die Übergabe des Patienten oder der betreuten Person
- Hilfestellung bei auftretenden von Akutssituationen
 - einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff
- Qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen, insb.
 - Beurteilung, Wiederherstellung und Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen
 - Defibrillation mit halbautomatischen Geräten
 - Herstellung der Transportfähigkeit
 - Durchführung des Transports
- Sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten
- Unverzögliche Verständigung des Notarztes bei Bedarf

Anhand der Ausbildungsverordnung können weitere Aufgaben dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Rettungssanitäter zugerechnet werden:

- Hygienemaßnahmen wie
 - Desinfektion und Sterilisation von Einsatzgerätschaften

⁵⁹⁰ § 8 SanG

⁵⁹¹ § 9 Abs 1 und 2 SanG

⁵⁹² § 9 Abs 1 Z 1 SanG gem. Novelle GesBRÄG 2007

- Entsorgung des infektiösen Abfalls
- Erstellung von Hygieneplänen

Unter der Durchführung von Sondertransporten versteht der Gesetzgeber den Transport von verstrahlten Personen, Inkubatortransporte sowie Transporte von Patienten mit gefährlichen übertragbaren Krankheiten. Schulungen im Umgang mit Gerätschaften, die für solche Transporte notwendig wären, erfolgen nach derzeitigem Erkenntnisstand nur sehr vereinzelt. Die meisten Rettungsorganisationen verfügen zudem über keine entsprechende Ausstattung zur Durchführung solcher Transporte. Das Gesetz wird in diesem Punkt derzeit nicht umgesetzt.

Bereits dieser nur eine geringe Bandbreite umfassende Aufgabenbereich führt in der Praxis zu Missverständnissen. Beispielsweise wird in Fortbildungen unterrichtet, dass Sanitäter bei der Durchführung der Defibrillation auf den Einsatz eines Halbautomaten beschränkt sind⁵⁹³, da dies so im Gesetz verankert sei. Aus dem Gesetz kann eine derartige Einschränkung nicht abgeleitet werden. Vielmehr hat ein Sanitäter jedenfalls einen Halbautomaten zu beherrschen und bei einer Reanimation einzusetzen, im Falle einer weiterreichenden Qualifikation ist ihm die Anwendung eines manuellen Defibrillators damit nicht untersagt und wird er einen solchen sogar einsetzen müssen.

Dieses Beispiel ist geeignet, um ein weiteres Missverständnis bei der Auslegung des Gesetzestextes aufzuzeigen. Der Gesetzgeber führt in den Erläuterungen zum SanG aus, was er unter einem Halbautomaten versteht. Es handle sich dabei um ein Gerät, das „*automatisch eine Diagnose erstellt und über einen Knopfdruck einen Stromstoß mit vorprogrammierter Stromstärke auslöst*“⁵⁹⁴. Das Gerät muss daher in der Lage sein, eine automatische Diagnose zu erstellen, diese mitzuteilen und auf Knopfdruck den Stromstoß auslösen. Das Gesetz definiert einen Halbautomaten daher nicht als ein Gerät, welches den Sanitätern die Entscheidung über die Gabe eines Schocks abnimmt. Vielmehr hat das Gerät eine Diagnose zu liefern, eventuell einen Therapievorschlagn zu errechnen und jedenfalls einen Stromstoß zu ermöglichen, auch wenn dies nicht dem Therapievorschlagn entspricht. Die Entscheidung ob defibriert wird liegt somit in der Verantwortung der Sanitäter. Somit muss ein Halbautomat über eine Diagnoseausgabe verfügen sowie die Überprüfung der Diagnose ermöglichen. Dies wird nur durch Anzeige des zugrundegelegten EKGs erfolgen können. Die im

⁵⁹³ vergleiche Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.2. 1. Abs, S 67

⁵⁹⁴ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 9 Abs 5

Rettungsdienst aufgrund der falschen Auslegung des Gesetzes eingesetzten „Halbautomaten“ sind daher zumeist, auch nach der gängigen internationalen Diktion, Vollautomaten, die einzig den Moment der Schockauslösung in die Verantwortung des Bedieners legen. Eine Einschränkung, die weder dem Willen des Gesetzgebers noch der Sicherung des Patienten gerecht wird, ist doch eine Überprüfung hinsichtlich einer Fehldiagnose damit ausgeschlossen.

Die *„unverzügliche Verständigung des Notarztes bei Bedarf“* wird oftmals missverstanden. Die Verständigung ist immer dann notwendig, wenn die Grenzen des SanG überschritten werden müssten, um einen Patienten nach dem Stand der Wissenschaft zu versorgen oder wenn *„auf Grund des konkreten Einsatzes, des jeweiligen Wissens und der jeweiligen Erfahrung und der damit verbundenen subjektiven Zumutbarkeit die Anforderung eines Notarztes geboten ist“*⁵⁹⁵. Sohin ist die Verständigung immer nur dann notwendig, wenn entweder die medizinischen Maßnahmen vom Berufsrecht nicht erfasst sind, die anwesenden Sanitäter nicht über die notwendigen (Notfall-)Kompetenzen verfügen oder diese aufgrund der medizinischen Situation überfordert sind. Zudem muss die Beiziehung des Notarztes geeignet sein, diese Minderversorgung zu beseitigen. Zu beachten ist dabei auch die mit der Nachforderung des Notarztes verbundene Zeitverzögerung der Übergabe des Patienten an eine Krankenanstalt. Ebenso wenig notwendig wie indiziert ist die Verständigung daher immer dann, wenn die Versorgung durch das Sanitätspersonal ausreichend erscheint, es zu einer unangemessenen Verzögerung bis zur hospitalen Versorgung käme oder ein beigezogener Notarzt keine Verbesserung der Versorgung vor Ort gewährleisten kann. Unzulässig ist in diesem Zusammenhang, um die Beiziehung von Notärzten zu forcieren, Arzneimittellisten möglichst knapp zu gestalten oder Befugnisse zu beschränken.

b) Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Überraschend wurde für Rettungssanitäter gesetzlich keine Mithilfe bei ärztlichen Maßnahmen verankert. Aus der Aufgabenstellung kann jedoch abgeleitet werden, dass auch Rettungssanitäter zu einer solchen Mithilfe verpflichtet sind. Das ergibt sich nicht nur aus der Berufsausübung zum Wohle des Patienten, sondern auch aus der typischen Tätigkeit des Sanitätspersonals vor und seit Inkrafttreten des SanG. Des Weiteren sind alle Gesundheitsberufe zur gegenseitigen Hilfestellung verpflichtet. So können Sanitäter die Hilfe einem Arzt gegenüber ebenso wenig

⁵⁹⁵ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.3.1 2. Abs, S 60

verweigern wie ein Arzt den Sanitätern gegenüber. Ausgenommen von der Mithilfe sind Sanitäter nur dann, wenn durch die Hilfestellung die Verrichtung der rettungstechnischen Aufgaben zum möglichen Nachteil des Patienten verhindert oder verzögert wird.

9) Notfallsanitäter - NFS (§ 10 SanG)

Der Notfallsanitäter verkörpert die höchste Ausbildungsstufe des Sanitätspersonals. Er kann durch weitere Schulungen zusätzliche Sonderkompetenzen erwerben und soll die bestmögliche rettungstechnische Versorgung des Patienten gewährleisten.

9.1) Notfallsanitäter vs. Paramedics

Bereits im ersten Absatz der Erläuterungen zu § 10 SanG⁵⁹⁶ weist der Gesetzgeber darauf hin, dass dieser Sanitäter der Unterstützung des Notarztes dienen soll. Keinesfalls sei ein System angedacht, das Notärzte durch Paramedics (diese sind Sanitäter die in Ländern ohne oder mit eingeschränktem Notarztsystem zum Einsatz kommen und vermehrt notfallmedizinische Aufgaben übernommen haben) zu ersetzen trachtet⁵⁹⁷. Ein Bekenntnis, das nicht nur aufgrund der übertragenen Kompetenzen als reines „Lippenbekenntnis“ gewertet werden muss, es wirkt zudem im Zusammenhang mit der dem Sanitätergesetz innewohnenden Schutzfunktion gegenüber den Patienten befremdend. Bedenkt man, dass Paramedics die nach internationalen Standards bestausgebildeten Sanitäter darstellen, wäre die Schaffung einer derartigen Ausbildung im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung. Zudem würde die Ausbildung von Paramedics nicht zwingend zur Abschaffung oder Einschränkung des Notarztsystems führen. Umgekehrt ist das Notarztsystem auch nach derzeitiger Rechtslage nicht mehr in jenem Umfang erforderlich wie vor Inkrafttreten des SanG. Zudem ist zu erkennen, dass in Staaten mit einem Paramedics System die Versorgung von Patienten nicht auf niedrigerem Niveau erfolgt als in Staaten mit einem Notarztsystem⁵⁹⁸. In bestimmten Fällen haben sich die an strikte Guidelines und ein möglichst effizientes „Load and Go“ System gebundenen Paramedics den

⁵⁹⁶ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 10 Abs 1

⁵⁹⁷ vergleiche Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.3. 3. Abs, S 68

⁵⁹⁸ Niederlande (Vuller in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Das Niederländische Rettungssystem, Einleitung); Dänemark (Pedersen in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Der Rettungsdienst in Dänemark, Kap 1.)

Notärzten als überlegen herausgestellt und ein signifikant verbessertes Outcome erreicht⁵⁹⁹.

Die Entwicklung im Bereich der rettungsmedizinischen Versorgung wird in Hinkunft dazu führen, dass Notfallsanitätern, als den am besten ausgebildeten Sanitätern, noch weitere Kompetenzen übertragen werden und die Ausbildung derselben sich vermehrt an den Aufgaben von Notärzten zu orientieren haben wird. Daher ist eine effiziente Aus-, Fort- und Weiterbildung an den Maßstäben von Paramedics anzulehnen. Betrachtet man die Kompetenzunterschiede zwischen Paramedics und Notfallsanitätern, so lassen sich kaum Unterschiede erkennen. Gerade im Bereich der Gefahrenabwehr und der Notfallkompetenzen zeigt sich bereits jetzt die Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten und Kompetenzen, so dass diese eine paramedizinische Tätigkeit darstellen.

Notfallsanitäter haben, den Erläuterungen folgend, ihre Kompetenzen (insbesondere jene zur Verabreichung von Arzneimitteln) so einzusetzen, dass ein Therapiebeginn möglichst frühzeitig gewährleistet ist. Sie handeln als unmittelbare Vorstufe zur hospitalen Versorgung und sollen im prähospitalen Bereich eine im Spital fortzusetzende Behandlung einleiten. Damit sind Sanitäter heilend tätig und übernehmen ärzteähnliche und somit paramedizinische Aufgaben. Es wird in Zukunft unvermeidlich sein, dass Notfallsanitäter zu Paramedics ausgebildet werden und neben Notärzten zum Einsatz kommen. So wird ein Rettungswesen schon aus finanziellen Gründen auf diese Möglichkeit zurückgreifen. Doch insbesondere die bekannte Dringlichkeit des Therapiebeginns und die Verpflichtung zu einer möglichst optimalen und dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Versorgung verlangen eine ständige Weiterentwicklung dieses Gesundheitsberufs.

9.2) Selbstständigkeit und Eigenverantwortung

Gemäß Abs 2 der Erläuterungen zu § 10 SanG hat der Notfallsanitäter die „*zum Teil eigenverantwortliche Versorgung von Notfallpatienten*“ zu übernehmen. Dieser Ansicht ist auch Hausreither⁶⁰⁰ wenn sie ausführt, dass Notfallsanitäter zusätzlich zur Tätigkeit der Rettungssanitäter eine eigenverantwortliche Versorgung zu gewährleisten haben. Dies steht jedoch im scheinbaren Widerspruch zu § 9 Abs 1 SanG in dem auch Rettungssanitätern unter anderem die „*selbstständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung ...*“

⁵⁹⁹ Liebermann, Journal Trauma 2000

⁶⁰⁰ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.3. 4. Abs, S 68

übertragen wurde. Gesetzlich wurde geregelt, dass eben auch Rettungssanitäter die Versorgung immer eigenverantwortlich durchführen. In der sowohl in den Erläuterungen als auch der zitierten Literatur vorgenommene Unterscheidung dürfte daher die Intention des Gesetzgebers wiedergeben, den Rettungssanitätern vorrangig den Bereich des Krankentransports mit der entsprechenden Versorgung, den Notfallsanitätern das Rettungswesen übertragen zu wollen. Ebenso ist aus der Literatur erkennbar, dass Notfallsanitätern eben ein höheres Maß an selbstständiger und eigenverantwortlicher Therapie übertragen ist und die Kompetenz um wesentliche Entscheidungsbefugnisse erweitert angesehen wird. Dies wurde im SanG nicht umgesetzt, so dass die eigenverantwortliche Tätigkeit für Notfall- als Rettungssanitäter gleichermaßen ausgestaltet wurde. Lediglich im Umfang der übertragenen Kompetenzen ist ein „mehr“ an Eigenverantwortung und Selbstständigkeit zu erkennen.

Der Notfallsanitäter hat diagnostische Maßnahmen wie beispielsweise die Anwendung von Pulsoxymetrie und die Interpretation eines Notfall-EKGs sowie therapeutische Maßnahmen wie die Verabreichung von Arzneimittel und das Absaugen der oberen Atemwege selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen⁶⁰¹. Therapeutischen Maßnahmen sind bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt fortzusetzen.

In vielen Fällen wird die Übergabe an den Arzt die Übergabe an ein Spital sein. Dies zumal gerade in ländlichen Gebieten die Zeit bis zum Eintreffen eines Arztes vor Ort oft mit längeren Wartezeiten verbunden ist, als die Fahrzeit in eine geeignete Klinik. In derartigen Fällen, in denen die Verständigung des Notarztes und das Warten auf dessen Eintreffen zu einer, für den Patienten unter Umständen kritischen Zeitverzögerung oder Minderversorgung führen kann, ist der Sanitäter verpflichtet, eine Erstversorgung *lege artis* durchzuführen und den Transport in ein geeignetes Spital so rasch wie möglich, auch ohne Beiziehung des Notarztes, durchzuführen. Vom Sanitäter ist daher abzuwägen, ob das Herbeirufen eines Notarztes, das Fahren auf ein Notarzt-Rendezvous oder der unmittelbare Transport in ein Spital die sicherste Methode für den Patienten darstellt. Um diese Entscheidung treffen zu können, und um die notwendige Therapie einzuleiten, hat der Notfallsanitäter eine fundierte Diagnose unter Heranziehung der ihm zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten zu stellen und sind die diagnostischen Maßnahmen vom Notfallsanitäter entsprechende zu beherrschen.

⁶⁰¹ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 10 Abs 3; Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III..2.1, S. 55

9.3) Ausbildung

Die Ausbildung zum Notfallsanitäter wird in § 35 Abs 1 SanG geregelt. Es handelt sich um eine auf die Ausbildung zum Rettungssanitäter aufbauende Ausbildung⁶⁰². Sie umfasst 480 Stunden, davon 160 Stunden Theorieunterricht. Zusätzlich muss ein Praktikum in einer Krankenanstalt im Ausmaß von 40 Stunden absolviert werden. Nach Abschluss von 280 Praxisstunden im Notarztsystem, wovon 120 Stunden alternativ in einer Krankenanstalt absolviert werden dürfen, ist man berechtigt, zur Prüfung anzutreten.

Weder das SanG noch die SanAV⁶⁰³ konkretisieren die Praxisausbildung im Krankenhaus ausreichend. So sollen zwar (hauptsächlich) Tätigkeiten ausgeübt werden, die der Schnittstellenproblematik zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus gerecht werden und im Zusammenhang mit der Ausbildung stehen, dennoch wären auch Zuweisungen zulässig, in denen hauptsächlich pflegerische Tätigkeiten ausgeführt werden. Eine derartige Ausbildung wird der zu erreichenden Qualifikation nicht gerecht. Sinnvoll wäre daher die gesetzliche Festlegung bestimmter Krankenhausabteilungen (Unfall, Intensivmedizin, Anästhesie, Notaufnahme oder ähnliche Abteilungen) als Ausbildungsstätten sowie eines Tätigkeitskatalogs im Rahmen der SanAV.

Als Aufnahmekriterium zur Ausbildung zum NFS sieht das SanG neben einem Einstiegstest auch eine Praxis von 160 Stunden im Rettungs- und Krankentransportwesen vor. Nicht nur, dass im Rahmen eines „normalen“ Dienstbetriebes 12-Stunden-Dienste verrichtet werden, somit der Sanitäter „nur“ 14 Dienste bis zur Aufnahme verrichten musste, sondern das Gesetz unterscheidet auch nicht, ob der Anwärter diese im Rettungsdienst verrichtet hat oder im Krankentransport (ohne notfallmedizinische Aufgaben) tätig war. Somit können auch unerfahrene Sanitäter zur Ausbildung zugelassen werden und diese Regelung stellt keine sinnvolle Zugangsvoraussetzung dar. Zur Aufnahme in die Ausbildung wäre es sinnvoller, das Gesetz würde Aspiranten vor Ausbildungsbeginn eine Mindestzahl an Einsätzen im Notarzt- oder Rettungssystem vorschreiben. Zudem wäre aufgrund der oftmalig psychischen Belastungen während und nach einem Einsatz ein psychologischer Eignungstest sinnvoll.

Dazu kommt, dass keine regelmäßige Kontrolle der Fähigkeiten des Sanitäters rechtlich verankert wurde. So obliegt es einzig den Rettungsorganisationen

⁶⁰² Schörkl, Das Sanitätergesetz, Kap C.b.

⁶⁰³ §§ 49 und 50 SanAV

Richtlinien aufzustellen, wer als einsatztauglich gilt und wer nicht. In Zeiten mangelnden Personals kann dies zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen.

Eine fragliche Lösung findet sich in der Umsetzung des Krankenhauspraktikums. Hier ist zur Ausbildung die Heranziehung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege geregelt. Dieser ist ermächtigt, „an Rettungssanitäter ... Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum Notfallsanitäter und an Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre ... Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion“, „im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches“, „nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen ... Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen.“⁶⁰⁴ Eine Übernahme solcher Aufgaben durch einen Gesundheitsberuf ist jedoch nur soweit möglich, als die Ausübung und Beherrschung der Tätigkeiten selbst durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege auch gesetzlich geregelt ist und ihm daher abverlangt werden kann. Eine sinnvolle Aufsicht ist fachlich wie rechtlich nur im Umfang der eigenen Tätigkeitsberechtigung möglich. Da die Pflegeberufe sich bewusst von der ärztlich-medizinischen Versorgung abgrenzen, sind ihre Kompetenzen auf die im Gesetz genannten Bereiche beschränkt. Die Tätigkeiten der Sanitäter bilden, wie bereits dargestellt, eine Vorstufe zur medizinisch-hospitalen Behandlung. Somit sind Sanitäter Heilberufe, der gehobene Dienst ist allerdings ein Pflegeberuf. Da sich die Pflegeberufe bewusst von Heilberufen distanzieren, wirkt ihre Heranziehung zur Aufsicht und Ausbildung von Sanitätern nicht nur befremdend sondern ist auch systematisch nicht einordenbar.

9.4) Aufgaben

Die Aufgaben des Notfallsanitäters umfassen jene des Rettungssanitäters, die um nachstehende Kompetenzen erweitert wurden. Diese ergeben sich aus dem SanG i.V.m. den Erläuterungen sowie aus der San-AV.

a) Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Zusätzlich zu den Aufgaben des Rettungssanitäters hat der Notfallsanitäter folgende Aufgaben zu erfüllen⁶⁰⁵:

- Die Verabreichung von für die Tätigkeit erforderlichen Arzneimitteln

⁶⁰⁴ § 15 Abs 6 GuKG, gem. GuKG-Novelle 2003

⁶⁰⁵ § 10 Abs 1 Z 2 bis 4 SanG

- soweit diese zuvor durch den ärztlichen Vertreter der Einrichtung schriftlich freigegeben wurden (Arzneimittelliste I)
- Die eigenverantwortliche Betreuung
 - der berufsspezifischen Geräte
 - der berufsspezifischen Materialien
 - der berufsspezifischen Arzneimittel

Des Weiteren ergeben sich aus § 37 Abs 1 und 2 SanG sowie aus Anlage 5 der SanAV folgende Aufgaben:

- Führungsaufgaben während des Einsatzes
 - bei Großunfällen
 - bei Katastrophen
 - generelle Führungsaufgaben
- Weiterführende Maßnahmen bei Vitalfunktionsstörungen
 - Maßnahmen bei Bewusstseinsstörungen
 - Atemsicherung bei bestimmten Atemstörungen
 - Maßnahmen bei Hyper- und Hypotonie
 - Interpretation von Notfall-EKG
 - Durchführung der Defibrillation und der Kardioversion
 - Maßnahmen bei Störung des Wasser- und Elektrolythaushaltes
 - Maßnahmen bei Störung des Säure-Basen-Haushaltes
 - Maßnahmen bei Stoffwechselstörungen
 - Maßnahmen bei hypovolämischen, kardiogenen, septischen, neurogenen und anaphylaktischen Schockzuständen
- Erkennen und Setzen von Maßnahmen bei verschiedenen Krankheitsbildern
- Erkennen und Abwehr bei speziellen Notfallsituationen
 - Traumatologische Notfälle
 - Notfälle im Bereich HNO, Augen, Urologie, Gynäkologie,
 - Toxikologie inkl. der Verwendung von Gegengiften

- Cerebrale Notfälle, Neurologische Notfälle
- Kardiale- und pulmonale Notfälle
- Chirurgische Notfälle
- Psychiatrische Notfälle
- Pädiatrische Notfälle
- Elektrounfall und Brandverletzungen
- Strahlenunfälle
- Ertrinkungs- und Tauchunfälle

b) Mitverantwortliche Tätigkeitsfelder

Als unterstützender Aufgabenbereich wurde dem Notfallsanitäter Folgendes überantwortet⁶⁰⁶:

- Die Unterstützung des Arztes bei
 - allen notfallmedizinischen Maßnahmen
 - allen katastrophenmedizinischen Maßnahmen
- Die Mitwirkung in der Forschung

10) Berufsmodul (§ 14 Abs 3 SanG)

Für jene, die eine berufsmäßige Ausübung der Tätigkeiten des Sanitäters anstreben, ist ein Berufsmodul vorgeschrieben. Dieses ist in §§ 14 Abs 3 und 43 SanG geregelt und beinhaltet einen 40 stündigen Unterricht in Grundkenntnissen der rechtlichen Belange des Rettungswesens, Einblick in andere Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie eine ausführliche Schulung über Dokumentation. Die Ausbildungsverordnung schreibt zusätzlich Grundlagen der Betriebsführung und Organisationslehre vor⁶⁰⁷.

Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind berechtigt, eine verkürzte Ausbildung zu absolvieren oder sind von dieser befreit⁶⁰⁸. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass Juristen zwar das Berufsmodul vollständig unterrichten dürfen, von der Ausbildung jedoch nicht befreit wurden.

⁶⁰⁶ § 10 Abs 1 Z 1 und 5 SanG

⁶⁰⁷ Anlage 9 San-AV

⁶⁰⁸ § 44 Abs 1 und 2 SanG; §§ 110, 111 San-AV

11) Notfallkompetenzen

Als Erweiterung der Kompetenzen von Notfallsanitätern und um die Lücke zwischen einer notärztlichen Versorgung und jener durch Sanitäter zu schließen, wurden Notfallkompetenzen eingeführt. In diesen kann ein Notfallsanitäter geschult werden und damit wird ihm die Befugnis erteilt, zusätzliche Medikamente anzuwenden, einen Venenzugang zu sichern und die Atemwege mittels Intubation offen zu halten. Nach dem Erlangen der Berechtigung hat der Notfallsanitäter diese Fertigkeiten zum Wohle des Patienten auszuüben⁶⁰⁹. Weder kann ihm dies untersagt werden, noch sollen die Maßnahmen „gemäßiger“ angewendet werden als andere Befugnisse.

Notfallkompetenzen sollen einerseits der Überbrückung der Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes, andererseits der raschen Primärversorgung des Patienten dienen⁶¹⁰. Die Kompetenzen umfassen das Applizieren von Medikamenten, das Setzen von venösen Zugängen sowie die Atemwegssicherung mittels endotrachealer Intubation.

Die somit mittels SanG übertragenen Tätigkeiten waren bisher den (Not)Ärzten vorbehalten. Mittels gesetzlicher Ermächtigung wurde der Ärztevorbehalt aufgehoben und sind diese Tätigkeiten vom Notfallsanitäter nunmehr eigenverantwortlich und nach eigenem Ermessen durchzuführen⁶¹¹. Die notwendige Verständigung des Arztes von der gesetzten Medikation hat hauptsächlich deklarative Wirkung. Die Durchführung der Tätigkeiten bedingt nur insofern der Zustimmung eines Notarztes, als dieser vor Ort ist. Ist kein Notarzt anwesend, so ist ein solcher vor, jedenfalls nach der Durchführung unverzüglich zu verständigen. Von dieser Verständigungspflicht weicht jedoch die Praxis ab, so dass es sich dabei um totes Recht handelt. Da es dennoch zu keiner Minderversorgung oder Häufung von Missständen kommt, zudem spätestens bei Übergabe des Patienten an ein Spital die gesetzten Maßnahmen einer ärztlichen Überprüfung zugeführt werden, ist eine Abschaffung dieser Bestimmung überlegenswert.

Trotz Notfallkompetenzen besteht die Verpflichtung der Organisationen, weiterhin entsprechende Maßnahmen zu setzen, um eine rasche notärztliche Versorgung sicherzustellen⁶¹². Ein Mangel, sowohl an verfügbaren Notärzten als auch

⁶⁰⁹ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.3.

⁶¹⁰ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.5. 2. Abs, S 70

⁶¹¹ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 11 Abs 3

⁶¹² Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.3.

Sanitätern mit Notfallkompetenzen, löst bei der Rettung eine Haftung aufgrund eines Organisationsverschuldens aus.

In Tirol rühmt man sich zu Recht, Vorreiter in der Schulung der Notfallkompetenzen zu sein⁶¹³. Hier erkannte man bereits frühzeitig wie wichtig es ist, das Sanitätspersonal ausführlich zu schulen und die Möglichkeit zu eröffnen, bei Bedarf in Abwesenheit eines Arztes weiterführende Maßnahmen setzen zu können.

11.1) Notfallkompetenz I – Arzneimittellehre – NKA (§ 11 SanG)

Durch diese Notfallkompetenz erlangt der Notfallsanitäter die Berechtigung, bestimmte Arzneimittel selbstständig und eigenverantwortlich zu verabreichen, um die Zeit bis zum Therapiebeginn möglichst kurz zu halten. Die zu verwendenden Arzneimittel werden in einem „Katalog“, der Arzneimittelliste I, festgelegt.

Da das Rettungswesen in die Landesgesetzgebungskompetenz fällt, konnte der Bundesgesetzgeber die Erstellung von Arzneimittellisten weder generell in die Hände der Rettungsorganisationen legen, noch die Inhalte selbst festsetzen. Er führte vielmehr aus, dass die Kompetenz zur Erstellung dieser Listen dem Bundesland oder der Einrichtung⁶¹⁴ zufällt. Diese sollen möglichst einheitliche und Bundesländer übergreifende Arzneimittellisten festsetzen. Dem entgegen besteht die Problematik, dass derzeit weder die Bundesländer noch die Organisationen übergreifende Arzneimittellisten erstellt haben. Sollte sich dieser Zustand nicht in nächster Zeit ändern, so hätte der Bundesgesetzgebers hinkünftig Mindestanforderungen hinsichtlich der Arzneimittellisten festzulegen. Diese „Mindeststandards“ könnten dann um den spezifischen Bedarf eines jeden Bundeslandes erweitert werden und so die Verfassungskonformität der Bestimmung erhalten bleiben.

Hausreither⁶¹⁵ führt zu den Notfallkompetenzen aus, und dies ist insbesondere im Hinblick auf die Arzneimittellisten von Bedeutung, dass dadurch dem Sanitäter im Rahmen der Notfallmedizin bedeutsame, wenn auch grundsätzlich dem Arzt vorbehalten Tätigkeiten zur eigenverantwortlichen Durchführung übertragen wurden. Wenn Hausreither von bedeutsamen Tätigkeiten spricht, so werden nur auf ein Minimum beschränkte Listen weder im Sinne des Gesetzgebers zu verstehen sein noch im Interesse des Patienten liegen. Mit Hausreither

⁶¹³ Österreichisches Rotes Kreuz Tirol, Jahresbericht 2003, S 7

⁶¹⁴ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 10 Abs 4

⁶¹⁵ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.4.4. 5. Abs, S 69

übereinstimmend ist daher von einer Verpflichtung der Organisation zur umfassenden und zeitgemäßen Ausgestaltung solcher Arzneimittellisten auszugehen. Einen Anhaltspunkt, welche Arzneimittel aufzunehmen sind, erschließt sich aus der Ausbildungsverordnung. Es erscheint wenig zweckmäßig, Sanitäter umfassend über Therapeutika und ihre Anwendung zu unterrichten, diese jedoch nicht zur Anwendung freizugeben. Der Umfang der Arzneimittelliste für NKA sollte daher zumindest eine Spezialitäten zu jedem im Rahmen der Ausbildung zu unterrichtenden Krankheitsbild enthalten.

Ziegenfuß⁶¹⁶ gibt als typische und wohl auch notwendige Medikamente für die Notkompetenz in Deutschland Nitrate (Angina Pectoris), Kortikosteroide (Reizgasinhalation), Fenoterol (Bronchospasmus, Asthmaanfall), Diazepam (Krampfanfälle im Kindesalter) und Glycose (Hypoglykämie) an. Die deutsche Bundesärztekammer⁶¹⁷ empfiehlt als Medikamente für die Notfallkompetenz Adrenalin (Reanimation und anaphylaktischer Schock), Glukose 40% (hypoglykämischer Schock), β 2-Sympathomimetikum als Spray (obstruktive Atemwegszustände), Benzodiazepin als Rectiole (Krampfanfall), Nitrat-Spray/-Kps (akutes Koronarsyndrom), Analgetika (Verletzungen und ausgewählte Schmerzsymptome). Für die Schweiz sehen die Algorithmen⁶¹⁸ die Medikamente Elektrolytlösung (Basisversorgung, allergische Reaktion, Verbrennung, Verätzung), Glucose (Hypoglykämie), Naloxon (Opiat-Intoxikation), Flumazenil (Benzodiazepam-Intoxikation), Adrenalin (CPR, als Inhalation bei Asthma, allergische Reaktion), Amiodaron (CPR, Tachykardie), Atropin (CPR, Bradykardie), Magnesium (CPR, Tachykardie), Betablocker (Tachykardie, Akutes Koronarsyndrom), Adenosin (Tachykardie), Nitrate s.l. (Angina Pectoris, Myokardischämie, Lungenödem), Morphin (Akutes Koronarsyndrom), Acetylsalicylsäure (Akutes Koronarsyndrom), Furosemid (Lungenödem), Heparin (Akutes Koronarsyndrom), Urapidil (hypertensive Krise), Benzodiazepam (Krampfanfall), Paracetamol rectal (kindlicher Fieberkrampf) β 2-Sympathomimetikum (Asthma, Bronchokonstriktion), Ketamin (Narkose), Theophyllin (Asthma), H1-Antihistamin (allergische Reaktion), Kortikoide (allergische Reaktion), Opiate (Schmerzen), Analgetika (Schmerzen), kolloidale Infusion (Schock) vor. Anhand der Schweizer Vorgaben ist zudem gut ersichtlich, wie verschiedene Medikamente für dieselbe medizinische Indikation vorgesehen

⁶¹⁶ Ziegenfuß, Checkliste Notfallmedizin, S 2

⁶¹⁷ Bundesärztekammer, Medikamente, deren Applikation im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt werden kann

⁶¹⁸ Emergency, Rettungsdienstliche Algorithmen,

sein können um so auch die Möglichkeit der Ersatzmedikation bei Unverträglichkeit zu gewährleisten.

Empfehlungen von Seiten des obersten Sanitätsrats, des Bundesministerium für Gesundheit oder die Ärztekammer liegen in Österreich nicht vor.

Da von den Bundesländern und Organisationen keine oder nur unzureichende Arzneimittellisten herausgegeben wurden, folgt daraus eine rechtlich interessante Situation. Sanitäter sind zur selbstständigen, tätigkeitsrelevanten Fortbildung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft verpflichtet⁶¹⁹ und haben sich daher auch in Bezug auf Notfallmedikationen fortzubilden. Kommt ein Sanitäter in die Situation einer unmittelbaren Gefahrenabwehr, welche im Betrieb eines ordentlichen Rettungswesens zu erwarten war, und ist die Anwendung vorgegebener oder gelinderer Mitteln nicht Erfolgreich oder Erfolgversprechend, so ist dieser aufgrund der Verpflichtung zur Patientenversorgung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft angehalten, sich über die unzureichende Arzneimittelliste hinwegzusetzen. Er hat dann sein eigenes Wissen anzuwenden, um die Gefahr für den Patienten abzuwehren (siehe Garantenstellung). Daher hat er die ihm bekannten Methoden auch ohne Freigabe der Medikamente zur Anwendung zu bringen, würde er doch sonst für das Unterlassen der Gefahrenabwehr haften. Resultiert aus einer solchen Therapie aufgrund nicht ordnungsgemäßer oder zweckmäßiger Anwendung ein Schaden, so haftet dennoch nicht der Sanitäter sondern die Gemeinde bzw. das Land, eventuell auch der zuständige Organisationsarzt persönlich, aufgrund des Unterlassens der notwendigen Bereitstellung von Arzneimittellisten.

Es besteht aus haftungsrechtlicher Sicht für die jeweilige Gemeinde bzw. das Land sohin ein wesentlich höheres Risiko bei nicht ausreichenden Arzneimittellisten, als wenn solche über das notwendige Maß hinaus erstellt werden. Im letzteren Fall trägt dann der Sanitäter die Anwendungsverantwortung und hat seine Entscheidung zu verantworten. Zudem kann mittels ausreichender Arzneimittellisten die Anwendung bestimmter Medikamente gesteuert und somit Sanitäter wie Patient vor falscher Anwendung geschützt werden.

Der in vielen Organisationen gebräuchliche Weg, bestimmte Substanzen nur für eine einzige Anwendung frei zu geben, für andere jedoch nicht, ist meiner Ansicht nach unzulässig. Vielmehr hat der Sanitäter bei allen freigegebenen Medikamenten Wirkung, Nebenwirkung und Anwendungsbereiche zu kennen. Das

⁶¹⁹ § 4 Abs 2 SanG

Gesetz spricht zudem von der „*Verabreichung von ... Arzneimitteln, soweit diese zuvor ... zur Anwendung freigegeben wurden*“⁶²⁰. Es werden daher Arzneimittel freigegeben und diese sind nicht auf bestimmte Anwendungen zu beschränken. Sohin hat der Sanitäter, der über diese Medikamente jedenfalls umfassend Bescheid wissen muss, zur Gefahrenabwehr einzusetzen, auch wenn dies über die eigentliche Vorgabe der Arzneimittelliste hinausreicht.

a) Ausbildung

Für die Zulassung zur Ausbildung in der Allgemeinen Notfallkompetenz Arzneimittellehre ist eine Ausbildung zum Notfallsanitäter erforderlich⁶²¹. Die Ausbildung umfasst einen theoretischen Unterricht von 40 Stunden⁶²². Dieser ist unabhängig vom Umfang und der jeweils zur Anwendung kommenden Arzneimittelliste. In Anbetracht unterschiedlicher Anforderungen an die Rettungssysteme und damit die Arzneimittellisten wäre ein flexibles System de lege ferenda wünschenswert.

Die Ausbildung umfasst daher Maßnahmen bei

- Störung der Vitalfunktionen und Regelkreise,
- verschiedenen Krankheitsbildern und
- speziellen Notfällen⁶²³.

Somit ist auch der rechtliche Rahmen definiert worden, in welchen Fällen diese Notfallkompetenz vom Sanitäter anzuwenden ist.

In der San-AV finden sich die Unterrichtsgegenstände in den Unterrichtseinheiten zu den Spezialitäten wieder. Zudem werden allgemeine Grundlagen der Pharmakologie und eine Rechtsbelehrung vorgeschrieben⁶²⁴.

Die Ausbildung endet mit einer kommissionellen Abschlussprüfung⁶²⁵.

b) Aufgaben

Die Aufgabe ist im Rahmen der Tätigkeit als Notfallsanitäter auszuüben und erweitert den Rahmen der zur Verfügung stehenden Arzneimittel aus der Arzneimittelliste I. Auch diese Arzneimittel müssen zuvor vom zuständigen

⁶²⁰ §§ 10 Abs 1 Z 3 und 11 Abs 1 Z 1 San-AV

⁶²¹ § 63 Abs 1 San-AV

⁶²² § 64 Abs 1 San-AV

⁶²³ § 39 SanG

⁶²⁴ Anlage 6 San-AV

⁶²⁵ § 70ff San-AV

ärztlichen Vertreter der Organisation freigegeben worden sein (Arzneimittelliste II).

Diese Notfallkompetenz kommt zu tragen, wenn

- keine ärztliche Hilfe verfügbar ist oder nicht rechtzeitig eintreffen würde,
- wenn die Maßnahme unbedingt notwendig ist um Gefahren für Leben oder Gesundheit des Patienten abzuwehren,
- das gleiche Ziel nicht durch geringere Eingriffe erreicht werden kann,
- die Maßnahmen sicher beherrscht werden und
- die Hilfeleistung aufgrund des Ausbildungsstandes zumutbar ist.

Dennoch steht fest, dass es sich nicht um eine „Kann-Kompetenz“ handelt sondern vielmehr um eine Verpflichtung zur Anwendung. Ein Zögern oder Verweigern, auch aufgrund interner „Regeln“, ist rechtswidrig und führt zur Haftung des Sanitäters.

11.2) Notfallkompetenz II – Venenzugang – NKV (§ 11 SanG)

Die Kompetenz Venenzugang ist einerseits die logische Weiterführung der Notfallkompetenz Arzneimittellehre, zumal die meisten Medikamente in der Notfallmedizin intravenös zu applizieren sind. Andererseits ist Volumenmangel bei großflächigen Verletzungen, Verbrennungen aber auch bei vielen internen Notfällen die Ursache einer radikalen Verschlechterung des Zustandes des Patienten und sohin die Substituierung von Flüssigkeit eine dringend notwendige lebenserhaltende Notfallmaßnahme. Durch diese Kompetenz, die auch die Verabreichung von kristalloiden Lösungen umfasst, wird ein erheblicher Beitrag zur Sicherung des Patienten erzielt.

a) Ausbildung

Die Notfallkompetenz Venenzugang erfolgt aufbauend auf jene der Arzneimittellehre, die daher vor der Zulassung zu dieser Ausbildung zu absolvieren ist⁶²⁶. Die Ausbildung umfasst eine 10 stündige theoretische und eine 40 stündige praktische Ausbildung⁶²⁷. Die Praxis ist in einer geeigneten Krankenanstalt zu absolvieren⁶²⁸, wobei sowohl Ärzte als auch der gehobene

⁶²⁶ § 63 Abs 2 San-AV

⁶²⁷ § 64 Abs 2 San-AV

⁶²⁸ § 68 San-AV

Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege diese Ausbildung leiten dürfen⁶²⁹. Zur Kritik über die Beziehung des gehobenen Dienstes siehe unten.

Die Sanitäter sind in folgenden Fächern zu schulen:

- Herstellung von Venenzugängen
- Maßnahmen bei Störungen der Vitalfunktionen und Regelkreise
- Maßnahmen bei verschiedenen Krankheitsbildern
- Maßnahmen bei speziellen Notfällen

Die im Gesetz als Unterrichtsfach vorgesehenen Notfallmaßnahmen finden sich nicht im Unterrichtsplan der San-AV wieder⁶³⁰, lediglich unter dem Punkt Indikation für die Anwendung könnten diese zumindest teilweise Deckung finden. Dieser Punkt wäre in der Verordnung jedenfalls möglichst rasch zu ergänzen.

Die theoretische Ausbildung umfasst eine Schulung im Umgang mit Verweilkanülen. Obwohl mit dieser Kompetenz auch das Applizieren von kristalloiden Lösungen verbunden ist, findet auch eine Schulung über diese Medikamente in der San-AV keine Berücksichtigung.

Die Ausbildung endet mit einer kommissionellen Abschlussprüfung⁶³¹.

b) Aufgaben

Die Notfallkompetenz II überträgt dem Notfallsanitäter die Möglichkeit und Pflicht, im Bedarfsfall einen peripheren Venenzugang zu setzen, sowie durch diesen kristalloide Lösungen zu infundieren.

c) Exkurs Problemstellung der Ausbildung durch den gehobenen Dienst

Betrachtet man die Beziehung des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege zur Ausbildung in dieser Notfallkompetenz, so muss die Frage gestellt werden, auf welcher berufsspezifischen Eignung diese basiert. Zwar geht Schwamberger⁶³² von einer Erlaubnis des gehobenen Dienstes zur Setzung von Venenverweilkanülen aus und begründet dies insbesondere damit, dass § 15 GuKG dies nicht ausdrücklich verbietet. Daher versteht er das Setzen eines peripheren Venenzuganges als Tätigkeit, die im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich an das gehobene Gesundheits- und Krankenpflegepersonal

⁶²⁹ § 69 Abs 2 San-AV

⁶³⁰ Anlage 7 San-AV

⁶³¹ § 70ff San-AV

⁶³² Schwamberger, Entwicklungen im Bereich des Gesundheits- und Krankenpflerechts, Kap. D.b.

delegierbar ist, zumal bei entsprechender Schulung die Ausführung kein fachliches Problem darstellen könne. Der Ansicht Schwambergers kann jedoch nicht gefolgt werden, da es bei der Erlaubnis zur Durchführung nicht darauf ankommen kann, dass diese Tätigkeit den Arzt „nur“ vor ein handwerkliches und nicht medizinisches Problem stellt. Richtigerweise ist § 15 Abs 5 Z 3 GuKG zu entnehmen, dass sich das diplomierte Personal bei der Verabreichung von Infusionen ausschließlich eines bereits liegenden Zuganges zu bedienen hat. Mit der Formulierung, der Gehobene Dienst hätte sich eines liegenden Zuganges zu bedienen, schließt der Gesetzgeber die Kompetenz zum Setzen eines solchen aus, hätte es doch ansonsten dieser einschränkenden Formulierung nicht bedurft und er hätte „generell“ eine venöse Verabreichung von Infusionen zugelassen. Auch die Erlaubnis zur eigenverantwortlichen „Verabreichung von Medikamenten in die Vene“, bei der sich das Pflegepersonal nicht eines liegenden Zuganges bedienen muss, kann die Argumentation nicht entkräften. Für eine solche Applikation kann das Medikament nämlich mittels Injektionsnadel in die Vene gespritzt werden und wird darin keine Erlaubnis zur Setzung einer Verweilkanüle erblickt werden können. Bis zu einer Gesetzesänderung ist daher davon auszugehen, dass diese Kompetenz eben nicht übertragen wurde.

In Anbetracht dessen, dass auf Seiten des gehobenen Dienstes keine Kompetenz zum Setzen eines Venenverweilkatheters besteht, muss bezweifelt werden, dass diese Berufsgruppe zur Leitung der Ausbildung ermächtigt werden darf.

11.3) Notfallkompetenz III – Beatmung und Intubation – NKI (§ 12 SanG)

Eine der umstrittensten Kompetenzen ist die Ausbildung zur Durchführung der endotrachealen Intubation. Dabei handelt es sich um die Sicherung der Atemwege mittels Tubus der durch die Stimmritzen in die Luftröhre geführt und dort abgedichtet wird. Diese Art der Atemwegssicherung stellt in bestimmten Fällen die einzige Möglichkeit dar, einen Patienten am Leben zu erhalten. Vor allem bei massiven Verletzungen mit Gesichtsdeformationen, bei zuschwellenden Atemwegen oder einer hohen Aspirationsgefahr ist eine Maskenbeatmung ineffektiv. Zudem ist die endotracheale Beatmung, neben den alternativen Methoden zur Atemwegssicherung Combitubus und Larynxmaske, jene Beatmungsmethode, die einen wichtigen Bestandteil einer lege artis durchgeführten Reanimation darstellt. Nur durch eine solche ist die ununterbrochene Herzdruckmassage bei gleichzeitiger Beatmung sichergestellt. Da der erreichbare Blutdruck und somit die Effizienz bei einer kontinuierlichen

Herzdruckmassage die Erfolgsaussicht der Reanimation maßgeblich erhöht⁶³³, ist eine Reanimation ohne Intubation, bei der sich Beatmung und Herzdruckmassage abwechseln, als nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend⁶³⁴ einzuordnen.

Zudem ist mit dieser Notfallkompetenz auch die Applikation von Vasokonstriktoren durch den Tubus verbunden.

Diese Notfallkompetenz darf ausschließlich dann angewendet werden, wenn sie durch die Rettungsorganisation freigegeben wird. Wie unten ausgeführt, stellen sich an die Bindung an eine Freigabe massive rechtliche Bedenken, da dies zu einem „Verbot der Errettung eines Lebens“ führen könnte und derartige, wenn auch gesetzliche Verbote zu ignorieren wären.

a) Ausbildung

In §§ 41-42 SanG wird festgelegt, dass zur Ausbildung nur Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen Arzneimittelkunde und Venenzugang zugelassen werden dürfen. Zusätzlich müssen 500 Stunden Einsatz im Notarztsystem vom Sanitäter vor Beginn der Ausbildung nachgewiesen werden. Der Begriff Notarztsystem ist dabei nicht näher definiert. 500 Dienststunden am Notarztfahrzeug, NAW oder NEF, werden nicht erforderlich sein. Hingegen sind 500 Stunden im Rettungsdienst am Rettungsfahrzeug, soweit dieses in ein Notarztsystem integriert ist, als ausreichend betrachtet werden können. Wichtig ist ein auf die Zusammenarbeit mit den Notärzten ausgerichtetes System, so dass der Rettungsdienst als Bestandteil des notärztlichen Versorgungssystems angesehen werden kann.

Die Ausbildung umfasst einen 30 stündigen Theorieunterricht sowie ein 80 stündiges Praktikum in einer fachlich geeigneten Krankenanstalt.

Aufgrund der in der San-AV festgelegten Fächer erwirbt der Sanitäter die Berechtigung zur

- Durchführung der Intubation in allen (nach dem Stand der Wissenschaft) indizierten Fällen
- die Absaugung der oberen Atemwege

⁶³³ American Heart Association, International Guidelines 2000 for CPR and ECC, A Consensus on Science; European Resuscitation Council, The 1998 European Resuscitation Council guidelines for adult advanced life support

⁶³⁴ American Heart Association, International Guidelines 2005

- die manuelle wie maschinelle Beatmung sowie
- die Verwendung von Überwachungsinstrumenten⁶³⁵.

b) Problemstellung

Die gesetzliche Regelung dieser Notfallkompetenz ist in mehrfacher Hinsicht zu hinterfragen.

Zunächst drängt sich die Frage auf, warum im Gesetz zwar die Ausbildung zur endotrachealen Intubation geregelt wird, die einfacheren und in der Literatur für ungeübtes Gesundheitspersonal empfohlenen Alternativmethoden, namentlich die Anwendung von Larynxmasken oder Combituben, nicht vorgesehen sind. Hinsichtlich dieser Produkte ist daher davon auszugehen, dass eine Anwendung durch den Gesetzgeber gewollt ist und nicht von einer eigenen Ausbildung abhängig gemacht wurde.

Bereits vor Inkrafttreten des SanG wurde der Combitube vom obersten Sanitätsrat, im Namen des Bundesministers für Gesundheit, für den Rettungsdienst zur Anwendung durch das Sanitätspersonal ausdrücklich freigegeben⁶³⁶. Da die Anwendung dieses Produkts schon für weniger ausgebildete Sanitäter zulässig war, so ist davon auszugehen, dass Sanitätern gem. SanG eine Anwendung ebenfalls möglich ist. Die Freigabe erfolgte aufgrund medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse zur einfachen und sicheren Anwendung. Die Rücknahme dieser Freigabe müsste sohin aufgrund neuer medizinisch-technischer Erkenntnisse erfolgen. Dem steht entgegen, dass der Combitubus in der einschlägigen Literatur ausdrücklich für ungeübte Anwender empfohlen und auch im internationalen Rettungsdienst eingesetzt wird.

Zudem wird durch die Verwendung dieser alternativen Atemwegsicherungen auch keine „Schutzvorrichtung“ des Körpers überwunden, so dass eine Beatmung über diese eine nicht-invasive-Beatmung darstellt. Eine eigene gesetzliche Ermächtigung zur Durchführung ist daher nicht notwendig, besteht doch kein diesbezüglicher Berufsvorbehalt eines anderen Gesundheitsberufs.

Die Regelung der Notfallkompetenz endotracheale Intubation ist daher so zu verstehen, dass die Kompetenz der Atemwegssicherung mit Trachealtubus, aufgrund der schwierigeren Anwendung, gesondert erworben werden muss. Hingegen ist die Anwendung eines Combitubus oder einer Larynxmaske für

⁶³⁵ Anlage 8 San-AV

⁶³⁶ Oberster Sanitätsrat, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, GZ: 20.030/7-VIII/1/01

Sanitäter als gelinderes Mittel zur Atemwegssicherung zulässig. Dies entspricht auch internationalen Guidelines und Standards.

Die Anwendung der Notfallkompetenz Intubation ist gemäß SanG erst nach Freigabe durch die Rettungsorganisation zulässig⁶³⁷. Diese Regelung stellt ein fundamentales Recht des Patienten in Frage, nämlich jenes, dass sein Leben unter Aufwendung allen Wissen und Könnens zu erhalten ist und sogar tätigkeitsfremde und nicht (vollständig) erlernte Fähigkeiten zur Anwendung zu bringen sind, um dieses zu schützen. § 12 SanG regelt strikt, ab wann diese Kompetenz angewendet werden darf. Auch ohne Zustimmungsoption der Organisation gewährt diese Bestimmung den Patienten ausreichend Sicherheit. Die Kompetenz darf nur im Notfall angewendet werden und auch nur dann, wenn kein gelinderes Mittel zur Verfügung steht und kein Notarzt in entsprechender Zeit eintrifft. Die eingeräumte mögliche Untersagung der Ausübung durch die Organisation ist schon aus diesem Grund überschießend.

Hinterfragt man das Verbot der Anwendung, so führt dies die Erlernung der Kompetenz ad absurdum. So wird dem Sanitäter die Beherrschung der Fähigkeit zur endotrachealen Intubation mittels Zeugnis bestätigt, die Ausübung jedoch im selben Zeugnis verboten. Diese Absurdität der gesetzlichen Regelung wirft die Frage auf, wozu dann der Gesetzgeber diese Kompetenz überhaupt geschult haben will. Möchte der Gesetzgeber nur eine beschränkte Zahl an freigegebenen NKI, so hätte er richtigerweise den Zugang zur Ausbildung und nicht die Ausübung selbst beschränken müssen.

Zudem werden durch diese Regelung Haftungsfragen, die mit einer Beachtung oder Missachtung eines Verbotes verbunden sind, aufgeworfen. Hält sich nämlich der Sanitäter an die Untersagung, so wird eventuell die Gesetzestreue als Schuldbefreiungsgrund angesehen werden können, das Verbot durch die Organisation wird jedoch zur Haftung aus dem Organisationsverschulden bzw. beim Rechtsträger wegen Verletzung der Aufsichtspflicht führen müssen. Hingegen wird die Missachtung der Untersagung aufgrund der Wertigkeit zwischen Beachtung des Verbots und Versuch der Gefahrenabwehr, auch bei Misserfolg, beim Sanitäter keine Haftung, hingegen auch hier bei der Organisation oder dem Rechtsträger Amtshaftung auslösen.

Aus verwaltungsrechtlicher Sicht stellt die Erlaubnis oder das Verbot der Ausübung einen Verwaltungsakt dar und hat Bescheidcharakter. Ein

⁶³⁷ § 12 Abs 3 Z 1 SanG

Verwaltungshandeln hat immer vom Grundsatz der Effizienz und Rechtssicherheit getragen zu sein. Ein Verbot muss daher sachlich zu rechtfertigen sein, es ist jedoch fraglich, welche sachliche Rechtfertigung man für die Verweigerung einer möglichen lebensrettenden Maßnahme finden kann. Zudem ist der Rechtssicherheit nicht Genüge getan. So sind die Sanitäter, bei Beachtung eines entsprechenden Verbotes, in einem Graubereich. Sie wären aufgrund der einschlägigen Judikatur verpflichtet, alles zur Verfügung stehende zur Gefahrenabwehr einzusetzen und gegen das Patientenwohl lautende Weisungen zu ignorieren. Da hier eine gesetzliche Ermächtigung zur Untersagung vorliegt, hätten die Sanitäter jedes Mal vor einer Kompetenzausübung diese nicht nur aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht zu hinterfragen, sondern auch die rechtlichen Möglichkeiten abzuwägen. Gerade letzteres wird einem Sanitäter nicht zuzumuten sein. Das Verbot wäre daher aus verwaltungsrechtlicher Sicht wegen Verstoßes gegen das Sachlichkeitsgebot wie auch wegen Bedenken hinsichtlich der Rechtssicherheit zu bekämpfen.

Zudem ist auch aus verfassungsrechtlicher Sicht die Rechtswirkung des Verbots zu bezweifeln. Dieses verbietet generell und vorab eine lebensrettende Maßnahme und widerspricht, basierend auf einer einfachgesetzlichen Ermächtigung, dem verfassungsmäßigen Recht auf Leben. Somit steht das Verbot im Widerspruch zur gesetzlichen Verpflichtung der Sanitäter, das Leben zu schützen. Ein Gesetz, das ohne sachliche Rechtfertigung den Rechtsschutz des Lebens generell aufhebt, ist als verfassungswidrig anzusehen. Insbesondere sei hier auf die in Abschnitt I näher beschriebene Rechtssprechung des EGMR verwiesen, der das Recht auf Leben auch auf das Recht auf medizinische Versorgung erstreckt und den Staat verpflichtet alles zu unterlassen, was das Leben oder die Gesundheit des Einzelnen gefährdet und zudem anhält, alle notwendigen gesetzlichen und organisatorischen Maßnahmen zu ergreifen, um das Leben umfassend zu schützen. Die Regelung zum Verbot der Anwendung steht weiters im Widerspruch zur Intention des SanG. Ein solches Verbot ist daher unanwendbar, da auf einer nichtigen gesetzlichen Bestimmung basierend. Dies führt dazu, dass unabhängig von einer Freigabe durch den ärztlichen Leiter der Organisation, diese lebenserhaltende Maßnahme jedenfalls gesetzt werden muss.

Ein medizinisches Problem wird durch das Gesetz ebenfalls zu Lasten des Patientenwohls geregelt. Die Intubation darf nämlich nur OHNE Vormedikation erfolgen. Eine unverständliche Regelung, würde diese streng genommen auch eine gemäß Arzneimittelliste freigegebene Prämedikation ausschließen. Dies führt

zur Situation, dass eine mittels Arzneimittelliste freigegebene Medikation solange zulässig wäre, bis, je nach Interpretation, entweder der Sanitäter die Schulung zum NKI abgeschlossen oder er diese Kompetenz anzuwenden hat. Zudem stellt die Prämedikation, gemeint ist hier wohl die Einleitung einer Narkose und die Relaxierung des Patienten, in Fällen in denen die Intubation durch den Sanitäter unabwendbar wäre, eine notwendige und unabdingbare Maßnahme dar. Hier seien beispielhaft die Anaphylaxie oder ein Krampf im Larynx angeführt, bei denen die Intubation unmöglich ist ohne den Patienten vorher medikamentös zu behandeln. Dies dient nicht dem Wohle des Patienten und ist auch nicht mit dem Schutzzweck des Art 2 EMRK vereinbar.

Schwellen daher die Atemwege eines Patienten in Beisein eines NKI- Sanitäter langsam zu, so müsste dieser nach derzeitiger Rechtslage zuwarten und könnte einen lebenserhaltenden Eingriff nicht durchführen. Dieses Zuwarten wäre vermutlich tödlich. Der Sanitäter, dem eine Prämedikation verwehrt ist, müsste zusehen wie der Patient aufgrund zunehmender Atemnot irgendwann bewusstlos zusammenbricht, da er zunächst keine Notanästhesie durchführen darf. Nach Eintritt des Komas aufgrund Sauerstoffmangels, resultierend aus den zuschwellenden Atemwegen, wird die Intubation zumeist bereits unmöglich sein. Dieses Ergebnis kann dem Gesetzgeber nicht unterstellt werden. Kommt es daher zu einer Situation, in der eine Prämedikation lebensrettend wäre und ist ein entsprechendes Können nachzuweisen, so ist dieses zur Gefahrenabwehr und Lebensrettung anzuwenden.

Beachtlich sind in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen von Hausreither⁶³⁸, die einen „Luftröhrenschnitt“ als „*anerkannte lebensrettende Sofortmaßnahme durch Laien*“ sieht. Ungeachtet der Tatsache, dass Hausreither hier offensichtlich einen Kehlkopfschnitt (Koniotomie) meint, ist die „Anerkennung“ dieser Maßnahme nicht nachvollziehbar. Hierbei handelt es sich vielmehr um einen Noteingriff bei Erstickungsgefahr infolge Atemwegseinengung oberhalb oder im Bereich der Stimmlippen. Zur Durchführung bedarf es eines (kleineren) Hautschnitts, anschließend wäre der Conus elasticus (Ligamentum cricothyroideum s. conicum) zu durchstoßen (am Besten mittels Trokar) oder quer zu durchtrennen und anschließend eine Kanüle in die Luftröhre einzuführen⁶³⁹. Diese medizinische Maßnahme kann, schon aus Gründen der Komplexität, niemals eine „anerkannte“ Methode für Laien darstellen. Vielmehr dürfte Hausreither eine

⁶³⁸ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III..2.2.2, S. 58

⁶³⁹ Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., Stichwort: Koniotomie (2006)

(anerkannte) straffreie Notstandshandlung für den Fall mangelnder Alternativen um jemanden vor dem sicher scheinenden Ersticken zu bewahren mit einer „anerkannten“ Beatmungsmethode verwechseln. Wäre dem nicht so, stellte der Kehlkopfschnitt eine vom Sanitäter zu beherrschende und auch ohne weitere Schulung oder Kompetenzübertragung anzuwendende Fertigkeit dar. Dies wäre jedoch die Freigabe eines riskanten und invasiven Eingriffs, während die Intubation als das gelindere Mittel von einer Schulung abhängig ist.

11.4) Notfallkompetenzverordnung (§ 13 SanG)

Der Bundesminister für Gesundheit hat gem. § 13 SanG das Recht, „entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft weitere Notfallkompetenzen sowie Zusatzbezeichnungen“ mittels Verordnung zu erlassen.

Wie Hausreither⁶⁴⁰ richtig ausführt, sind das Gesetz und insbesondere auch die Notfallkompetenzen geschaffen worden, um den Sanitätern eine qualifizierte Ausbildung zuteilwerden zu lassen und somit eine Erweiterung des Berechtigungsumfangs zu ermöglichen. Diese Erweiterung läuft, gemäß dem bisher Dargestellten, teilweise in einer Art Automatismus durch Entwicklung des medizinisch-technischen Standes, durch die Verpflichtung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung und durch Adaption der Ausbildung, aber auch durch Gesetzesänderungen und Nutzung der Notfallkompetenzverordnung. De lege ferenda sollte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, um über den Verordnungsweg das Gesetz zeitgemäß zu halten und Schwächen des Gesetzes zu bereinigen.

11.5) Geltungseinschränkung der Notfallkompetenzen auf einzelne Bundesländer?

Die Notfallkompetenzen stellen eine Erweiterung des Aufgabenbereiches der Notfallsanitäter dar. Diese Kompetenzen werden nicht für ein Bundesland oder eine Organisation erworben, sondern zur Sicherung des Patienten. Sie sind auch nicht aufgrund einer organisationsinternen Regelung erworben worden, sondern aufgrund eines bundesweit geltenden Ausbildungsgesetzes. So wie die Sanitäterausbildung nicht nur in einem Bundesland gültig ist, so sind auch die Notfallkompetenzen österreichweit gültig und kann die Ausübung durch organisationsinterne Regelungen nicht untersagt werden. Der Sanitäter hätte ein solches Verbot außer Acht zu lassen und seiner Verpflichtung zur lege artis Versorgung nachzukommen.

⁶⁴⁰ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.5.1. 3. Abs, S 72

11.6) Effizienz, Sicherheit und geringster möglicher Eingriff

Der Einsatz wie auch die Ausgestaltung von Kompetenzen unterliegen den Grundsätzen der Effizienz, Sicherheit und geringst möglichen Eingriff in die körperliche Integrität. So ist zwar alles Notwendige einzuleiten, um einen Patienten vor schweren körperlichen Schäden zu bewahren, jedoch sind dabei, gerade im prähospitalen Kurztherapiebereich, jene Mittel und Methoden einzusetzen, die den kürzesten oder geringsten Eingriff darstellen, dabei jedoch die höchstmögliche Sicherheit gewährleisten. Eine überschießende Therapie stellt im Rahmen des Rettungseinsatzes oft keine verbesserte Versorgung dar und kann gegebenenfalls sogar diagnostische Maßnahmen oder alternative (gezieltere) Therapieformen, welche von Spital eingeleitet werden könnten, verzögern oder verhindern.

Die Anwendung von Maßnahmen stehen unter dem Leitsatz: „So viel wie notwendig, so wenig wie möglich“. Dementsprechend ist immer die einzelfallbezogene Abwägung zu treffen, wieweit der Zustand des Patienten einen Eingriff erfordert. Je höher das Risiko ist, dass eine Krankheit oder Verletzung das Leben gefährdet oder nachhaltig die Gesundheit schädigt, umso radikalere und umfassendere Eingriffe sind durch die Sanitäter zu setzen. Da es im Rettungswesen zudem an ausreichenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten mangelt, wird die Sicherung des Patienten Vorrang vor der Wahl eines eventuell gelinderen Mittels genießen. „Soviel wie notwendig“ ist daher großzügig auszulegen.

Bei der Ausgestaltung von Arzneimittellisten ist auf eine Ausgewogenheit von Therapieformen bei gleicher Diagnose aber unterschiedlicher Ausprägung zu achten. So wird es am Beispiel einer Tibiafraktur in einigen Fällen ausreichen, den Patienten entsprechend zu lagern, in anderen Fällen wird dieselbe Fraktur zu schienen sein und in wenigen Fällen sogar eine Schmerztherapie bis hin zur Schockprophylaxe notwendig machen. Daher werden gerade die mittels Arzneimittellisten, aber auch mit Dienstanweisungen oder organisationsinternen Vorgaben übertragenen Versorgungsmöglichkeiten nicht einfach in „Bausch und Bogen“ für alle Patienten gleich gestaltet werden können. Es ist vielmehr auf die Variabilität von Krankheits- und Verletzungsbildern Rücksicht zu nehmen und entsprechend vielfältige Versorgungsalgorithmen mit gestufter Intensität sind zu schaffen. Ein Schaden der aus einem unzureichenden Algorithmus entsteht, wird neben der Organisation auch den zur Aufsicht berufenen Notarzt haftbar machen.

Dass eine abgestufte Versorgung auch auf deutlich lebensbedrohlichere Zustände Anwendung finden kann, zeigt sich am Beispiel einer Bradykardie. Der Zustand des Patienten, der sich aus einem pathologisch verlangsamten Herzrhythmus ergibt, wird oft prähospital nicht versorgungsbedürftig sein, in einigen Fällen wird die Applikation von Sauerstoff erste Abhilfe schaffen. Es kann jedoch auch die Notwendigkeit einer massiveren Intervention bestehen, insbesondere um einen drohenden Schockzustand oder Herzstillstand zu verhindern. In der Literatur sind diesbezüglich, je nach Indikation, Faustschlagstimulation, externes Pacing (Schrittmacher), Titration mit Atropin und im Extremfall Herzdruckmassage vorgesehen⁶⁴¹. Dabei bilden die Titration mit Atropin und das Pacing die geläufigsten Mitteln. Hingegen ist in der Ausbildung zum Sanitäter nur die Sauerstoffgabe und die Herzdruckmassage vorgesehen. Der Sanitäter hätte daher, trotz Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten die oft mit Todesangst einhergeht und bis in eine Schocksymptomatik führen kann, zuzuwarten und erst bei Erreichen einer absolut bedrohlichen Herzfrequenz den vermutlich noch bei Bewusstsein befindlichen Patienten mittels Herzdruckmassage zu versorgen. Bei einer solchen Massage ist es üblich, dass Rippen brechen und sie ist für den Patienten extrem unangenehm. Die gelinderen Methoden, die auch einen nicht mehr beherrschbaren Schock verhindern könnten, sind in keiner Rettungsorganisation geregelt, unterrichtet oder in Arzneimittellisten vorgesehen. Ein Versäumnis in diesen Bereichen kann zu einer massiven Gefährdung des Patienten führen und wäre daher zu beheben.

11.7) Anwendung von Checklisten

In einigen Organisationen wird der Einsatz der Notfallkompetenzen an die Erfüllung von bestimmten Voraussetzungen geknüpft und diese in Checklisten zusammengefasst. Der Sanitäter hat diese Listen Punkt für Punkt abzuarbeiten und schließlich um schließlich ein Einsatzerfordernis der Kompetenz zu bestätigen oder auszuschließen. Dieses System ist in vielen Rettungsorganisationen Europas⁶⁴² gängig und sollte daher als „internationaler Standard“ auch in Österreich Einzug halten.

Eine solche Vorgehensweise stellt ein wichtiges Hilfsmittel in der rettungstechnischen Versorgung dar. Checklisten, wie sie bei Paramedics bekannt sind, garantieren in vielen Fällen eine rasche Versorgung und ein hohes Maß an

⁶⁴¹ European Resuscitation Council (ERC), Leitlinien zur Reanimation 2005, Notfall + Rettungsmagazin, Springer Verlag, Band 9, Heft 1, Februar 2006

⁶⁴² Niederlande (Vuller in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Das Niederländische Rettungssystem, Einleitung und Nationale Protokolle)

Sicherheit für Patient und Sanitäter. Allerdings muss beachtet werden, dass der Sanitäter ggf. auch von einer Checkliste abzuweichen hat und diese Entscheidung selbstständig treffen muss. Eine Abweichung ist zu protokollieren und ausführlich zu begründen. In die Entwicklung dieser Listen sollten Sanitäter daher nicht nur eingebunden werden sondern sie sollten eine tragende Rolle bekleiden.

12) Der Lehrsanitäter

§ 47 SanG regelt, welche Voraussetzung eine Lehrkraft zu erfüllen hat, um im Unterricht angehender Sanitäter eingesetzt zu werden. Dazu berechtigt sind geeignete Ärzte und Personen, die entsprechend ausgebildet sind. Es ist weder bei den Ärzten eine Ausbildung zum Notarzt, noch ist generell eine spezielle, insbesondere pädagogische, Ausbildung notwendig. Auch Lehrsanitäter müssen über keine spezielle Ausbildung verfügen. Von diesen wird im Gesetz nur verlangt, dass sie in 5 Jahren 40 Stunden „einschlägige“ Fortbildung nachweisen können. Was einschlägig ist, verrät uns das Gesetz nicht.

Hier ist der Kritik von Gottwald⁶⁴³ zu folgen, der ausführt: *„Festzustellen was eine fachliche und pädagogische Eignung (zum Lehrenden) ist, liegt damit bei der Organisation. Der Gesetzgeber legt hier offensichtlich weniger Wert auf Qualitätssicherung als in anderen ... Gesundheitsberufen, wo ja wie z.B. in der Krankenpflege sogar ein Universitätslehrgang für die Ausübung von Lehraufgaben erforderlich ist.“*

13) Sanitäterausbildung im europäischen Vergleich

Rechnet man die Ausbildungsstunden, die bis zur Absolvierung des höchsten Ausbildungszieles absolviert werden, zusammen, so kommt man auf insgesamt 1.100 Stunden. Damit liegt Österreich, im Vergleich mit anderen europäischen Staaten im guten Durchschnitt. Immerhin liegt die Sanitäter-Ausbildungsdauer in 3 Staaten bei nur 500 Stunden, 2 Staaten haben eine 500 bis 1.000-stündige Ausbildungsdauer und in 4 Staaten liegt die Ausbildungsdauer über 1.000 Stunden. Von 4 Staaten liegen keine Daten vor⁶⁴⁴. Dennoch wäre eine Intensivierung und stärkere Aufgliederung des Unterrichts im Sinne einer Erhöhung der Versorgungsqualität geboten.

⁶⁴³ Gottwald, Rechtskonflikte innerhalb der Gesundheitsberufe, Kap.III..4., S 117

⁶⁴⁴ Koch, Kuschinsky, Pohl-Meuthen, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Rettungsdienst in Europa – eine vergleichende Bestandsaufnahme

Die Entwicklung der Rettungssysteme orientiert sich immer mehr in Richtung „load and go“, einem strikten Abwickeln von kurzen und auf das Notwendigste beschränkten Versorgungsalgorithmen. Diese Versorgung ist zumeist nicht von den akademischen Heilkünsten der Ärzte abhängig, ein Mediziner wäre hier geradezu überqualifiziert. Die Notwendigkeit eines Notarztes vor Ort besteht nur noch dann, wenn die Algorithmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Transportfähigkeit nicht ausreichen oder der Patient vor Ort therapiert werden muss.

14) Weitere Aufgaben im Rettungswesen

Neben der Wahrnehmung der Aufgaben von Sanitätern und Notärzten sind weitere Tätigkeiten notwendig, um einen reibungslosen Rettungseinsatz zu gewährleisten. Diese finden im SanG keine Erwähnung und sind daher neben bzw. unter analoger Anwendung dieses zu erörtern.

14.1) Leitstellendispatcher (ehem. Leitstellendisponent)

Wie aus den Erläuterungen⁶⁴⁵ hervorgeht, ist der Leitstellendispatcher mit Absicht nicht im SanG geregelt worden.

International besteht die einhellige Meinung, dass es gerade im Bereich der Alarmierung wichtig ist, Personal mit ausreichend Erfahrung, sowohl im Telefondienst als auch im Rettungswesen zu beschäftigen. So wurde in Frankreich bereits 1997 mittels Verordnung die personelle Besetzung von Einsatzleitstellen derart konzipiert, dass Sanitäter, Krankenschwestern und Ärzte mit mindestens zweijähriger Erfahrung den Leitstellendienst übernehmen müssen. Weiters wurde festgelegt, dass es der Leitstelle mittels Funk auch möglich sein muss, zu den anderen Einsatzkräften wie Polizei und Feuerwehr Kontakt zu halten. Kommt es zu einem Notruf, so werden die Daten vom Fachpersonal aufgenommen und die Situation erfasst. Zusätzlich erfolgt anhand der Telefonanrufrufen eine automatische Identifikation des Anrufers, was gegebenenfalls auch Leben retten kann. Der diensthabende Arzt entscheidet dann über die Entsendung des Einsatzmittels⁶⁴⁶. Ein System, durch das nicht nur der Einsatz von erfahrenem Fachpersonal gewährleistet, sondern auch Ärzten eine erste Einschätzung der Krankheitsbilder und damit die Entsendung des richtigen Einsatzmittels ermöglicht wird.

⁶⁴⁵ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 8

⁶⁴⁶ Biehler und Leonhardt in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Die Leitstelle 15 und die medizinische Entscheidung

Anders stellt sich die Situation in Österreich dar, wo die personelle Ausstattung der Leitstellen, nicht zuletzt aufgrund mangelnder landesgesetzlicher Regelungen oder bundesgesetzlicher Ausbildungsvorschriften, vom Betreiber abhängt.

Der Einsatz von schlecht ausgebildeten, unerfahrenen oder mit dem System nicht vertrauten Leitstellenmitarbeitern zieht, abgesehen vom Risiko für den Patienten, auch ein nicht zu unterschätzendes Haftungsrisiko für den Betreiber und den Dispatcher selbst nach sich. So haftet ein Dispatcher nach § 1299 ABGB als Sachverständiger für ein falsch entsandtes Einsatzmittel. Diese Haftung kann nicht nur zivilrechtlicher, sondern auch strafrechtlicher Natur sein. Das Entsenden eines Einsatzfahrzeuges steht immer im Spannungsfeld zwischen Kosteneffizienz und Risikoabwägung, eine Entscheidung, die nur durch erfahrenes und gut geschultes Personal getroffen werden kann.

Ein weiteres, von vielen unterschätztes Haftungsrisiko stellt die Erteilung von so genannten „Blaufahrten“ dar. Will eine Leitstelle einem Einsatzfahrzeug einen „Gefallen tun“ und vergibt daher einen Einsatz anstelle eines Transports oder einer Überprüfungsfahrt, so ist dieses Verhalten strafbar. Dies stellt einen ungerechtfertigten Einsatz dar, der gem. § 7 VStG zu einer Strafbarkeit nach § 26 Abs 1 StVO führt. Der Anordnende ist, sofern er vorsätzlich handelt, als Anstifter zu einer Verwaltungsübertretung zu bestrafen, auch dann wenn er nicht als unmittelbarer Täter handelt⁶⁴⁷. Dies gilt auch, wenn die Leitstelle Einsätze anordnet, nur um rascher wieder über ihre Fahrzeuge verfügen zu können, da dies keine Rechtfertigung zum Gebrauch der Signalanlage gem. StVO sondern vielmehr ein Organisationsversäumnis der Rettungsorganisation darstellt.

14.2) Der Einsatzfahrer

Auch der Einsatzfahrer ist, den Erläuterungen⁶⁴⁸ folgend, absichtlich nicht im SanG geregelt worden. So soll die Qualifikation eines Einsatzfahrers besonders auf die Beherrschung des Fahrzeuges und die Streckenwahl ausgerichtet sein. Eine Abkoppelung dieses Berufes vom Rettungspersonal erweist sich insofern als sinnvoll, als damit die Möglichkeit geboten wird, Fahrer speziell auf ihre Aufgaben zu schulen. Der Einsatz von Fahrern, die keine rettungsdienstlichen Aufgaben erfüllen, ist auch international⁶⁴⁹ gebräuchlich.

⁶⁴⁷ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap IV.3.

⁶⁴⁸ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 8

⁶⁴⁹ Niederlande (Vuller in Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Das Niederländische Rettungssystem, Die Besatzung)

Nur wenn Fahrer (regelmäßig) zur Versorgung von Patienten herangezogen werden, ist auch für sie eine Ausbildung zum Sanitäter erforderlich. Diese ist bereits dann unabdingbar, wenn der Fahrer mit Hilfstätigkeiten wie das Herrichten von Infusionen oder das Aufziehen von Medikamenten beauftragt wird. Nicht notwendig ist eine solche Ausbildung jedoch, wenn dieser nur die notwendigen Geräte vom Fahrzeug zum Versorgungsort bringt oder beim Tragen des Patienten unter Anweisung des Sanitäters hilft. Hierfür ist der Fahrer im Umgang mit den Gerätschaften zu schulen. Ebenso kann der Fahrer für die Grundreinigung des Fahrzeuges Verantwortung tragen, die hygienische Desinfektion oder die Reinigung nach Sondertransporten fällt hingegen ausschließlich in den Aufgabenbereich der Sanitäter.

a) Der „Blaulicht“-Einsatz

Einsatzwarnvorrichtungen und ihre Verwendung werden im Kraftfahrzeuggesetz (KFG) und in der StVO geregelt. Während im KFG die Ausstattung der Fahrzeuge und somit die technischen Anforderungen geregelt werden, ist in der StVO die Verwendung von Blaulicht und Folgetonhorn verankert. Aufgrund dieser Bestimmungen haben die Einsatzfahrer die ordnungsgemäße Funktion der Sondersignale, ebenso wie die sonstige technische Einsatzfähigkeit des Fahrzeuges, zu Dienstbeginn zu überprüfen. Für diese Funktionsfähigkeit übernimmt der Fahrer die Verantwortung.

Welche Kompetenzen mit der Verwendung der Sondersignale verbunden sind, regelt die StVO. Trotz dieser Einrichtung sind Lenker von Einsatzfahrzeugen wie jeder andere Verkehrsteilnehmer an die StVO gebunden. Im Rahmen des Einsatzes bestehen jedoch Ausnahmen⁶⁵⁰.

Gem. § 26 StVO dürfen Lenker von Fahrzeugen, die mit einer Einsatzwarnvorrichtung ausgerüstet sind, unter bestimmten Voraussetzungen diese in Betrieb nehmen. Sobald zumindest eine dieser Vorrichtungen verwendet wird, gilt das Fahrzeug als Einsatzfahrzeug⁶⁵¹. Ab diesem Zeitpunkt ist der Lenker nicht mehr an Verkehrsverbote oder an Verkehrsbeschränkungen gebunden⁶⁵². Die Regeln des Abschnitts II der StVO, betreffend die Fahrregeln, und des Abschnitts IV der StVO, betreffend die Regelung und Sicherung des Verkehrs, werden für Einsatzfahrzeuge außer Kraft gesetzt⁶⁵³. Ebenso ist das Einfahren in

⁶⁵⁰ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Übersicht

⁶⁵¹ § 2 Abs 1 Z 25 StVO; Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap III.2.

⁶⁵² Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap I

⁶⁵³ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap II

Eisenbahnkreuzungen wie auch das Behindern eines geschlossenen Zuges aufgrund eines Blaulichteinsatzes gerechtfertigt⁶⁵⁴.

Während der Einsatzfahrt hat sich der Lenker in Einbahnen, Richtungsfahrbahnen und an Kreuzungen bei rotem Ampellicht an besondere Regeln zu halten⁶⁵⁵.

b) Grenzen des Blaulichteinsatzes

Der Lenker eines Einsatzfahrzeuges muss sich weiterhin an Verkehrsregeln halten, falls er bei Überschreitung dieser Regeln Personen gefährden oder Sachen beschädigen würde. Dabei stellt die StVO absolute Maßstäbe auf, an die sich ein Lenker zu halten hat.

Die Personengefährdung und Sachgefahr ist in diesem Zusammenhang von besonderer Tragweite. Es gibt keine Definition, ab wann eine solche Gefahr besteht. Ähnlich den Regelungen für den normalen Straßenverkehr hat der Fahrer eine Einschätzung der Situation vorzunehmen. Er kann die Wahl der Geschwindigkeit oder das Einfahren in eine Kreuzung bei rotem Ampellicht eigenverantwortlich durchführen, muss jedoch bei diesen Entscheidungen das Risiko so gering wie möglich halten. Die Literatur spricht von einer zulässigen, sozialadäquaten Gefährlichkeit des Einsatzes. Immer dann, wenn ein Einsatz über das Maß einer „sinnvollen“ Allgemeingefährdung hinausragt, ist dieser nicht mehr gerechtfertigt. So kann in einer 30 km/h beschränkten Zone eine massive Überschreitung der Geschwindigkeitsbegrenzung zulässig sein, eine 50 km/h Zone aufgrund der Enge und Unübersichtlichkeit der Straße sogar ein Unterschreiten der höchstzulässigen Geschwindigkeit trotz Einsatzsituation erfordern.

Diese soziale Adäquanz wird mehrfach gesetzlich gefordert. Das Einfahren in eine Kreuzung bei rotem Ampellicht ist beispielsweise erst nach vorangehendem Anhalten und Überzeugen, dass keine Menschen oder Objekte gefährdet sind, erlaubt. Auch das Einfahren in Einbahnstraßen gegen die Fahrtrichtung ist nur dann erlaubt, wenn der Einsatzort nicht anders oder nicht in gebotener Zeit erreichbar ist⁶⁵⁶.

Auch hier ist auf die Maßfigur eines allgemein tüchtigen, mit der Rechtstreue verbundenen und zuverlässigen Menschen abzustellen, der zur Beurteilung des sozialadäquaten Verhaltens herangezogen wird und so die Haftung des

⁶⁵⁴ § 29 Abs 1 StVO; Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap II

⁶⁵⁵ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap I

⁶⁵⁶ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap III.4.

Einsatzfahrers für einen eventuell eingetretenen Schaden ausschließt oder begründet.

Die Gefährdung von Menschen und Objekten ist immer in Bezug zur Sinnhaftigkeit eines Einsatzes zu sehen. Die gesetzliche Ermächtigung, bestimmte Verkehrsnormen überschreiten zu dürfen um ein rasches Erreichen eines Hilfebedürftigen zu ermöglichen, kann durch exzessive Auslegung von Einschränkungen dieser Ermächtigung zu keinem sinnvollen Ergebnis führen. Ein Einsatz kann nur dann keinen Rechtfertigungsgrund darstellen, wenn aus diesem eine über die Sinnhaftigkeit hinausgehende Gefahr erwächst. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Gefahrenabwehr am Patienten im Verhältnis zur Schutzpflicht gegenüber Dritten und Objekten, dem Einsatz entgegensteht. Daher ist das zulässige Risiko immer dann besonders hoch, wenn die Gefährdung des Patienten besonders hoch erscheint. Eine Abwägung, die auch im Sinne der Fahrgemeinschaft im Gesundheitswesen und im Verkehr eine rechtlich vertretbare Lösung darstellt.

Die Regelungen des Abschnitts V der StVO betreffend die allgemeinen Vorschriften über den Fahrzeugverkehr und insbesondere § 5 StVO betreffend die Inbetriebnahme eines Fahrzeuges in einem durch Alkohol beeinträchtigten Zustand, werden durch die Sondervorschriften für Einsatzfahrzeuge nicht aufgehoben. Daher hat sich der Einsatzfahrer an die Signalgebung bei Richtungs- und Spurwechsel zu halten und die Insassen haben den Sicherheitsgurt zu verwenden. An diese Vorschriften sind Einsatzfahrzeuge genauso wie alle anderen Straßenverkehrsteilnehmer gebunden, da die Einsatzfahrt nicht auf Kosten der Verkehrssicherheit gehen soll⁶⁵⁷.

c) Rechtfertigung für einen Einsatz

Die StVO sieht bestimmte Gründe vor, die eine Verwendung der Einsatzwarnvorrichtungen rechtfertigen. Nur wenn einer dieser Gründe vorliegt, ist ein Einsatz gerechtfertigt. Anderenfalls stellt die Verwendung der Einsatzwarnvorrichtung einen Missbrauch dar, der für denjenigen, der diesen zu verantworten hat, strafbar ist⁶⁵⁸.

Die StVO regelt abschließend folgende Gründe als Rechtfertigung für den Einsatz der Signalanlage:

⁶⁵⁷ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap II

⁶⁵⁸ § 26 Abs 1 StVO; Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap IV.1.c.

Gefahr im Verzuge: In § 26 Abs 1 StVO wird zwar nicht geregelt, was genau darunter zu verstehen ist, sie gibt jedoch als Beispiel an: „... Fahrten zum und vom Ort der dringenden Hilfeleistung oder zum Ort des sonstigen Einsatzes ...“. Hierunter sind alle Einsätze der Rettungsdienste und Feuerwehren zu verstehen, soweit diese begründet sind. Bei Rettungsdiensten reicht daher der begründete Verdacht einer erheblichen (oder zumindest nicht gänzlich unerheblichen) Gesundheitsstörung eines Menschen aus, die eine dringende Versorgung des Patienten notwendig macht⁶⁵⁹. Die Möglichkeit eine raschere Dienstbereitschaft wiederherzustellen ist durch das Gesetz nicht gedeckt.

Die Verkehrssicherheit: Hier ist die Abgabe eines Warnzeichens nur an den Ort gebunden, an dem der Verkehr zu sichern ist. Zu verstehen ist darunter beispielsweise die Absicherung einer Einsatzstelle oder eines vermuteten Unglücksortes an der ein Rettungsteam „Nachschau“ hält.

Zur Transportbegleitung: Für den Rettungsdienst unerheblich.

Für Staatsbesuche, sonstige Staatsakte, Akte in Erfüllung völkerrechtlicher Pflichten: Für den Rettungsdienst ebenfalls nahezu unerheblich.

d) Die anderen Verkehrsteilnehmer

Die Sonderstellung von Einsatzfahrzeugen bedeutet für die anderen Verkehrsteilnehmer, dass Einsatzfahrzeuge Vorrang⁶⁶⁰ und sie diesen Platz zu machen haben. Des Weiteren darf kein Lenker einem Einsatzfahrzeug unmittelbar nachfahren. Lenker von Kraftfahrzeugen dürfen, um den Einsatzfahrzeugen Platz zu machen, in eine Kreuzung einfahren⁶⁶¹.

15) Allgemeine Pflichten des Sanitäters

Wie in allen Gesundheitsberufen ist auch für Sanitäter die Wahrung des Wohles des Patienten die oberste Aufgabe. Sanitäter haben eine „über das durchschnittliche Ausmaß hinausgehende Verantwortung über den Menschen zu übernehmen“⁶⁶².

Darüber, wer die primäre Verantwortung über einen Rettungseinsatz trägt, wenn ein Arzt der kein Notarzt ist verständigt wurde, schweigen Gesetz und Erläuterungen. Eine Antwort auf diese Frage ergibt sich aus der Struktur des

⁶⁵⁹ Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, Kap III.1.a

⁶⁶⁰ § 19 Abs 2 StVO

⁶⁶¹ § 26 Abs 5 StVO

⁶⁶² Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 4

Rettungswesens sowie dem Umkehrschluss aus § 40 ÄrzteG. Im Rettungswesen übernimmt im Falle der gleichzeitigen Berufung von Sanitätern und Notarzt letzterer die medizinische (nicht jedoch die rettungstechnische) Leitung des Einsatzes. § 40 ÄrzteG besagt, dass im Notarzdienst nur Ärzte tätig werden dürfen, die eine Ausbildung zum Notarzt erfolgreich abgeschlossen haben. Daraus ergibt sich, dass bei Assistenz eines Arztes, der keine Berechtigung als Notarzt besitzt, die Verantwortung für den Patienten auf für den medizinischen Bereich bei den Sanitätern bleibt. Diese haben ihre gesetzliche Garantenstellung zum Wohle des Patienten im vollen Umfang weiter auszuüben und können sich dieser nicht entledigen. Daher haben die Sanitäter den Einsatz zu leiten, der Arzt ist den Weisungen des Rettungsteams unterworfen. Jedoch kann ein Sanitäter keine medizinischen Weisungen erteilen.

16) Berufs- und Tätigkeitsausweis und Fortbildungspass

Einhergehend mit der Aus- und Weiterbildung ist dem Sanitäter, auf dessen Antrag, ein Ausweis auszustellen. Durch diesen kann er sich seiner Tätigkeit und Qualifikation entsprechend ausweisen. Ebenso kann der Sanitäter einen Fortbildungspass beantragen, in dem seine Notfallkompetenzen, seine Rezertifizierung und seine Fortbildung vermerkt werden. Dieser dient der leichteren Nachweisbarkeit sowie der eigenen Kontrolle der berufsspezifischen Weiterbildung.

IV) Ärzte

Seit Inkrafttreten des SanG sind Sanitäter als eigenverantwortliche Berufssparte geregelt, die einen eigenständigen Aufgabenbereich zugeteilt bekommen hat. Daher haben sich auch die Aufgaben des Notarztes geändert. War dieser bis Inkrafttreten angehalten die Sanitäter anzuweisen und zu beaufsichtigen, so muss er nunmehr nur noch seine eigenen Aufgabenbereiche wahrnehmen und die Aufgaben der Sanitäter diesen überlassen. Er hat über die Tätigkeit der Sanitäter keine Entscheidungs- oder Aufsichtsbefugnis mehr. Vielmehr sind Ärzte und Sanitäter zur gegenseitigen Hilfe und Kooperation bei der Durchführung ihrer Tätigkeiten verpflichtet. Um dem Notarzt die Wahrung seiner Aufgaben zu ermöglichen, ist diesem für die Assistenz bei medizinischen Aufgaben, die er nicht alleine verrichten kann, der Notfallsanitäter zur Mithilfe verpflichtet. Dadurch dürfen jedoch die Wahrnehmung der eigenen Aufgaben der Sanitäter nicht verhindert werden.

1) Selbstständige Berufsausübung (§ 3 Abs 1 ÄrzteG)

Ärzte dürfen, im Gegensatz zu Sanitätern, ihren Beruf nach Maßgabe der §§ 3 Abs 1, 31 ÄrzteG ausüben. Dies bedeutet, dass sie ihre Tätigkeit nicht nur freiberuflich, sondern auch im Rahmen eines Dienstverhältnisses ausüben können⁶⁶³. Ihnen ist es daher möglich, für eine oder mehrere Rettungsorganisationen beruflich wie auch ehrenamtlich tätig zu werden, die Art der vertraglichen Beziehung spielt keine Rolle.

Zur eigenständigen Berufsausübung sind Ärzte für Allgemeinmedizin, approbierte Ärzte sowie Fachärzte ermächtigt⁶⁶⁴. Die Ausübung des Berufs des Notarztes ist an eine zusätzliche Ausbildung geknüpft, die in § 40 ÄrzteG geregelt wird. Ist eine solche nicht vorhanden, so darf ein Arzt nicht im Notarztwesen tätig werden, wohl aber im Rahmen der fachlichen Aufsicht gem. § 23 SanG, die „nur“ einen einschlägig erfahrenen Arzt in dieser Funktion vorschreibt. Es ist jedoch möglich, dass die einzelnen Landesrettungsgesetze an eine Anerkennung als Rettungsorganisation strengere Maßstäbe über die fachliche Aufsicht stellen und somit einen Notarzt auch für diese Funktion vorschreiben.

Ist ein Mediziner in Ausbildung oder im Turnus, so darf er nicht selbstständig als Arzt tätig werden⁶⁶⁵. Dies ergibt sich nicht nur aus § 40 ÄrzteG. Die Tätigkeit als Turnusarzt ist immer an die Aufsicht eines Arztes gebunden und somit ist auch eine eigenverantwortliche ärztliche Tätigkeit im Rahmen des Rettungsdienstes verboten. Dies beschneidet jedoch weder die Rechte, die aus einer anderen Berufsausbildung erwachsen sind, z.B. aus einer absolvierten Sanitäterausbildung, noch die Pflicht zur Gefahrenabwehr, also zur Errettung von Leben und Gesundheit alles Wissen einzusetzen, sofern dafür vorgesehene Maßnahmen nicht ausreichen. Ist ein Medizinstudent oder Turnusarzt gleichzeitig Sanitäter und als solcher im Rettungsdienst tätig, so hat dieser, bei Gefahr im Verzug und in Ermangelung von rechtmäßigen Alternativen, auch seine Fähigkeiten aus seiner „ärztlichen“ Erfahrung zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit anzuwenden. Besteht keine akute Gefahr oder reichen die allgemeinen Arbeitsvorgaben zur Abwehr der Gefahr aus, so reduziert sich die Pflicht zur Gefahrenabwehr auf jene eines „normalen“ Sanitäters.

Innerhalb der Tätigkeit für eine Rettungsorganisation sind Ärzte an innerorganisatorische Weisungen gebunden. Ausgenommen davon sind nur

⁶⁶³ § 3 Abs 2 ÄrzteG; Aigner, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap. 1.3.1.1.

⁶⁶⁴ §§ 3 Abs 1, 31 ÄrzteG

⁶⁶⁵ § 3 Abs 1, 3 und 4 ÄrzteG

solche, die der lege artis Versorgung der Patienten widersprechen oder der Berufspflicht entgegenstehen⁶⁶⁶.

2) Wechselseitige Hilfeleistungspflichten von Ärzten und Sanitätern

Berufsvorbehalte innerhalb der im Rettungswesen tätig werdenden Berufsgruppen führen oft zu Überschneidungen der Kompetenzen. Hier kann als Beispiel die Bergung eines Schwerverletzten herangezogen werden. Die Untersuchung des Patienten fällt in die Aufgabe von Sanitätern wie auch des Notarztes, die Versorgung der Verletzungen ebenfalls. Die Bergung ist dem (alleinigen) Aufgabenbereich der Sanitäter vorbehalten, die Schmerztherapie zumeist jenem der Notärzte. Des Weiteren wäre eine Schockprophylaxe durch Notärzte und Sanitäter zu gewährleisten und der situationsgerechte Transport von den Sanitätern durchzuführen und von den Notärzten, aus medizinischer Sicht, zu unterstützen.

Dass die eben beschriebenen Tätigkeiten weder parallel durchgeführt werden können, noch zu einem gegenseitigen Behindern in der Arbeit führen dürfen, liegt auf der Hand. Die notwendige Arbeitsteilung hat daher nach Überwiegen der Dringlichkeit zu erfolgen, unabhängig von der zur Durchführung ermächtigten Berufsgruppe.

Weitere Überschneidungen können sich aus einer situationsbedingten Verschiebung der Kompetenzen ergeben. Am Beispiel der Bergung liegt die Verantwortung zwar im Tätigkeitsbereich des Sanitätspersonals, wenn jedoch eine medizinisch indizierte spezielle Bergungsmethode notwendig ist, so geht diese vor. Abgrenzungsprobleme ergeben sich daher insbesondere hinsichtlich des Weisungsrechts. Grundsätzlich ist kein ärztliches Weisungsrecht vorgesehen oder kann ein solches aus der Ausbildung zum Notarzt entnommen werden. Es handelt sich daher, soweit überhaupt ein besonderer medizinischer Grund für einen Führungsanspruch des Notarztes vorliegt, um eine interdisziplinäre Tätigkeit. Innerhalb dieser hat jede Berufsgruppe ihre spezifischen Aufgaben zu erfüllen und der jeweilig anderen Anleitungen zur Durchführung der eigenen Aufgabe zu erteilen.

Hingegen werden einige durch das SanG an die Sanitäter übertragene Kompetenzen im Beisein eines Arztes erlöschen. So ist die Durchführung von Untersuchungen zur Sicherung der Vitalfunktionen und Erkennung von Krankheiten an Sanitäter übertragen worden. Im Beisein eines Arztes sind

⁶⁶⁶ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap B.5.

derartige Untersuchungen von diesem durchzuführen. Nur bei Auftreten berechtigter Zweifel an der Qualität oder dem Umfang der ärztlichen Untersuchung wird ein Sanitäter, aufgrund seiner Garantenstellung, diese kontrollieren und ergänzen müssen. Gleiches gilt für den Arzt, auch dieser hat auf die Arbeit der Sanitäter zu vertrauen und erst bei Auftreten berechtigter Zweifel erwächst eine Kontrollpflicht. Solange derartige Zweifel nicht bestehen, gilt für beide Berufsgruppen der Grundsatz des Vertrauens in die Fähigkeiten des anderen.

Eine medizinische Behandlung ist entweder vom Arzt direkt oder unter Zuhilfenahme des Sanitätspersonals durchzuführen. Der Arzt kann jedoch auch bestimmte, vom Berufsbild des Sanitäters erfasste Aufgaben im Einzelfall an diesen zu übertragen. Eine Verpflichtung zur Beziehung oder Übertragung von Aufgaben besteht seitens der Ärzte nicht, sie können, müssen aber nicht, sich des Sanitätspersonals bedienen.

2.1) Übertragung von Aufgaben

Das ÄrzteG ermöglicht es dem Arzt, bestimmte Tätigkeiten an einen Angehörigen eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes zu übertragen, wenn diese Tätigkeit von dessen Berufsbild erfasst ist⁶⁶⁷. Im Bezug auf Sanitäter kann somit nicht nur die Vorbereitung sämtlicher Arzneimittel oder das Bedienen technischer Apparate übertragen werden, sondern auch die Applikation von Medikamenten nach Eintritt vorab definierter Umstände. Die Ausübung dieser Tätigkeiten erfolgt eigenverantwortlich, bedarf daher nicht der Aufsicht des Arztes. Der Arzt trägt in diesen Fällen „nur“ noch die Anordnungsverantwortung⁶⁶⁸.

Wichtig ist jedoch hervorzuheben, dass die Übertragung von Aufgaben immer auf den Individualfall bezogen sein muss. Eine generelle Übertragung ist nicht möglich⁶⁶⁹. Zur Delegation bedarf es keiner besonderen Form, eine kausale Handlung reicht aus. Wird beispielsweise eine bestimmte Aufgabenteilung vereinbart und ist diese mit der Übernahme einer ärztlichen Kompetenz verbunden, so wird in dieser Arbeitsteilung eine Übertragung gesehen werden können.

Vor Inkrafttreten des SanG waren Ärzte verpflichtet, sich der Fähigkeiten der Sanitäter vorab zu vergewissern. Im Zuge der neuen Regelung sind sie von dieser

⁶⁶⁷ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.2.

⁶⁶⁸ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.2.

⁶⁶⁹ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.2.

Verpflichtung entbunden. Vielmehr hat der Arzt nun darauf zu vertrauen, dass mit Einhaltung der für die Berufsausübung vorgeschriebenen Anforderungen der Sanitäter auch in der Lage ist, alle Tätigkeiten, die mit seiner Berufsausübung verbunden sind, zu beherrschen. Die Kontrolle der Fähigkeiten obliegt der Rettungsorganisation.

3) Dringend notwendige ärztliche Hilfe (§ 48 ÄrzteG)

Das ÄrzteG verpflichtet alle Berufsangehörigen zur „*Erstattung dringend notwendiger ärztlicher Hilfe*“. Diese darf nicht verweigert werden. Der Schutzzweck dieser Norm erstreckt sich nur auf Patienten bei denen entweder eine akute Lebensgefahr nicht auszuschließen ist oder eine Verzögerung der Behandlung schwere und nachhaltige gesundheitliche Folgen haben kann. Ansonsten ist ein Arzt nicht verpflichtet Patienten anzunehmen oder zu behandeln.

Der Arzt ist nicht nur verpflichtet dringend notwendige Hilfe zu leisten, er muss auch im Falle einer vermuteten notwendigen Hilfe Nachschau halten und kann sich dabei nicht auf eine bereits verständigte Rettung berufen⁶⁷⁰.

Der Arzt ist weiters verpflichtet, alle in seine ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Patienten unterschiedslos und gewissenhaft zu betreuen⁶⁷¹. Eine solche Übernahme erfolgt in Ausübung der notärztlichen Tätigkeit bereits durch Annahme des rettungsdienstlichen Auftrags, ohne dass es hierfür einer formellen Übernahme als Patient bedürfte. Die öffentlich-rechtlichen Pflichten der Rettungsdienste iVm der gewissenhaften Betreuung gem. ÄrzteG reichen aus, dass Ärzten auch im Hinblick auf Notfallpatienten diese nach dem „state of the art“ zu behandeln und deren Wohl zu wahren haben.

Generell kann ein Arzt von einer Behandlung zurücktreten, im Falle der dringend notwendigen Hilfe und im Falle der rettungsdienstlichen Pflichtübernahme ist dies nicht oder nur stark eingeschränkt möglich, da es den Patienten in einer solchen Akutsituation nicht möglich ist, eine alternative Behandlungsmöglichkeit zu erlangen. Damit kann auch das erforderliche rechtzeitige Anzeigen des Rücktrittes nicht erfolgen und die Behandlung ist fortzuführen⁶⁷². Im Gegensatz zur Vertragsfreiheit bei selbstständigen Ärzten besteht im Rettungsdienst eine Art

⁶⁷⁰ Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap. I.2.4.1, jS 49f; VwGH, Z 564/67; VwSlg 7244 A/1967; siehe auch VwSlg 6719 A/1965

⁶⁷¹ Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap I.2.

⁶⁷² Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, Kap I.2.

„Kontrahierungszwang“ der Notärzte. Sie sind verpflichtet eine Behandlung anzunehmen.

Für diese Annahmepflicht bestehen jedoch Grenzen. Diese ist nämlich dann nicht gegeben, wenn der Patient kein Notfallpatient ist, der einer rettungsdienstlichen Versorgung bedarf. Wenn es sich daher um eine Erkrankung handelt, die auch vom Hausarzt behandelt werden kann oder einen Aufschub ohne gravierende Folgen ermöglicht, so besteht keine Behandlungspflicht und der Patient kann belassen oder an einen Krankentransportdienst übergeben werden. Dies ergibt sich schon aus dem rettungsdienstlichen Auftrag und ist daher auch auf Sanitäter anwendbar. Hinzuweisen ist für derartige Fälle jedoch auf eine ausreichende und sichere Diagnosenstellung, die ein solches Vorgehen erst rechtfertigt.

4) Notärzte

Zur Ausbildung als Notarzt können approbierte Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte zugelassen werden. Diese haben einen 60-stündigen Kurs zu absolvieren, in dem die fachlich relevanten Gebiete behandelt werden⁶⁷³. Alle zwei Jahre sind Notärzte verpflichtet, eine zweitägige theoretische und praktische Fortbildung zu absolvieren. Erfolgt eine solche Fortbildung innerhalb von 3 Jahren nicht, so ist die Abschlussprüfung zum Notarzt zu wiederholen, eine erneute Ausbildung ist hingegen nicht erforderlich. Die Fortbildungen sind von der Ärztekammer auszurichten.

4.1) Aufgaben

Die Tätigkeit der Notärzte umfasst, dem Ausbildungskatalog des § 40 Abs 2 ÄrzteG folgend:

- Reanimation, Intubation und Schocktherapie sowie Therapie von Störungen des Säure-, Basen-, Elektrolyt- und Wasserhaushaltes;
- Intensivbehandlung;
- Infusionstherapie;
- Kenntnisse auf dem Gebiet der Chirurgie, der Unfallchirurgie einschließlich Hirn- und Rückenmarksverletzungen sowie Verletzungen der großen Körperhöhlen, der abdominalen Chirurgie, Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie;
- Diagnose und Therapie von Frakturen und Verrenkungen und

⁶⁷³ § 40 Abs 1 ÄrzteG

- Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin, insbesondere Kardiologie einschließlich EKG-Diagnostik sowie
- Kinder- und Jugendheilkunde.

Somit ist die Aufgabe des Notarztes im Bereich der therapeutischen, diagnostischen sowie chirurgischen Tätigkeit angesiedelt. Gerade letztere kommt im Notarztdienst selten bis überhaupt nicht vor, hier wäre eine Gesetzesänderung de lege ferenda anzustreben.

Zu erkennen ist, dass sich die Tätigkeitsbereiche von Sanitätern und Notärzten im Bereich der Lebenserhaltung und Schockbekämpfung überschneiden, ansonsten sind die Tätigkeiten aufgeteilt.

5) Der Leitende Notarzt

Die Ausbildung zum leitenden Notarzt wurde für Notärzte geschaffen, die sich in leitender notärztlicher Position am organisierten Rettungswesen beteiligen wollen⁶⁷⁴. Um eine solche Funktion ausüben zu können, müssen diese eine einschlägige Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nachweisen. Liegt diese Voraussetzung vor, so kann ein Kurs von 60 Stunden absolviert werden, der mit der Berechtigung abschließt, die entsprechenden Aufgaben auszuüben sowie die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ (im Einsatz) führen zu dürfen. Einer Mindermeinung zufolge, ist neben der erfolgreichen Absolvierung der Ausbildung eine „Ernennung“ bzw. ein „in Funktionssetzen“ notwendig um als leitender Notarzt tätig werden zu dürfen⁶⁷⁵.

5.1) Aufgaben

Der Umfang der Schulung zum leitenden Notarzt ist gesetzlich geregelt. Dabei wird augenscheinlich, dass Personalführung nicht vom Ausbildungsumfang erfasst ist. Die wenigen Ausbildungsinhalte zum Thema „Führung“ betreffen lediglich das Verhalten bei einem Großschadenereignis. Auch die weiteren Lernziele befassen sich vorrangig mit Großschadenereignissen und der Bewältigung von solchen⁶⁷⁶. Die Lehrinhalte gem § 40 Abs 5 ÄrzteG umfassen:

- Lagebeurteilung
- Feststellung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes
- Sammeln und Sichten von Verletzten

⁶⁷⁴ § 40 Abs 4 ÄrzteG

⁶⁷⁵ Emberger, Wallner, Ärztegesetz, S. 156 f

⁶⁷⁶ § 40 Abs 5 ÄrzteG

- Festlegung von Behandlungsprioritäten
- medizinische Leitung von Sanitätshilfsstellen
- Abtransport von Verletzten einschließlich
- Feststellung der Transportpriorität und des Transportzieles
- Beurteilung des Nachschubbedarfs
- ärztliche Beratung der Einsatzleitung
- Zusammenarbeit mit anderen Einsatzleitern
- Mitarbeit in Evakuierungsangelegenheiten
- Mithilfe bei der Panikbewältigung
- Einsatzleitung bei Großeinsätzen
- medizinische Dokumentation

Zur Aufrechterhaltung der Funktion als leitender Notarzt ist alle 4 Jahre eine 15-stündige Fortbildung über theoretische Grundlagen sowie ein Planspiel oder eine Großschadensübung abzuhalten⁶⁷⁷. Auch diese Fortbildung ist von der Ärztekammer auszurichten.

Folgt man dem Ausbildungskatalog so zeigt sich, dass leitende Notärzte prädestiniert wären, die medizinische Leitung von Leitstellen zu übernehmen. Ein Aufgabengebiet das in Hinkunft für Notärzte von zunehmendem beruflichem Interesse sein wird.

5.2) Weisungsbefugnisse im Einsatz

§ 40 Abs 9 ÄrzteG normiert eine medizinische Weisungsbefugnis der leitenden Notärzte gegenüber allen am Einsatzort befindlichen Notärzten, anderen Ärzten sowie gegenüber dem Sanitätspersonal⁶⁷⁸.

Kommt es durch die Zusammenarbeit verschiedener Rettungsorganisationen bei einem Großschadensereignis zu konkurrierenden Ansprüchen auf die Leitung des Einsatzes, so sind zwei Lösungen denkbar. Im Falle der Anwesenheit zweier leitender Notärzte hat primär derjenige, in dessen örtlicher Zuständigkeit sich das Großschadenszenario ereignet hat die Leitung zu übernehmen. Sind beide leitenden Notärzte örtlich zuständig, so entscheidet die fachliche Qualifikation darüber, wer den Einsatz leiten wird. Im Falle der Konkurrenz aus einem örtlich

⁶⁷⁷ § 40 Abs 6 ÄrzteG

⁶⁷⁸ Aigner, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap. 1.3.1.4.

zuständigen Notarzt (der jedoch kein leitender Notarzt ist) und einem tatsächlichen leitenden Notarzt (ev. einer anderen Organisation) hat letzterer gem § 40 Abs 9 ÄrzteG die Führungsaufgaben zu übernehmen.

Eine generelle Ermächtigung zur Führung des Sanitätspersonals auch außerhalb von Großschadensereignissen erteilt diese Bestimmung nicht⁶⁷⁹. Es bleibt vielmehr im „Normalbetrieb“ bei der Aufgabenteilung zwischen Sanitätern und Ärzten und bei der damit verbundenen gegenseitigen Aufsicht, Kontrolle und Hilfeleistungspflicht. Die Aufgaben der Notärzte erwachen daher mit Eintritt eines Großschadens und erlöschen nach Beendigung eines solchen wieder.

V) Gemeinsame Bestimmungen für Ärzte und Sanitäter

Sowohl Ärzte als auch Sanitäter haben als Angehörige eines Gesundheitsberufs Rechte und Pflichten gegenüber Patienten, der Allgemeinheit und dem Arbeitgeber. Die Unterschiede zwischen den Berufen wurden bereits dargestellt, die wichtigsten gemeinsamen Bestimmungen werden nun im Folgenden dargestellt. Eine vollständige Aufzählung ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, zudem wird auf Abschnitt II verwiesen, der die allgemeinen straf- und zivilrechtlichen Pflichten beleuchtet.

1) Aufklärung des Patienten

Die Pflicht einen Patienten vor der Behandlung aufzuklären trifft den Arzt ebenso wie den Sanitäter. Die Aufklärungspflicht wurde bereits in Abschnitt II behandelt, es wird daher auf diesen verwiesen.

2) Dokumentation und Auskunft (§§ 5 ff SanG, § 51 ÄrzteG)

Wie auch anderen Gesundheitsberufen wurde Ärzten und Sanitätern eine Dokumentationspflicht auferlegt. Dabei soll nicht der Selbstzweck im Vordergrund stehen, Ziel ist vielmehr die Nachvollziehbarkeit des Einsatzes und die Qualitätssicherung⁶⁸⁰. Diese Dokumentationspflicht ist in § 5 Abs 1 SanG sowie § 51 Abs 1 ÄrzteG verankert worden und stellt einen Eigenschutz des Berufsangehörigen dar. Eine umfassende und nachvollziehbare Dokumentation kann im Falle eines unvorhersehbaren Ereignisses das Gesundheitspersonal entlasten. Ungenaue und lückenhafte Dokumentationen gehen zu Lasten dieser. So verschlechtert sich die Möglichkeit des Beweises einer nach den Regeln der Kunst durchgeführten Versorgung, da ein Geschädigter in den Genuss der Beweislastumkehr kommt. Während für den Patienten der prima facie Beweis

⁶⁷⁹ Aigner, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap. 1.3.1.4.

⁶⁸⁰ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 5

(Anscheinsbeweis) eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers ausreicht, wertete das Gericht nur belegbare Vorgehensweisen entlastend. Der Gesundheitsberuf hat daher immer sein ordnungsgemäßes Vorgehen zu beweisen.

Die notwendigen Rahmenbedingungen, die eine ausreichende Dokumentation ermöglichen sind von den Organisationen zu schaffen. Schlechte Protokollvorlagen, beispielsweise durch unzureichende Möglichkeit weiterführende Anmerkungen beizufügen oder Patientendaten und Messwerte zu erfassen, führen im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung zu einem Beweisnotstand. Es ist jedem Arzt und Sanitäter anzuraten, regelmäßig ein eigenes Protokoll in Form eines Einsatzbuches zu führen um sich gegebenenfalls über die in den Standardprotokollen geführten Aufzeichnungen hinaus zu rechtfertigen und sein Handeln belegen zu können. Hingegen kann die Dokumentierung im Rahmen von „Routineeinsätzen“ auf den Verweis auf (internen) Standards, mit einer Anmerkung der Abweichungen, reduziert werden⁶⁸¹.

Die Organisationen sind gem. § 5 Abs 3 SanG verpflichtet, die Dokumente der Sanitäter 10 Jahre aufzubewahren. Für Ärzte lässt sich die Verpflichtung der Rettungsorganisationen zur Aufbewahrung der Dokumentation sowohl aus der Struktur des Rettungswesens, die eine getrennte Aufbewahrung von gemeinsamen Einsätzen nicht sinnvoll erscheinen lässt, sowie aus dem Beschäftigungsverhältnis und der Haftung der Organisation ableiten.

Auf Verlangen der Patienten oder ihrer gesetzlichen Vertreter ist diesen Einblick in ihre Unterlagen zu gewähren und gegebenenfalls gegen Kostenersatz eine Kopie auszuhändigen. Dies dient dem Rechtsschutz des Patienten.

Korrelierend mit der Dokumentations- sowie iVm der Verschwiegenheitspflicht legt § 7 Abs 1 SanG sowie § 51 Abs 1 letzter Satz ÄrzteG eine Auskunftspflicht fest⁶⁸². So haben die Organisation die ihr zur Verwaltung übergebenen und das Sanitätspersonal sowie die Ärzte ihre persönlichen Aufzeichnungen offen zu legen sowie Auskunft über die gesetzten Maßnahmen zu erteilen. Adressaten dieser Auskunft sind neben dem Patienten sein gesetzlicher Vertreter oder ein vom Patienten ermächtigter Dritter. Als weitere Auskunftsberechtigte führt § 7 Abs 2 SanG das Pflegepersonal des Patienten an, dies wird in Analogie auch für Ärzte gelten. Gegenüber dem Pflegepersonal darf es jedoch nicht zu einem uneingeschränkten Informationsaustausch kommen. Vielmehr sind nur jene

⁶⁸¹ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III..2.3.2, S. 61

⁶⁸² siehe auch Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 7

Informationen weiterzugeben, die für eine geregelte interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig sind⁶⁸³.

3) Pflicht zur lege artis Behandlung (§ 49 Abs 1 ÄrzteG, § 4 SanG)

In § 49 Abs 1 Satz 2 ÄrzteG werden die primären Pflichten des Arztes geregelt, in § 4 SanG die Fortbildungspflicht und Behandlungsgrundsätze. Durch diese wird den Berufen eine Betreuung des Patienten „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung“ bzw. „nach Stand der medizinischen Wissenschaft“ abverlangt. Verletzen Arzt oder Sanitäter diese Kunstregeln, so verhalten sie sich rechtswidrig⁶⁸⁴. Weitere Ausführungen zur lege artis Behandlung finden sich in Abschnitt II. Zur Wichtigkeit der lege artis Behandlung und der hierzu notwendigen Fortbildung sind zudem die folgenden Ausführungen zu beachten.

4) Fort- und Weiterbildungspflicht (§ 49 Abs 1 ÄrzteG, §§ 4 Abs 2, 50, 51 SanG)

§ 4 Abs 2 SanG und § 49 Abs 1 ÄrzteG regeln eine der wichtigsten Pflichten der Gesundheitsberufe, die Verpflichtung zur tätigkeitsrelevanten Fortbildung. Diese ist von weit reichender Bedeutung. Ärzte und Sanitäter trifft die Verpflichtung sich selbstständig über die aktuellen Entwicklungen im Bereich der von ihnen zu gewährleistenden Versorgung fortzubilden und über den jeweiligen Stand der tätigkeitsrelevanten Wissenschaften informiert zu sein⁶⁸⁵. Speziell verweisen die Erläuterungen zum SanG hier auf § 6 StGB und § 1299 ABGB (siehe hierzu Abschnitt II), um die besonderen Pflichten, die sich aus der Stellung als Sachverständiger ergeben, hervorzuheben. Diese Gesetzesstellen sind auf die ärztliche Tätigkeit gleichermaßen anzuwenden.

Aufgrund der Diktion des SanG zur Aufrechterhaltung der Sanitäterberechtigung, kommt es in der Praxis zu Missverständnissen hinsichtlich des Umfangs der notwendigen Fortbildung. So wird vielfach angenommen, dass ein Sanitäter seiner Fortbildungspflicht bereits mit Absolvierung der vorgeschriebenen 16 Stunden in zwei Jahren nachgekommen wäre. Ein Missverständnis, das schwere Folgen für den Sanitäter haben könnte, haftet er bei unsachgemäßer Tätigkeit aufgrund mangelnder Kenntnis. So meint auch Koppensteiner richtig, dass die Verpflichtung zur Weiterbildung „quasi zur Sorgfaltspflicht gehört“⁶⁸⁶.

⁶⁸³ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 7; Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III..2.3.4 3. Abs., S. 62

⁶⁸⁴ Bernat, Der didaktische Beitrag, Kap 4.1.

⁶⁸⁵ Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 4

⁶⁸⁶ Koppensteiner, Rechtliche Grundlagen für Notfallsanitäter, Kap F

Es ist allen eigenverantwortlichen Gesundheitsberufen gemein, sich über den tätigkeitsrelevanten Stand der Wissenschaft entsprechenden aus-, fort- und weiterzubilden zu müssen. Diese Verpflichtung kann in zwei Kategorien unterteilt werden.

Die erste umfasst eine verpflichtende, nachzuweisende und bestimmten Umfang umfassende Fortbildung, die der Aufrechterhaltung der Berufs- bzw. Tätigkeitsberechtigung dient. Mit Absolvierung dieser darf die Tätigkeit weiter ausgeübt werden. Dies soll dazu führen, dass Angehörige der Gesundheitsberufe Seminare und Vorträge besuchen.

Die zweite Kategorie umfasst die Pflicht sich gemäß dem Stand der Wissenschaft fortzubilden. Für diese besteht keine Nachweispflicht. Vielmehr geht es um eine eigenständige Beschäftigung mit der Materie, die so umfassend sein muss, dass eine ordnungsgemäße Berufsausübung und Versorgung des Patienten auch bei sich ändernden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Berücksichtigung der technischen Neuerungen gewährleistet bleibt. Sie entspricht der eigentlichen Fortbildung nach dem Stand der Wissenschaft. Mit dieser verbunden sind haftungs- und strafrechtlich relevante Fragen hinsichtlich einer ordnungsgemäßen Versorgung und der Beachtung von Schutzpflichten.

4.1) Verbindliche Fort- und Weiterbildung

Mehrfach sind im SanG wie auch im ÄrzteG die Verpflichtungen zur Weiterbildung verankert. Aber auch andere Rechtsquellen fordern eine solche, wie z.B. § 6 StGB oder § 1299 ABGB.

Im Gegensatz zum GuKG⁶⁸⁷ wurde im ÄrzteG und SanG keine Trennung zwischen Fortbildung und Weiterbildung vorgenommen. Während das GuKG und das ÄrzteG⁶⁸⁸ im Bereich der Aufrechterhaltung der Fähigkeiten von Fortbildung spricht, bezeichnet das SanG⁶⁸⁹ diese als Weiterbildung. Aufgrund der engen Verflechtung der Gesundheitsberufe wäre eine einheitliche Bezeichnung innerhalb der Gesundheitsberufe de lege ferenda anzustreben.

In Verbindung mit der verpflichtenden Rezertifizierung wie auch der Überprüfung der Kenntnisse der Intubation schreibt Hausreither⁶⁹⁰, dass *„der Dienstgeber oder der Rechtsträger, für den Sanitäter tätig sind, sicherzustellen haben, dass*

⁶⁸⁷ §§ 63 und 64 GuKG

⁶⁸⁸ § 49 Abs 1 2. Satz ÄrzteG

⁶⁸⁹ §§ 50 f SanG

⁶⁹⁰ Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.3.6, S 65f

*Möglichkeiten der Überprüfungen zu gewährleisten sind*⁶⁹¹. Die Organisation hat daher auch dann die Überprüfung durchzuführen oder zumindest auszurichten, wenn sie selbst weder über eine Ausbildungsstätte noch über die notwendige Ausstattung verfügt. Sie hätte sich in solchen Fällen offensichtlich Dritter zu bedienen.

In Analogie zu den Anrechnungsmodalitäten für Prüfungen und Module gem. SanG im Rahmen der Ausbildung, ist ein Zeugnis einer medizinischen oder veterinärmedizinischen Universität sowie einer Ausbildungseinrichtung eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes ausreichend, um als erfolgreiche Überprüfung angerechnet zu werden. Ebenso wird es sich mit Zeugnissen von allgemein anerkannten Organisationen verhalten. Bei der Anrechnung ist jedoch zu überprüfen, ob die Anforderungen im sachlichen Umfang entsprechen.

a) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. §§ 50 und 51 SanG

Die Berechtigung zur Ausübung der Tätigkeit des Sanitäters ist an eine verpflichtende Fortbildung, eine Rezertifizierung und eine körperliche und geistige Eignung gebunden⁶⁹¹. Liegt eines dieser Kriterien nicht mehr vor, so ruht die Berechtigung solange, bis das erforderliche Ausmaß an Fortbildungsstunden nachgewiesen wird, die Rezertifizierung bestanden wurde oder die körperliche und geistige Eignung wieder vorliegt.

Im Bezug auf die Fortbildungsstunden kommt es zu einer Kumulation (Addition) der versäumten Stunden, das heißt, alle 2 Jahre werden die vorgeschriebenen Stunden zu den bisher versäumten hinzugezählt. Letztlich ist auch ein Erlöschen der Berufsberechtigung vorgesehen, nämlich dann, wenn das Ausmaß an nachzuholenden Fortbildungsstunden die Dauer von 100 Stunden übersteigt. Sind diese überschritten, so ist die Ausübung der Tätigkeit als Sanitäter erst wieder nach Absolvierung der Gesamtausbildung möglich⁶⁹².

Liegt keine Berechtigung zur Berufs- bzw. Tätigkeitsausübung mehr vor oder ruht diese, so sind der Tätigkeitsausweis und der Fortbildungspass von Amts wegen durch die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu entziehen. Nach Wiederherstellung der Voraussetzung hat die Behörde auf Antrag des Sanitäters die Ausweise wieder auszufolgen⁶⁹³. Eine im Bezug auf den Fortbildungspass befremdende Regelung. So ist dieser geschaffen worden, um Aus- und Fortbildungen zu belegen und dem Sanitäter einen raschen Überblick über noch

⁶⁹¹ § 26 SanG

⁶⁹² Erläuterungen zur RV SanG, Besonderer Teil, zu Art I § 26

⁶⁹³ § 25 SanG

ausständige Schulungen zu ermöglichen. Wie soll der Sanitäter die Fortbildung nachweisen oder seine Schulungen koordinieren, wenn der hiezu geschaffene Fortbildungspass von der Behörde eingezogen wurde? De lege ferenda ist diese Bestimmung zu sanieren.

Die Rezertifizierung muss alle 2 Jahre durchgeführt werden und beinhaltet eine Wiederholung und Vertiefung der Herz-Lungen-Wiederbelebung inklusive der Verwendung eines halbautomatischen Defibrillators. Diese Rezertifizierung ist von einem Arzt durchzuführen⁶⁹⁴. Wurde diese nicht rechtzeitig durch den Sanitäter erbracht, so darf dieser bis zur Erbringung des Nachweises seine Tätigkeit nicht mehr ausüben. Zu einer Addierung von Rezertifizierungsstunden kommt es im Gegensatz zu den Fortbildungsstunden nicht.

Die Fortbildungs- und Rezertifizierungspflicht ist in den §§ 50 und 51 SanG geregelt. Hierin wird der Sanitäter verpflichtet „*Informationen über die neuesten berufseinschlägigen Entwicklungen und Erkenntnisse*“ zu erlangen, sowie zu einer „*Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten*“⁶⁹⁵ angehalten. Der Besuch solcher Kurse ist dem Sanitäter zu bestätigen. Der Rechtsanspruch darauf kann vor der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde geltend gemacht werden.

Aus ausbildungstechnischer Sicht ist die Fortbildung von 16 Stunden auf 2 Jahre nicht sonderlich geglückt. Es erweist sich als Problem, dass viele Sanitäter lediglich diese 16 Stunden absolvieren und dennoch im Rettungsdienst tätig bleiben. Zudem muss die Frage zulässig sein, wie man das gesamte Aufgabengebiet des Sanitäters in nur 8 Stunden jährlich auffrischen und zudem von Neuentwicklungen ausreichend Kenntnis erlangen soll. Will der Gesetzgeber einen hohen Qualitätsstandard im Rettungswesen erreichen, ist eine massive Erhöhung der Weiterbildungsstunden unumgänglich.

b) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. § 51 Abs 3 SanG

Sanitäter mit Notfallkompetenz Intubation haben diese Kenntnisse, zusätzlich zu den anderen Fortbildungsstunden, alle 2 Jahre durch einen qualifizierten Arzt überprüfen zu lassen⁶⁹⁶. Eine Überprüfung der anderen Notfallkompetenzen wurde hingegen nicht festgelegt. Auch dieses Versäumnis wäre de lege ferenda im Sinne des Patienten zu korrigieren.

⁶⁹⁴ § 51 Abs 1 SanG

⁶⁹⁵ § 50 Abs 1 Z 1 und 2 SanG

⁶⁹⁶ § 51 Abs 3 SanG

c) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. § 49 Abs 1 ÄrzteG

Bei Ärzten ist der zeitliche Umfang von Weiterbildungsveranstaltungen, die diese zu besuchen haben, von der Ärztekammer festzulegen. Ebenso hat sie Veranstaltungen zu organisieren, Zeugnisse darüber auszustellen und den Umfang der anzurechnenden Fortbildungsstunden festzulegen.

d) Umfang der Weiterbildungspflicht gem. § 40 ÄrzteG

Für Notärzte und leitende Notärzte besteht zudem eine Weiterbildungspflicht gem. § 40 ÄrzteG, die bereits oben näher erörtert wurde.

4.2) Eigenverantwortliche Fortbildung (§4 Abs 2 SanG, §§ 2, 49 Abs 1 ÄrzteG, § 6 StGB und § 1299 ABGB)

Wie mehrfach angesprochen ist die Fortbildung nicht auf die, in §§ 50 und 51 SanG bzw. auf die gem. § 49 Abs 1 ÄrzteG von der Ärztekammer festgesetzten, Stunden begrenzt. Vielmehr handelt es sich um eine viel weiterreichende Verpflichtung die sich insbesondere aus § 4 Abs 2 SanG, §§ 2, 49 Abs 1 ÄrzteG, sowie §§ 2, 6 StGB und § 1299 ABGB ableiten lässt. Sie umfasst jenen Umfang, der notwendig ist, um eine ordnungsgemäße und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung des Patienten zu gewährleisten⁶⁹⁷. Eine Unterlassung dieser eigenverantwortlichen Fortbildung stellt einen Verstoß gegen die allgemeinen Prinzipien der Berufsausübung dar und macht Sanitäter und Ärzte straf- und haftbar.

a) Lex artis vs. Lehrmeinung

Der Schutz des Lebens stellt das höchste Rechtsgut dar. Demzufolge ist alles zu unterlassen, das die körperliche Integrität und Gesundheit schädigt und alles zu unternehmen, das diese wieder herstellt, das Leben eines Patienten rettet oder zumindest eine gewisse Chance darauf bietet.

Im Rahmen von Aus- und Fortbildungen sowie anderen Schulungen (Studium der Pharmazie, Human- und Veterinärmedizin, Ausbildungen zu Krankenpflege- oder Sozialberufen, udgl.), erlangen Gesundheitsberufe Kenntnisse und Fähigkeiten, die nicht (unmittelbar) in den Tätigkeitsbereich von Sanitätern oder Notärzten fallen. Stellen Sanitäter mit ausreichend hoher Sicherheit fest, dass das Leben oder die Gesundheit eines Patienten nachhaltig gefährdet ist, so haben sie vorrangig alle Möglichkeiten auszuschöpfen, die ihnen für die Situationsbewältigung rechtlich und organisationsintern zur Verfügung stehen.

⁶⁹⁷ vergleiche Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.3.5, S 63

Reichen diese Möglichkeiten nicht mehr aus und ist ein Sanitäter in einer Tätigkeit geschult, die eine Abwehr der Gefahr herbeiführen kann, so ist diese Fähigkeit selbst dann einzusetzen, wenn der Sanitäter hierin nicht in Übung steht oder diese Tätigkeit nicht in seinen „normalen“ Aufgabenbereich fällt⁶⁹⁸. Dies trifft auch auf Notärzte zu, jedoch wird hier der Rahmen des jedenfalls zu beherrschenden medizinischen Wissens und Könnens sehr weit auszulegen sein, so dass derartige Notstandssituationen nicht sehr häufig zu tragen kommen.

Für die Laienhilfe wurde der Grundsatz erarbeitet, dass im Zusammenhang mit der Laien-Frühdefibrillation kein Ärztevorbekalt verletzt werden kann, da es sich um eine gerechtfertigte Notstandshandlung handelt⁶⁹⁹. Auch wurde hier mit der minütlich sinkenden Überlebenschance argumentiert und daher der Einsatz durch Laien in Ermangelung eines Arztes befürwortet. Allerdings sehen die Autoren bei der Durchführung von lebenserhaltenden Maßnahmen durch professionelle Hilfskräfte (insb. Sanitätspersonal und gehobener Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege) eine problematische Rechtsstellung, wenn sich diese auf eine Notstandshandlung berufen. Hierin ist Skiczuk und Wenda zuzustimmen, das diese Tätigkeit in den Aufgabenbereich der primären Gefahrenabwehr fällt. Für diese Berufe handelt es sich daher um eine berufsimmanente Tätigkeit oder eine der *lex artis* entsprechende lebenserhaltende Maßnahme. Wären jedoch für bestimmte Notfälle keine entsprechenden Regelungen getroffen worden, so könnten solche gesetzlichen oder organisatorischen Versäumnisse nicht den einzelnen belasten⁷⁰⁰. Es sind dann auch für Gesundheitsberufe Notstandshandlungen in Ausübung ihrer Profession möglich und rechtlich gefordert.

Sanitäter und Ärzte können sich bei ihrer Tätigkeit, wenn sie *lege artis* erfolgt, auf § 4 Abs 1 und 2 SanG bzw. §§ 2, 49 Abs 1 ÄrzteG berufen, die eine Ausübung der Tätigkeit nach „*fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnissen*“ normieren. Zudem kommt § 94 iVm § 2 StGB⁷⁰¹ zu tragen. Der Tatbestand des Imstichlassens eines Verletzten verpflichtet zum Tätigwerden, also zur Abwehr der Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung. In Verbindung mit der Garantenstellung kann dies nur zu dem Ergebnis führen, dass eine erlernte oder eintrainierte Abwehrhandlung auch einen Rechtfertigungsgrund der Kompetenzüberschreitung darstellt.

⁶⁹⁸ OGH, 8 Ob 63/85; Reischauer, Rummel Kommentar zum ABGB, § 1299, RZ 3 und § 1297, RZ 3

⁶⁹⁹ Skiczuk, Wenda, Frühdefibrillation durch Laien, Kurztext

⁷⁰⁰ Vergleiche auch Ausführungen zu Arzneimittellisten und Freigabe der Intubation

⁷⁰¹ § 94 StGB Imstichlassen des Verletzten; § 2 StGB Garantenstellung

Skiczuk und Wenda bejahen eine Notstandshandlung bei der Errettung eines Menschen aus einer lebensbedrohlichen Situation, schränken diese Tätigkeiten jedoch auf Handlungen ein, die angemessen und im gegebenen Fall das einzige Mittel zur Abwendung sind⁷⁰². Dieser Meinung ist zu folgen. Verweisend auf das zu § 1299 ABGB Gesagte, ist festzuhalten, dass Sanitäter und Ärzte immer dann haften, wenn sie entweder eine Methode, die dem Stand der Wissenschaft entspricht, nicht kennen oder eine Methode, die sie kennen und die zur Errettung geführt hätte (oder hätte können), nur deshalb nicht anwenden, weil sie nicht von jedem Berufsgruppenvertreter angewendet wird.

Aigner⁷⁰³ schreibt unter Bezugnahme auf die Fortbildungspflicht von Gesundheitsberufen richtig: *„Haftungsrechtliche Risiken, die sich aus einer Vernachlässigung der Fortbildung und dadurch bedingter Kunstfehler ergeben, liegen auf der Hand. Dabei wird die Aussage des OGH, die Verpflichtung, sich durch ständige Fort- und Weiterbildung Kenntnisse über den jeweils aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu verschaffen, schließe es aus, sich auf lokale Übung oder subjektive Überzeugung der an einem Krankenhaus tätigen Mediziner zu beschränken, wohl ungeteilte Zustimmung finden.“* Mit anderen Worten ist eine Fortbildung, die alleine den medizinisch-wissenschaftlichen Stand einer einzigen Institution widerspiegelt, nicht ausreichend. Ein Tätigwerden, ausschließlich anhand solcher Information, soweit diese dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht umfassen, begründet einen Verstoß gegen die Fortbildungspflicht und ist somit haftungsbegründend. Das Tätigwerden am Patienten anhand von Organisationsvorgaben, die im Widerspruch zum Stand der Wissenschaft stehen, ist rechtswidrig. Die Bindung des Personals (nahezu) ausschließlich an eigene Fortbildungskurse und das Nichtanerkennen fremder Seminare und Behandlungsschemata stellt nicht nur eine Verletzung des Berufsrechts sondern zudem, aufgrund falscher Belehrungen durch die Organisation über die Fortbildungspflicht, ein Organisationsverschulden dar.

Wie flexibel das System aus der Verpflichtung zur lege artis Behandlung und dem raschen Wandel der medizinischen Wissenschaft ist, zeigt sich eindrucksvoll am Urteil des Oberlandesgerichtes Köln vom 13.2.2002⁷⁰⁴. Hier wurde ein Arzt zu einer Schadenersatzleistung verpflichtet, weil er eine notwendige frühzeitige Defibrillation nicht durchgeführt hatte und die Patientin einige Tage später verstarb. Der Arzt hatte nach Absturz der Sauerstoffsättigung und Eintritt eines

⁷⁰² Skiczuk, Wenda, Frühdefibrillation durch Laien, Kap C.1.

⁷⁰³ Aigner, Risiko und Recht der Gesundheitsberufe, Kap B. Abs 8

⁷⁰⁴ OLG Köln 5 U 95/01

Kreislaufstillstandes ein Notfall-EKG abgeleitet, aus dem keine spezifische Diagnose gestellt werden konnte (also ob eine Asystolie oder ein feinkurvigem Kammerflimmern vorlag). Die Ärzte reanimierten daraufhin ohne zu defibrillieren. Diese Vorgehensweise war bis 1991 *lege artis*, die in diesem Jahr verlautbarten Richtlinien zur Wiederbelebung der Bundesärztekammer empfahlen ab 1991, bei unsicherer Diagnose eine Defibrillation durchzuführen. Die im Jahr 2005 veröffentlichten ERC-Guidelines zur Reanimation⁷⁰⁵ empfehlen nunmehr, aufgrund der geringen Erfolgsaussichten, eine solche „blinde“ Defibrillation nur bei beobachtetem Herzstillstand zu versuchen, ansonsten zunächst mit Herzdruckmassage zu reanimieren und erst nach Vorliegen eines eindeutig diagnostizierbaren Kammerflimmerns zu defibrillieren. Hätte der Arzt daher vor 1991 oder nach 2005 klagsgegenständlich gehandelt, wäre sein Vorgehen *lege artis* erfolgt und die Klage gegen ihn wäre abzuweisen gewesen. Da sich der Vorfall zwischen 1991 und 2005 ereignete, war dieser aufgrund der Richtlinien der Bundesärztekammer zu einer anderen Vorgehensweise verpflichtet und konnte im Schadenersatzprozess nicht obsiegen.

5) Verschwiegenheitspflicht (§ 6 SanG, § 54 ÄrzteG)

Sanitäter und Ärzte sind, neben den strafrechtlichen Bestimmungen, auch berufsrechtlich zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. Darunter fallen insbesondere persönliche Krankendaten der Patienten.

Diese Verschwiegenheitspflicht kann bzw. muss in bestimmten Fällen durchbrochen werden. Nicht überraschend ist die Entbindung in den Fällen der § 6 Abs 2 Z 1 bis 3 SanG. Hierunter fallen die Meldung von Gesundheitsdaten, die durch das Gesetz als meldepflichtig ausgewiesen sind, wichtige Mitteilungen an die Sozialversicherungsträger sowie die Weitergabe im Fall der Entbindung von der Schweigepflicht durch den Betroffenen. § 54 ÄrzteG regelt dieselben Ausnahmen und spricht von Geheimnissen, die durch die Berufsausübung bekannt geworden sind. Eine Einschränkung auf die ärztliche Ordination oder das Spital gibt es nicht. Aus dem Sozialversicherungsrecht, den Anzeigepflichten nach den Seuchengesetzen oder der Verpflichtung aus dem Behandlungsvertrag ergeben

⁷⁰⁵ European Resuscitation Council (ERC), Leitlinien zur Reanimation 2005, Notfall + Rettungsmagazin, Springer Verlag, Band 9, Heft 1, Februar 2006

sich weitere Meldepflichten. Somit sind Arzt wie Sanitäter im Rettungsdienst verpflichtet, in den beschriebenen Fällen Daten weiterzugeben.

Nicht aus einer gesonderten Regelung, sondern aus der Auslegung der §§ 49 Abs 1 und 2 i.V.m. 54 ÄrzteG sowie § 9 Z 7 DSGVO, aus der Verpflichtung aus dem Behandlungsvertrag sowie der allgemeinen Pflicht zur kooperativen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen ergibt sich, dass Patientendaten, die zur Abwehr einer akuten Gesundheitsgefährdung notwendig sind, dem entscheidenden Notfallteam, insbesondere dem Rettungsdienst bekannt zu geben sind⁷⁰⁶. Diese Meinung teilte auch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Rahmen einer Anfragenbeantwortung⁷⁰⁷.

Die Frage, welche Daten genau unter den § 6 Abs 2 Z 4 SanG und § 54 Abs 2 Z 3 ÄrzteG genannten Fällen zu verstehen sind, ist aus diesen Bestimmungen nicht abschließend erkennbar. Jene genannten Daten, die von Interesse für die öffentliche Gesundheitspflege sind, lassen sich noch verhältnismäßig einfach erfassen. Darunter fallen Informationen von Patienten mit Krankheiten, die für die Allgemeinheit eine potentielle Gefahr darstellen oder bei denen vermutet werden muss, dass von ihnen eine solche ausgehen könnte. Zudem zählen hierzu alle Krankheiten, die in einer speziellen gesetzlichen Regelung erfasst sind wie beispielsweise im Epidemiegesetz, Tuberkulosegesetz, udgl.

Hingegen ist keine deutliche Abgrenzung erkennbar, welche Daten der Gesetzgeber unter den ebenfalls erfassten, „für die Rechtspflege unbedingt erforderlichen“ versteht. Da in einem arbeitsteiligen System Ärzte und Sanitäter gleichermaßen im Einsatz sind, und es nicht zu einer Umgehung der Schweigepflicht eines Gesundheitsberufs durch Befragung eines anderen kommen darf, ist von einer Analogie innerhalb aller Gesundheitsberufe auszugehen. Betrachtet man die Versorgung als „Kette“, ausgehend von der prähospitalen Erstversorgung hin zu einer Behandlung im Spital, so erweitert sich Analogie um die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen des Krankenpflegepersonals.

Welche Daten daher weitergegeben werden können, ist anhand der Berufsgesetze der Ärzte, Sanitäter und Krankenpflegeberufe zu erschließen. Letzteres lässt dann eine Bekanntgabe von Berufsgeheimnissen zu, wenn dies „für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des

⁷⁰⁶ Gerhard Aigner, Helmut Schwamberger, Weitergabe von Patientendaten, S. 94f; Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap.III.2.3.4. 4. Abs, S 62

⁷⁰⁷ BMGF zu GZ 92101/0012-I/7/2006

*Landes, die Verteidigung der Ordnung, zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist*⁷⁰⁸. Die Wahrung der öffentlichen Ruhe und Ordnung, Verhinderung von strafbaren Handlungen und der Schutz der Moral zeigen, dass eine Weitergabe von Berufsgeheimnissen primär der Abwehr künftiger Gefahren und nicht der Aufklärung bereits geschehener Verstöße dienlich sein soll. Ebenso ist an der Formulierung zu erkennen, dass der Staat nur jene Bereiche von der Verschwiegenheitspflicht ausgenommen sehen will, die eine direkte Gefährdung des Staates selbst oder zumindest eines großen Teiles seiner Bevölkerung oder wichtiger Teile der Wirtschaft darstellen. Alle anderen Geheimnisse wären nicht weiterzugeben, die Angehörigen der Gesundheitsberufe könnten sich dann auf die Schweigepflicht berufen.

Wie bereits dargestellt, beinhaltet diese Entbindung lediglich das Recht des Gesundheitsberufes, die genannten Daten ohne vorheriges Einverständnis des Patienten an die berufenen Organe weiterzugeben. Diese wären die Justiz- und Sicherheitsbehörden. Eine Weitergabe an andere ist nicht von der Entbindung erfasst. Eine entsprechende Verpflichtung zur Weitergabe dieser Daten müsste gesetzlich geregelt werden.

In § 54 Abs 4 u. 5 ÄrzteG⁷⁰⁹ werden Anzeigepflichten geregelt. So sollen Tatsachen zur Anzeige gebracht werden, die von Dritten gegen den Patienten gerichtet waren und *„eine gerichtlich strafbare Handlung den Tod oder die schwere Körperverletzung herbeigeführt“* haben oder bei denen *„ein Minderjähriger misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht“* worden ist. Diese Sollbestimmung verpflichtet den Arzt dazu, dann Anzeige zu erstatten, wenn keine wichtigen Gründe dagegen sprechen. Dies durchbricht nicht nur die Verschwiegenheitspflicht, sondern weicht zudem von der erlaubten hin zu einer verpflichtenden Weitergabe ab.

Die Verschwiegenheitspflicht ist zudem gem. ständiger Judikatur zugunsten der Strafgerichtsbarkeit durchbrochen. In seiner Rechtssprechung verwehrt der OGH im Strafverfahren die Berufung der Ärzte - und wohl auch anderer Gesundheitsberufe - auf die Schweigepflicht. Die zugrunde liegende Grundsatzentscheidung stammt jedoch aus der Zeit vor der Novelle des GuKG.

⁷⁰⁸ § 6 Abs 2 Z 2 GuKG

⁷⁰⁹ § 54 Abs 2 Z 3 ÄrzteG

Auch die Novelle der Strafprozessordnung sieht ein Entschlagungsrecht nur für Psychologen und Psychiater vor⁷¹⁰. Dass diesen Berufen ein solches zugesichert wird ist verständlich, da die Bekanntgabe von, den Patienten rechtlich belastenden Tatsachen oftmals therapierelevant sein könnte und aufgrund des notwendigen therapeutischen Naheverhältnisses ein Entschlagungsrecht unumgänglich ist. Warum hingegen den zumeist neben Psychiatern mit demselben Krankheitsbild befassten Allgemeinmediziner, durch die eine ambulante psychiatrische Therapie erst möglich wird und die ein ebensolches Vertrauensverhältnis aufbauen müssen, ein Entschlagungsrecht verwehrt wurde, ist unverständlich. So könnte durch die Einvernahme des Allgemeinmediziners die Schweigepflicht des Psychiaters umgangen werden. Ein ähnliches Problem mit der Verletzung des Vertrauensverhältnisses zeigt sich bei einer ambulant, durch den Hausarzt durchgeführten Entzugstherapie und ähnlichen Behandlungen. Das Vertrauensverhältnis ist hier dem Gesetzgeber offensichtlich weniger wichtig als bei psychisch Kranken. Verbindet man die Verschwiegenheitspflichten der Gesundheitsberufe, die Anzeigepflichten sowie die Rechtsprechung und die Novelle zur StPO, so wäre eine neue Grundsatzjudikatur zur Schaffung von mehr Rechtssicherheit notwendig.

Abschließend ist daher festzuhalten, dass eine verpflichtende Bekanntgabe jener Behandlungsdaten, die einer Anzeigepflicht oder einem Anzeigerecht zugrunde liegen, für das Strafverfahren unbestritten ist. Eine Bekanntgabe von Daten zur Vermeidung schwerwiegender Verbrechen wird ebenfalls zu bejahen sein. Die Weitergabe von Patientendaten, die diesen Kriterien nicht entsprechen, wäre jedenfalls überprüfungswürdig.

6) Wahl des geeigneten Krankenhauses

Die Wahl der sachlich und örtlich geeigneten Krankenanstalt ist dem Leiter des Einsatzes, bei Einsätzen mit einem Notarzt aufgrund der medizinischen Indikation letzterem überlassen.

Das angefahrene Krankenhaus muss räumlich und fachlich geeignet sein, den Anforderungen, die sich aus dem Krankheitsbild ergeben, zu genügen. Andererseits ist ein Patient nicht in die am höchsten qualifizierte Krankenanstalt zu transferieren. Die Aufgabe des Rettungsdienstes liegt in einer raschen Versorgung und Sicherung des Patienten und nicht in der Vorbereitung der bestmöglichen Therapie. Daher hat der Rettungsdienst jenes Spital auszuwählen, in dem das

⁷¹⁰ § 157 Abs 1 Z 3 StPO

Wohl des Patienten gesichert werden kann. Um für eine bestmögliche Therapie zu sorgen, hat das Spital eventuell eine Verlegung zu veranlassen.

7) Patientenübergabe (§ 22 KAKuG)

Eine der wichtigsten Aufgaben des Rettungsdienstes ist die ordnungsgemäße Übergabe des Patienten an das Spital. Eine solche ermöglicht nicht nur die reibungslose Weiterbehandlung von Notfallpatienten, auch kann sich *„die Rettungsgesellschaft ihres Schützlings kaum formlos entledigen“*⁷¹¹.

In § 22 KAKuG wird die Aufnahme von Patienten geregelt. Hierin heißt es: *„... Unabweisbare Kranke müssen in Anstaltspflege genommen werden.“*⁷¹² und *„Öffentliche Krankenanstalten sind weiters verpflichtet, Personen, für die Leistungsansprüche aus der sozialen Krankenversicherung bestehen, als Pfleglinge aufzunehmen.“*⁷¹³

Somit ist im Rettungsdienst zwischen zwei Kategorien von Patienten zu unterscheiden. Zur ersten zählen jene Patienten, die gem. § 22 Abs 4 KAKuG unabweisbar krank sind. *„Als unabweisbar im Sinne des Abs. 2 sind Personen zu betrachten, deren geistiger oder körperlicher Zustand wegen Lebensgefahr oder wegen Gefahr einer sonst nicht vermeidbaren schweren Gesundheitsschädigung sofortige Anstaltsbehandlung erfordert, sowie jedenfalls Frauen, wenn die Entbindung unmittelbar bevorsteht. Ferner sind Personen, die auf Grund besonderer Vorschriften von einer Behörde eingewiesen werden, als unabweisbar anzusehen.“*⁷¹⁴ Es ist durch die Landesgesetzgebung⁷¹⁵ sicher zu stellen, dass genügend Plätze zur Versorgung solcher unabweisbarer Patienten zur Verfügung stehen. Sind alle Plätze in der allgemeinen Gebührenklasse belegt, so hat die Krankenanstalt *„ohne Verrechnung von Mehrkosten so lange in die Sonderklasse aufzunehmen, bis der Platzmangel in der allgemeinen Gebührenklasse behoben ist und der Zustand des Kranken die Verlegung zuläßt.“*⁷¹⁶ Eine Abweisung von Patienten ist daher nur bei vollständiger Belegung möglich, wenn die Versorgung nicht gewährleistet werden kann. Jedoch ist die Erstbehandlung in dringenden Fällen, zumindest die Stabilisierung des Patienten um einen Weitertransport zu ermöglichen, auch dann nicht abzulehnen.

⁷¹¹ Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, Einleitung

⁷¹² § 22 Abs 2 3. Satz KAKuG

⁷¹³ § 22 Abs 2 letzter Satz KAKuG

⁷¹⁴ § 22 Abs 4 KAKuG

⁷¹⁵ § 18 Abs 1 KAKuG

⁷¹⁶ § 22 Abs 5 KAKuG

Wird ein Patient in Folge einer ärztlichen Anordnung in ein Krankenhaus verbracht, so regelt § 22 Abs 3 KAKuG, dass „Personen, deren auf Grund ärztlicher Untersuchung festgestellter geistiger oder körperlicher Zustand die Aufnahme in Krankenanstaltspflege erfordert“ anstaltsbedürftig sind und von der Krankenanstalt aufgenommen werden müssen.

Diese Regelungen treffen nicht nur öffentliche Krankenanstalten sondern auch jene der Gebietskörperschaften sofern keine ausreichende Versorgung durch öffentliche Anstalten gewährleistet ist⁷¹⁷. Des weiteren sind die Länder verpflichtet, gegebenenfalls durch Verträge mit privaten Anstalten, für die ausreichende Versorgung von unabweisbaren Patienten zu sorgen⁷¹⁸. Dies führt dazu, dass auch private Anstalten zu einer Übernahme verpflichtet werden.

Darüber, wie eine geordnete Übergabe abzuwickeln ist, geben weder SanG, Landesrettungsgesetze noch das KAKuG Auskunft. Somit obliegt es der Landesgesetzgebung, ob sie eine solche Übergabe gesetzlich regelt. Derzeit sehen die Landeskrankenanstaltengesetze keine Regelungen vor⁷¹⁹. Es wäre jedoch im Sinn der Krankenanstalten entsprechende Übergabemodalitäten zu schaffen, um unmittelbar nach Eintreffen der Rettungsfahrzeuge die Patienten gemäß der Dringlichkeit zu versorgen und einen geregelten Ablauf zu ermöglichen. Versäumnisse, die sich aus dem Unterlassen der Schaffung von „Übergabeabläufen“ ergeben stellen ein Organisationsverschulden dar.

Sind keine Regelungen getroffen worden, so hat eine ordnungsgemäße Übergabe anhand des tatsächlichen Gebrauches, unter möglicher Wahrung der Gefahrenabwehrpflicht zu erfolgen. Die Patientenübergabe an einen „x-beliebigen“ Mitarbeiter des Krankenhauses ist unzulässig⁷²⁰. Jedoch ist nicht Voraussetzung, dass jede Übergabe auch tatsächlich an einen Arzt zu erfolgen hat⁷²¹. Vielmehr ist darauf abzustellen, ob der Übernehmer eine von der Krankenanstalt hierfür legitimierte Person ist. Eine Anscheinsvollmacht reicht aus. Entsprechend tätig werdende Mitarbeiter der Ärzteschaft oder des Pflegepersonals ermöglichen somit eine haftungsbefreiende Übergabe. Von Seiten des Spitals ist darauf zu achten, dass eine rasche und sichere Übergabe an geeignete Organe erfolgt.

⁷¹⁷ § 40 Abs 1 Lit a KAKuG

⁷¹⁸ § 18 Abs 1 KAKuG

⁷¹⁹ Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, Einleitung

⁷²⁰ Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, Einleitung

⁷²¹ anderer Ansicht Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, Einleitung

Die Übergabe ist vollendet, sobald sich der Patient in der Obhut eines (dazu legitimierten) Mitarbeiters des Spitals befindet. Dies geschieht durch förmliche Annahme des Patienten oder durch Entlassen des Rettungsteams. Es kann jedoch auch durch eine konkludente Handlung zur Übernahme kommen, indem beispielsweise der Patient im Beisein des Arztes oder der Krankenpflege auf ein Bett der Krankenanstalt gelegt wird oder ein Mitarbeiter die Anamnese des Patienten aufnimmt⁷²². Jedenfalls sollte die Übergabe schriftlich bestätigt werden. Verweigert das Krankenhaus diese Bestätigung, so ist eine solche vom Patienten zu einzuholen. Verweigert auch dieser muss dies protokolliert werden.

Mit der Übergabe erlöschen nicht sofort alle Pflichten, die aus der Garantenstellung erwachsen sind. So ist nach erfolgter Übergabe im Falle eines Personalnotstands auch weiterhin die Versorgung aufrecht zu erhalten und dem Spitalpersonal bzw. -verantwortlichen zu assistieren. Diese Tätigkeiten werden dann unter der Leitung und auf Verantwortung des Spitals durchgeführt.

8) Checks and Balances

Der Begriff „checks and balances“ kommt aus dem Anglikanischen und spiegelt sowohl die enge Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe, als auch deren gegenseitige Kontrollpflicht wider. Verankert werden solche Pflichten zumeist in Guidelines, die je nach Anlassfall den einzelnen Berufsgruppen spezifische Rechte und Pflichten zuweisen.

Richtungsweisend für das Rettungssystem könnte eine Guideline⁷²³ sein, die eine enge Zusammenarbeit und gemeinschaftliche Entscheidungsfindung zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft im Bereich des Reanimationsabbruches bzw. dessen Unterlassung regelt. Gerade diese Zusammenarbeit ist hierzulande nicht genügend ausgeprägt. Findet eine solche zwischen gleichgestellten Berufsgruppen statt, so bildet sich breiteres Spektrum an Akzeptanz für die gefällten Entscheidungen. Zudem kommt es aufgrund der gemeinsamen Auseinandersetzung mit der Materie sowie unterschiedlicher Gesichtspunkte und Wissensstände zum nötigen Maß an Sicherheit für den Patienten.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf das in den Guidelines geregelte Verfahren zur Entscheidungsfindung zu verweisen. Gerade, wenn es um kritische Situationen oder Behandlungen geht, können solche Eckpunkte, wie sie die Guideline vorsieht, von Relevanz sein. So regelt die Guideline:

⁷²² anderer Ansicht Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, Kap A.

⁷²³ Guidelines by the British Medical Association and the Royal College of Nursing

Paragraph 3 states:

“The overall responsibility for a DNR decision rests with the consultant in charge of the patient’s care. This should be made after appropriate consultation and consideration of all aspects of the patient’s condition. The perspectives of other members of the medical and nursing team, the patient and with due regard to patient confidentiality, the patient’s relatives or close friends, may all be valuable in forming the consultant’s decision.”

Paragraph 10 provides:

“Discussions of the advisability or otherwise of CPR will be highly sensitive and complex and should be undertaken by senior and experienced members of the medical team supported by senior nursing colleagues. A DNR order applies solely to CPR. It should be made clear that all other treatment and care which are appropriate for the patient are not precluded and should not be influenced by a DNR order.”

Somit wird nicht nur eine engere Zusammenarbeit unter den Gesundheitsberufen forciert, sondern es erfolgt auch eine Bindung an die Richtlinien. Dieses Verfahren ist nicht nur auf den Reanimationen anwendbar, es kann vielmehr auf alle Bereiche der Zusammenarbeit erweitert werden. Der vom Arzt getrennte und eigenverantwortliche Aufgabenbereich der Sanitäter hat zu einer verstärkten Wahrnehmung der eigenen Pflichten geführt, um so eine weitgehende Sicherheit für den Patienten zu schaffen. Es ist notwendig, resultierend aus der Garantenstellung der Berufsgruppen, dass in Hinkunft solidarisch entschieden aber auch solidarisch gehaftet wird. Nur für den Fall keiner Einigung, hat der Leiter des Einsatzes eine entsprechende Entscheidung autonom zu fällen.

9) Einbindung anderer Gesundheitsberufe

Rettungseinsätze führen oft an Orte, an denen andere Gesundheitsberufe tätig sind oder zu Notfällen, bei denen zufällig anwesende Angehörige von Gesundheitsberufen bereits Hilfe leisten. Da diese Personen oftmals ihre Hilfe beim Einsatz anbieten, ist jedenfalls auf ein kollegiales Vorgehen zu achten. Einerseits soll sich niemand, der freiwillig kompetente Hilfe anbietet „vor den Kopf gestoßen“ fühlen, andererseits könnte durch Beiziehung jemand eine Tätigkeit im Namen und in Verantwortung der Gemeinde bzw. Landes ausüben, zu der er weder berechtigt noch befähigt ist. Da die Verantwortung über Material und Ausrüstung im Zuständigkeitsbereich des Sanitätspersonals liegt, fällt die „Freigabe“ der Mitarbeit von Hilfspersonen vorrangig in deren Kompetenzbereich.

Nur hinsichtlich der Unterstützung bei ausschließlich medizinischen Tätigkeiten obliegt die Entscheidung dem Notarzt.

Die Zuhilfenahme fremder Fachkräfte kann manchmal nützlich sein. Es ist jedoch zu beachten, dass es nicht Aufgabe und Teil der Ausbildung anderer Gesundheitsberufe ist, im Rettungswesen tätig zu werden. Wenn kein Personalnotstand vorliegt, sollte eine Hilfestellung aus haftungsrechtlichen Gründen abgelehnt werden. Umgekehrt ist die Zuhilfenahme immer dann zu rechtfertigen, wenn zusätzliche qualifizierte Hilfe benötigt wird.

Anders verhält es sich bei der Zuziehung von Hebammen. Viele Notärzte haben nur ungenügende Erfahrung in der Geburtshilfe. Auch das Sanitätspersonal ist für solche Fälle zumeist nicht in Übung. Hebammen dürfen eine Spontangeburt selbstständig durchführen und sind auch bei „Notfallgeburten“ zuständig. Zudem genießen Hebammen hohes Ansehen und Vertrauen und wird von der Gebärenden durch Beiziehung Stress genommen. Eine von Hebammen angebotene Hilfe sollte daher nicht abgelehnt werden.

Rechtlich kann die in Analogie zur Beziehungspflicht eines Notarztes begründet werden. So hat ein Sanitäter, so kein Notarzt zur Verfügung steht, im Notfall auch einen sonstigen Arzt zur Hilfeleistung heranzuziehen. Dies schließt einerseits die Beziehung eines anderen qualifizierten Berufs nicht aus, andererseits soll durch diese Bestimmung die fachliche Unterstützung gesichert werden. Muss ein Sanitäter einen ggf. in dieser Situation weniger qualifizierten Beruf beiziehen, so ist die Konsultierung eines qualifizierteren Berufs jedenfalls statthaft. So ist die Beziehung einer Hebamme immer dann geboten, wenn damit eine ordnungsgemäße Versorgung garantieren ist.

VI) Organisatorische Führung des Sanitätspersonals

Aufgrund der selbstständigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit vieler Gesundheitsberufe ist innerhalb dieser ein interner Führungsanspruch erkennbar. Ein solcher wurde bereits im Rahmen des GuKG für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege verankert, der eine Kontrolle durch Ärzte, auch im Spitalsbetrieb undenkbar macht.

Mit Inkrafttreten des SanG wurde auch die Trennung von Ärzten und Sanitätern vollzogen. Dies wirft Fragen hinsichtlich einer Weisungsstruktur auf und ggf. welche Bereiche von dieser betroffen sind.

Dass innerhalb der Organisation Weisungen erteilt werden dürfen ist unstrittig. Ebenso ist die Bindung von Ärzten an fachliche Weisungen von vorgesetzten Ärzten in Krankenanstalten unbestritten⁷²⁴ und ist so auf den Rettungsdienst übertragbar. Solche Weisungen sind im Sinne des Wohles des Patienten zu überprüfen und widrigenfalls zu verweigern⁷²⁵.

So besteht auch eine Weisungsbefugnis der Organisation hinsichtlich nicht-medizinisch-wissenschaftlicher Belange gegenüber allen Mitarbeitern. Da es unbestritten ist, dass Ärzte ihre fachlichen Weisungen nur von (übergeordneten) Ärzten erhalten können, wird diese Regelung auch auf den Sanitätsbereich anzuwenden sein. Will der Gesetzgeber eine Weisungsbindung an eine andere Berufsgruppe, so regelt er dies gesondert, wie beispielsweise im MTD-Gesetz hinsichtlich der biomedizinischen Analytiker, die explizit in ihrer Tätigkeit einem Arzt unterstellt sind. Nur scheinbar deutet § 23 SanG eine solche an. Dieser regelt hingegen zwar die Aufsichtspflicht des Organisationsarztes hinsichtlich medizinisch-wissenschaftlicher Belange, nicht jedoch einen Führungsanspruch oder ein Weisungsrecht. Wollte der Gesetzgeber ein solches, so hätte er dies entsprechend geregelt.

Daraus ist zu folgern, dass die fachliche Führung von Ärzten und Sanitätern getrennt zu organisieren ist. Es wären daher sowohl ein ärztlicher als auch ein sanitätsdienstlicher Leiter zu bestellen und gegebenenfalls diese in einer interdisziplinären Führung für Fragen, die beide Berufsgruppen betreffen, zusammenzuführen.

Dieses System ist insbesondere ebenfalls dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege bekannt und in den §§ 11 ff GuKG geregelt. Daraus ergibt sich für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege, dass im Falle einer notwendigen Assistenz bei ärztlichen Tätigkeiten eine Anforderung der Diplompflege möglich und aufgrund der interdisziplinären Tätigkeit verpflichtend ist. Die eigentlichen Führungs- und Weisungsbefugnisse bleiben jedoch bei der Pflegedienstleitung. Dies wäre ein System, das eine sinnvolle und sachlich zu rechtfertigende Trennung der Berufsgruppen ermöglicht.

⁷²⁴ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.; Aigner, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Kap. 1.3.1.1.

⁷²⁵ Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, Kap C.

Abschnitt V - Anhänge

I) Abstract - deutsch

Im Rahmen dieser Dissertation werden die Kompetenzlage sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen des österreichischen Rettungswesens vollständig aufgearbeitet. Im ersten Abschnitt findet sich eine kurze historische Darstellung der Entwicklung des Rettungswesens in Österreich, zumal Österreich eine Vorreiterrolle in der Entwicklung des organisierten Rettungsdienstes innerhalb Europas einnahm. Im zweiten Abschnitt wird – erstmals ohne Rückgriff auf Hilfskonstruktionen – nachgewiesen, dass die Wahrnehmung rettungsdienstlicher Aufgaben hoheitliches Handeln darstellt. Zudem wird wissenschaftlich fundiert belegt, dass entgegen der herrschenden Meinung auch privatrechtlich organisierte und von Gemeinden oder Ländern beauftragte Rettungsorganisationen hoheitlich tätig sind und es sich bei deren Beauftragung um eine zulässige Beleihung handelt. Basierend auf diesem Ergebnis findet die Einordnung der Rettungsdienste in die Hoheitsverwaltung statt und werden relevante Rechtsschutzinstrumente dargestellt.

Im dritten Abschnitt sind wichtige straf- und zivilrechtliche Aspekte des Rettungswesens aufgearbeitet wie Fragen der Haftung, Aufklärung, Einwilligung in die Heilbehandlung sowie der Versorgung von nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten. Im vierten Abschnitt werden die arbeits- und berufsrechtlichen Grundlagen abgeklärt, mit Hauptaugenmerk auf dem Sanitätergesetz, durch das Weisungsrechte, Zusammenarbeit und Kompetenzverteilung zwischen den beteiligten Gesundheitsberufen neu geregelt wurden. Darüber hinaus werden in dieser Dissertation jene Schwächen des Sanitätergesetzes aufgezeigt, die einer dringenden Sanierung bedürfen.

Vergleicht man die Ergebnisse dieser Arbeit mit der gelebten Praxis, so zeigt sich die Notwendigkeit, gesetzlich geforderte Standards vermehrt umzusetzen und den Beruf des Sanitäters weiter zu stärken. Die in einigen Bereichen unzureichende Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (z.B. eine umfassende Ausgestaltung von Arzneimittellisten) stellt einen Missstand dar, dem von allen Verantwortlichen dringend entgegen zu wirken ist.

II) **Abstract - englisch**

Within the framework of this dissertation, constitutional competencies as well as other norms concerning the Austrian rescue system are analyzed. The first part gives an overview of the history of the Austrian rescue system, as it has been used as a model for rescue systems in other countries all over Europe. In the second part it is proven that actions of rescue teams are sovereign acts. It is further argued - against the prevailing view - that even organizations constituted under private law and authorized by a municipality or a province act with sovereignty and that it is legally possible to entrust these organizations with public power. Based on this finding the rescue system as part of the state power and existing legal remedies are discussed.

The third part deals with important civil and criminal law aspects, especially legal questions concerning liability, education and informed consent as well as the treatment of patients who are incapable of acting and taking decisions on their own. Within the fourth section, labour law implications and professional regulations are discussed, with focus on the Austrian Paramedics Act (Sanitätäergesetz), which reorganizes orders, cooperation and competences of different health care professionals. Some weaknesses of the Paramedics Act are pointed out that would need quick action of the legislative authority.

When comparing the findings of this dissertation with the prevailing praxis in the rescue system and administration, the necessity to fully implement standards as laid down in the laws becomes clear, combined with the need to strengthen the position of paramedics in Austria. The lack of implementation of standards in some areas of concern (e.g. lists of medications) constitutes a problem and a grievance that all responsible parties need to tackle together.

III) **Lebenslauf - Curriculum Professionis**

1) persönliche Daten:

Vorname	Felix
Nachname	Andreas
Akademischer Grad	Magister der Rechtswissenschaften
Geboren	13. August 1971, Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich

2) Beruflicher Werdegang:

- | | |
|--------------------------|--|
| seit Dezember 2007 | Geschäftsführer bei Aus-, Fort-, und Weiterbildung für Gesundheits- und Sozialberufe, Gottwald & Partner |
| seit Februar 2008 | Of Counsel bei AVIA Law Group Wien (Medizin-, Arbeits- und Sozialrecht) |
| April 2006 – Jänner 2008 | Rechtsanwaltsanwärter bei AVIA Law Group Wien (Ausbildungsanwalt Dr. Winalek) |

3) Akademische Laufbahn:

- | | |
|---------------------------|--|
| März 1999 - April 2003 | Diplomstudium der Rechtswissenschaften an der Universität Wien |
| Mai 2003 bis Februar 2009 | Amtshaftung vs. Dienstnehmerhaftung bei ausgegliederten und beliehenen Rechtsträgern |

4) weitere Tätigkeiten:

- | | |
|---------------|---|
| seit Mai 2006 | Unterricht im Rahmen der Ausbildung von Gesundheitsberufen für namhafte Ausbildungseinrichtungen wie das BFi-Niederösterreich, das Wifi-Wien, die body & health academy, die Volkshochschule Simmering oder das Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes |
|---------------|---|

5) Vorträge/Tagungen:

- | | |
|--------------------|--|
| 24. September 2004 | 8. Int. Notfallkongress der Wr. Rettung, „Zurück ins Leben?!?“ - Reanimationsabbruch und -verweigerung durch ärztliches und nichtärztliches Sanitätspersonal |
| 29. März 2005 | Arbeiter Samariter Bund Wien, „Sachwalterschaft und Einwilligung in die medizinische Heilbehandlung“ |
| 14. Oktober 2006 | 9. Int. Notfallkongress der Wr. Rettung, „Notfallkompetenzen aus rechtlicher Sicht“ |

12. Dezember 2006

Wiener Rettung, MA 70, „Haftung bei
Rettungseinsätzen“

Abschnitt VI - Literaturverzeichnis

1. Reichsgesetzblatt, 142. Reichsgesetz, 21. Dezember 1867, Staatsgrundgesetz vom 21. Dezember 1867 über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger für die im Reichsrat vertretenen Königreiche und Länder
2. Gesetzblatt für das Land Österreich, 60. Stück, 10. Juni 1938, Kundmachung 170/1938 des Reichsstadthalters in Österreich, Bekanntmachung über das Deutsche Rote Kreuz im Lande Österreich wodurch die Verordnung über das Deutsche Rote Kreuz im Lande Österreich vom 23. Mai 1938 bekannt gemacht wird
3. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 20. Bundesgesetz, 18. Dezember 1948, Bundesgesetz vom 18. Dezember 1948, womit die Haftung des Bundes, der Länder, der Bezirke, der Gemeinden und der sonstigen Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts für den in Vollziehung der Gesetze zugefügten Schaden geregelt wird (Amtshaftungsgesetz)
4. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 189. Bundesgesetz, 9. September 1955, Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG)
5. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1. Bundesgesetz, 1957, Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
6. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 210. Bundesgesetz, 1958, Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten samt Zusatzprotokoll vom 4. November 1950 (Verfassungsbestimmung: Die Europäische Menschenrechtskonvention ist gemäß BVG BGBl. Nr. 59/1964 mit Verfassungsrang ausgestattet)
7. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 80. Bundesgesetz, 31. März 1965, Bundesgesetz vom 31. März 1965 über die Beschränkung der Schadenersatzpflicht der Dienstnehmer (Dienstnehmerhaftpflichtgesetz)
8. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 328. Bundesgesetz, 19. Juni 1968, Bundesgesetz vom 19. Juni 1968 über den Obersten Gerichtshof
9. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 460. Bundesgesetz, 1969

10. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 60. Bundesgesetz, 23. Jänner 1974, Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch - StGB)
11. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 286. Bundesgesetz, 15. Mai 1987, Bundesgrundsatzgesetz vom 15. Mai 1987 über die Auskunftspflicht der Verwaltung der Länder und Gemeinden (Auskunftspflicht-Grundsatzgesetz)
12. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 684. Bundesgesetz, 29. November 1988, Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988 über den Schutz der persönlichen Freiheit
13. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 566. Bundesgesetz, 1991, Bundesgesetz über die Organisation der Sicherheitsverwaltung und die Ausübung der Sicherheitspolizei (Sicherheitspolizeigesetz - SPG)
14. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 310. Bundesgesetz, 1994, Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG)
15. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 378. Bundesgesetz, 1996, Bundesgesetz, mit dem die Ausbildung zu Tätigkeiten, die durch Rechtsvorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens geregelt sind, hiezu nicht berechtigten Einrichtungen untersagt wird (Ausbildungsvorbehaltsgesetz)
16. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 108. Bundesgesetz, 1997, Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) erlassen wird, sowie das Krankenpflegegesetz, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Ärztegesetz 1984 geändert werden
17. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 169. Bundesgesetz, 1998, Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998)
18. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 165. Bundesgesetz, 1999, Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 - DSG 2000)
19. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 30. Bundesgesetz, 18. Jänner 2002, Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter erlassen wird und das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das

- Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz geändert werden (SanG)
20. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 169. Bundesgesetz, 23. Dezember 2002, Bundesgesetz über die Berufe und die Ausbildungen zum medizinischen Masseur und zum Heilmasseur (Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz - MMHmG)
 21. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 19. Bundesgesetz, Strafprozessreformgesetz, 23. März 2004, Bundesgesetz, mit dem die Strafprozessordnung 1975 neu gestaltet wird (Strafprozessreformgesetz), (NR: GP XXII RV 25 AB 406 S. 51. BR: 6999 S. 706.)
 22. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 151. Bundesgesetz, 23. Dezember 2005, Bundesgesetz über die Verantwortlichkeit von Verbänden für Straftaten (Verbandsverantwortlichkeitsgesetz - VbVG); (NR: GP XXII RV 994 AB 1077 S. 122. BR: AB 7387 S. 725.)
 23. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 6. Bundesgesetz, 16. Februar 2004, GuKG-Novelle 2003; (NR: GP XXII RV 71 AB 107 S. 29. BR: AB 6823 S. 700.) [CELEX-Nr.: 32001L0019]
 24. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 55. Bundesgesetz, 8. Mai 2006, Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG); (NR: GP XXII RV 1299 AB 1381 S. 142. BR: AB 7518 S. 733.)
 25. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 92. Bundesgesetz, 23. Juni 2006, Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG 2006; (NR: GP XXII RV 1420 AB 1511 S. 153. BR: AB 7566 S. 735.)
 26. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 57. Bundesgesetz, 9. April 2008, Gesundheitsberufe-Rechtsänderungsgesetz 2007 – GesBRÄG 2007; (NR: GP XXIII RV 435 und Zu 435 AB 481 S. 53. BR: AB 7901 S. 754.)
 27. Regierungsvorlage, 872 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. GP, Bundesgesetz mit dem ein Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter erlassen wird und das Bundesgesetz über die Regelung des medizinisch-technischen Fachdienstes und der Sanitätshilfsdienste, das Ausbildungsvorbehaltsgesetz und das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz geändert werden, 2001

28. Regierungsvorlage, 1299 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXII. GP, Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG), 2006
29. Erläuternde Bemerkungen zur Regierungsvorlage (EBVR), 1299 der Beilagen XXII. GP – Regierungsvorlage - Materialien
30. Verordnung, Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 8. August 1982 über Einbeziehungen in die Zusatzversicherung in der Unfallversicherung, BGBl. Nr. 408/1982
31. Verordnung, Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales über eine Einbeziehung in die Zusatzversicherung in der Unfallversicherung, BGBl. Nr. 362/1995
32. Verordnung, Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zum Sanitäter – Sanitäter-Ausbildungsverordnung – San-AV, BGBl. Nr. 420/2003
33. Bescheid des Bundesvergabeamtes, Bescheid vom 22.11.1999, F-16/99-9
34. Landesgesetzblatt für Burgenland, LGBl. Nr. 21/2001, Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)
35. Landesgesetzblatt für Niederösterreich, LGBl. 0001-12, Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)
36. Landesgesetzblatt für Oberösterreich, LGBl. Nr. 89/2001, Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)
37. Landesgesetzblatt für Steiermark, LGBl. Nr. 101/2002, Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)
38. Landesgesetzblatt für Tirol, LGBl. Nr. 90/2003, Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta)
39. Landesgesetzblatt für Burgenland, LGBl. Nr. 30/1996, Burgenländisches Rettungsgesetz 1995
40. Landesgesetzblatt für Kärnten, LGBl. Nr. 96/1992, Gesetz vom 9. Juli 1992 über die Förderung anerkannter Rettungsorganisationen (Kärntner Rettungsdienst-Förderungsgesetz -K-RFG)
41. Landesgesetzblatt für Niederösterreich, LGBl. Nr. 9430/1974, Gemeinde-Rettungsdienstgesetz

42. Landesgesetzblatt für Oberösterreich, LGBl. Nr. 27/1988, Gesetz vom 4. März 1988 über das Hilfs- und Rettungswesen im Land Oberösterreich (Öö. Rettungsgesetz 1988)
43. Landesgesetzblatt für Salzburg, LGBl. Nr. 78/1981, Gesetz vom 8. Juli 1981 über das örtliche Hilfs- und Rettungswesen im Lande Salzburg (Salzburger Rettungsgesetz)
44. Landesgesetzblatt für Steiermark, LGBl. Nr. 20/1990, Gesetz vom 7. Dezember 1989 über die Rettungsdienste (Steiermärkisches Rettungsdienstgesetz)
45. Landesgesetzblatt für Tirol, LGBl. Nr. 40/1987, Gesetz vom 25. Mai 1987 über das Rettungswesen (Tiroler Rettungsgesetz)
46. Landesgesetzblatt für Vorarlberg, LGBl. Nr. 46/1979, Gesetz über das Rettungswesen
47. Landesgesetzblatt für Wien, LGBl. Nr. 22/1965, Gesetz betreffend das Rettungs- und Krankenbeförderungswesen in Wien (Wiener Rettungs- und Krankenbeförderungsgesetz)
48. Landesgesetzblatt für Wien, LGBl. Nr. 39/2004, Wiener Rettungs- und Krankentransportgesetz (WRKG)
49. Landesgesetzblatt für Burgenland, LGBl. Nr. 5/1986, Gesetz vom 18. November 1985, über die Abwehr und Bekämpfung von Katastrophen (Katastrophenhilfegesetz)
50. Landesgesetzblatt für Kärnten, LGBl. Nr. 66/1980, Gesetz vom 26. Juni 1980 über Maßnahmen zur Bekämpfung von Katastrophenfolgen (Katastrophenhilfegesetz)
51. Landesgesetzblatt für Niederösterreich, LGBl. Nr. 25/1973, Gesetz vom 28. Februar 1973, Niederösterreichisches Katastrophenhilfegesetz
52. Landesgesetzblatt für Oberösterreich, LGBl. Nr. 88/1955, Gesetz vom 15. Dezember 1955 über den Katastrophenhilfsdienst (Katastrophenhilfsdienst-Gesetz)
53. Landesgesetzblatt für Salzburg, LGBl. Nr. 3/1975, Gesetz vom 23. Oktober 1974 über die Abwehr und Bekämpfung von Katastrophen (Katastrophenhilfegesetz)
54. Landesgesetzblatt für die Steiermark, LGBl. Nr. 62/1999, Gesetz vom 16. März 1999 über die Abwehr und Bekämpfung von Katastrophen (Steiermärkisches Katastrophenschutzgesetz)

55. Landesgesetzblatt für Tirol, Gesetz vom 23. Oktober 1973 über die Einrichtung eines Katastrophenhilfsdienstes (Katastrophenhilfsdienstgesetz)
56. Landesgesetzblatt für Vorarlberg, LGBl. Nr. 47/1979, Gesetz über die Hilfe in Katastrophenfällen (Katastrophenhilfegesetz)
57. Landesgesetzblatt für Wien, LGBl. Nr. 8/1978, Gesetz über Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor Katastrophen (Wiener Katastrophenhilfegesetz)
58. Landesgesetzblatt für Salzburg, LGBl. Nr. 72/2001, Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 4. Juli 2001 über das zur ordnungsgemäßen Besorgung der Aufgaben des allgemeinen Hilfs- und Rettungsdienstes erforderliche Personal und die dazu erforderliche Ausstattung (Salzburger Rettungsverordnung – SRV)
59. Landesgesetzblatt für Tirol, LGBl. Nr. 75/2002, Verordnung der Landesregierung vom 16. Juli 2002 über die Mindestanforderungen für Rettungsmittel und Rettungspersonal (Tiroler Rettungsverordnung 2002)
60. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Vereinte Nationen, Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948, New York
61. European Resuscitation Council (ERC), Leitlinien zur Reanimation 2005, Notfall + Rettungsmagazin, Springer Verlag, Band 9, Heft 1, Februar 2006
62. Europarat, European Treaty Series - No. 35, European Social Charter, Turin, 18. Oktober 1961
63. Europarat, European Treaties Series Nr 164, Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4. April 1997
64. Europarat, Empfehlung der Parlamentarischen Versammlung des Europarats 1418/1999, Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying
65. ÖNORM EN 1789, Rettungsfahrzeuge und deren Ausrüstung – Krankenkraftwagen, Ausgabe 2003-11-01, Normengruppe K und V, ident mit EN 1789:199 + A1:2003
66. Gerhard Aigner, Helmut Schwamberger, Weitergabe von Patientendaten im Notfall, RdM 2006/94
67. Gerhard Aigner, Andreas Kletecka, Maria Kletecka-Pulker, Michael Memmer, et. al., Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Manz, Stand: November 2006
68. Gerhard Aigner, Zur Haftung von Notarzt und Sanitäter, RdM 2002/24, 2002

69. Gerhard Aigner, Zur Situation der Patientenrechte in Österreich, RdM 2000, 77, 2000
70. Gerhard Aigner, Risiko und Recht der Gesundheitsberufe, 8. Medizinrechtstage, Linz den 4.12.2003, RdM 2004/23, 2004
71. Gerhard Aigner, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Das Ärztliche Berufsrecht, Kapitel III.1, 1. Auflage, 4. Aktualisierungslieferung, November 2006
72. American Heart Association, International Guidelines 2000 for CPR and ECC, A Consensus on Science, 2000
73. Felix Andreaus, Zurück ins Leben, Tagungsunterlagen zum 8. Internationaler Notfallkongress der Wiener Rettung (www.internationaler-notfallkongress.at), 2004
74. Felix Andreaus, Petra Löffler, Businessplan „Medical Service Austria“, Wien 2004
75. Arbeiter Samariter Bund Deutschland, www.asb.de, ASB im Überblick, Jänner 2007
76. Arbeiter Samariter Bund Österreich, www.samariterbund.net/museum/, Februar 2007
77. Österreichische Ärztekammer, 27/SN-223/ME XXII. GP – Stellungnahme zum Entwurf des Patientenverfügungs-Gesetz
78. Walter Barfuß, Das neue Unternehmensstrafrecht Wiener Juristischer Gesellschaft, ÖJZ 2005/52, 2005
79. Peter Barth, Medizinische Maßnahmen bei Personen unter Sachwalterschaft, ÖJZ 2000, 57, 2000
80. Erwin Bernat, Der didaktische Beitrag, JAP 1999/2000, 105, 1999
81. Christian Bertel, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 108-110 StGB, 2. Auflage, 17. Lieferung, 2002
82. Christian Bertel, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 302-315 StGB, 2. Auflage, 17. Lieferung, 2002
83. Pierre Biehler, Sabine Leonhardt, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Die Leitstelle 15 und die medizinische Entscheidung, 2000

84. Bundesärztekammer Deutschland, Medikamente, deren Applikation im Rahmen der Notkompetenz durchgeführt werden kann, <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Notfallmedizin/45notfallm.html>, 2004
85. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Anfragebeantwortung, GZ 92101/0012-I/7/2006
86. Robert Brandstetter, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Rettungsdienste in Österreich, 2000
87. Guidelines by the British Medical Association and the Royal College of Nursing in conjunction with the Resuscitation Council, published in March 1993
88. Manfred Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 6, 7 StGB, 1. Auflage, 2. Lieferung, 1979
89. Manfred Burgstaller, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 88, 89 StGB, 2. Auflage, 41. Lieferung, 2002
90. Manfred Burgstaller, Ernst Eugen Fabrizio, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 82-87 StGB, 2. Auflage, 36. Lieferung, 2002
91. Wolfgang Denk, Alfred Ellinger, „Hilfsbedürftigkeit“ iS des § 94 StGB, ÖJZ 1993, 304, 1993
92. Robert Dittrich, Empfiehlt es sich, die gesetzlichen Grundlagen von Bodenmarkierungen neu zu regeln?, ZVR 1981, 161, 1981
93. Robert Dittrich, Helmuth Tades, Das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch samt den einschlägigen Gesetzen und Verordnungen, verweisenden und erläuternden Anmerkungen, Literaturangaben und einer Übersicht über die Rechtsprechung der Gerichte, insbesondere des Obersten Gerichtshofs, 35. Auflage, 1999
94. NN Drott, NN Erlacher, NN Höbinger, Das Rettungswesen in Österreich
95. Kurt Dullinger, Johannes Peter Gruber, Dienstleistungskonzessionen bei der Vergabe öffentlicher Aufträge, JBL 2002, 19, 2002
96. Harald Eberhard, Der verwaltungsrechtliche Vertrag - Kritische Überlegungen zu einem rechtlichen Phänomen, JAP 2002/2003, 205, 2002
97. Thomas Eilmansberger, Vergaberechtliche Schranken von Ausgliederungen und Privatisierungen, JBl 2001, 562, 2001
98. Bernt Elsner, Rechtsgutachten für den Hauptverband der Sozialversicherungsträger, 17. Dezember 2001

99. Herbert Emberger, Felix Wallner, Ärztesgesetz 1998 mit Kommentar, Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1. Auflage, 2004
100. Emergency Schulungszentrum AG, Rettungsdienstliche Algorithmen, Schweiz, 5. Auflage, Stand Februar 2006.
101. European Resuscitation Council, The 1998 European Resuscitation Council guidelines for adult advanced life support, 1998
102. European Resuscitation Council, Leitlinien des European Resuscitation Council 2000 für erweiterte lebensrettenden Maßnahmen, 2000
103. Roland Faber, Private Wachdienste in Österreich – Gewerbe, Tätigkeitsfelder und Befugnisse (Teil I), ZfV 2000/2031, 2000
104. Constanze Fischer-Czermak, Zur Handlungsfähigkeit Minderjähriger nach dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001, ÖJZ 2002, 293, 2002
105. Helmut Fuchs, Österreichisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Zweite Auflage, 1997
106. Bernd-Christian Funk, Entscheidungsbesprechung VfGH 12.12.2001, VfSlg 16.400/2001, G 269/01 – „Bundes-Wertpapieraufsicht-Erkenntnis“, ÖZW 2003, 16, 2003
107. Bernd-Christian Funk, Das neue Sicherheitspolizeirecht - Kodifikation und Reform einer klassischen Verwaltungsmaterie, JBl 1994, 137, 1997
108. Bundesärztekammer Deutschland (Hsg), Empfehlungen für die Wiederbelebung, 2. Auflage 2000, Stand: 14.12.1999
109. Rainer Gottwald, Rechtskonflikte innerhalb der Gesundheitsberufe, mit dem Hauptaugenmerk auf die Notfallmedizin, Diplomarbeit des Individuellen Diplomstudiums der Pflegewissenschaften, 2004
110. Markus Gschanes, Notfallmedizin Aktuell, AGN-Jour-fix, Hochinfektiöse Erkrankungen – Auch ein Problem im Rettungs- und Notarztdienst?, 2003
111. Patricia Haidenthaller, Die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen, RdM 2001, 163, 2001
112. Peter Hansak, Lehrbuch für Notfallsanitäter, Hrsg. M. Bärnthaler, P. Hansak, B. Petutschnigg, 2. Auflage, 2003
113. Friedrich Harrer, Praxiskommentar zum ABGB samt Nebengesetzen, Hrsg. Michael Schwimann, § 1299 ABGB, Band 7, 2. Auflage, 1997

114. Andreas Hauer, Unternehmen im Dienst der Hoheitsverwaltung, JBl 1993, 481, 1993
115. Friedrich Hauptmann, Robert Jerabek, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 91-95 StGB, 2. Auflage, 29. Lieferung, 2001
116. Werner Hauser, Verantwortung und Haftung im Bildungswesen, zfhr 2001, 10, 2001
117. Meinhild Hausreither, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Tätigkeiten und Beruf der Sanitäter, Kapitel III.2, 1. Auflage, 4. Aktualisierungslieferung, November 2006
118. Michael Holoubek, Verfassungs- und verwaltungsrechtliche Konsequenzen der Ausgliederung, Privatisierung und Beleihung, ÖZW 2000, 33, 2000
119. Michael Holoubek, Michael Lang, Rechtssprechungsübersicht Verfassungsgerichtshof, ecolex 1996, 633, 1996
120. Wolfgang Holzer, Der praktische Fall, RdA 2001, 67, 2001
121. International Liaison Committee on Resuscitation, Neue CPR-Richtlinien (ILCOR-Richtlinien), 2000
122. Johanniterorden in Österreich, <http://johanniter.at/orden/html/geschichte.htm>, Jänner 2007
123. Die Johanniter, www.johanniter.at, Geschichte, Jänner 2007
124. Alfred Kaff, Sabine Rethi, 120 Jahre Wiener Rettung, Magistratsabteilung 70 – Rettungs- und Krankenbeförderungsdienst der Stadt Wien, 2001
125. Gerson Kern, Die limitierte Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung bei Minderjährigen aus strafrechtlicher Sicht, JAP 2000/2001, 14, 2000
126. B. Koch, B. Kuschinsky, U. Pohl-Meuthen, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Rettungsdienst in Europa – eine vergleichende Bestandsaufnahme, 2000
127. Christian Kopetzki, Entscheidungsbesprechung VfGH 28.06.2003, G 208/02, RdM 2003/81, 2003
128. Stefan Koppensteiner, Bildungszentrum Österreichisches Rotes Kreuz, Rechtlicher Grundlagen der Sanitätshilfe – Rettungssanitäter, 01. Juli 2002

129. Stefan Koppensteiner, Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Niederösterreich, Bezirksstelle Wiener Neustadt, Rechtliche Grundlagen für Notfallsanitäter, Mai/Juni 2003
130. Karl Korinek, Staatsrechtliche Bedingungen und Grenzen der Ausgliederung und Beleihung, ÖZW 2000, 46, 2000
131. Wolfgang Kossak, Unverbindliche Hinweise zur Kenntnisnahme und Lektüre der BGBl, UE Nr. 1/2006, BGBl I 2005, Jv 14.002-14.2g/06
132. Helmut Koziol, Grundriss des bürgerlichen Rechts, Band I, 11. Auflage, 2000
133. Brigitte Krause-Sigle, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Die Arbeit der Rettungsdienste in Europa im Spannungsfeld zwischen freiem Wettbewerb und hoheitlicher Aufgabe, 2000
134. Heinz Krejci, Amtshaftung für Bankprüfer, ÖAB 1998, 16, 1998
135. Heinz Krejci, Privatrecht, 5. Auflage, 2002
136. Richard Krueger, Deutsches Rotes Kreuz – Präsidium, Amtliches Unterrichtsbuch über Erste Hilfe, 13. Auflage, 1941
137. Dr. Christian Kuhn, BMGF-9264/0020-I/B/8/2004, 3/N-223/ME XXII. GP – Stellungnahme zum Entwurf des Patientenverfügungs-Gesetz
138. NÖ-Umgebung Kurier, Seite 9, First Responder Rucksäcke, Freitag 21.November 2003
139. Peter Lewisch, Strafrecht Besonderer Teil I, 2. Auflage, 1999
140. Peter Lewisch, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 118-124 StGB, 2. Auflage, 30. Lieferung, Austauschheft 2004, 2004
141. Michaela Löff, Das neue Verbandsverantwortlichkeitsgesetz – Strafrechtliches Risikomanagement als neue Herausforderung bei der Unternehmensführung, RZW 2005/105, 2005
142. Peter Mader, Praxiskommentar zum ABGB samt Nebengesetzen, Hrsg. Michael Schwimann, Amtshaftungsgesetz und Organhaftpflichtgesetz, Band 8, 2. Auflage, 1997
143. Heinz Mayer, Die Sicherstellung jederzeit erreichbarer ärztlicher Hilfe, RdM 1994, 14, 1994
144. Wolfgang Maurer, Die Haftung für Schäden von Rettungskräften, Wien 2001

145. Michael Memmer, Handbuch Medizinrecht für die Praxis, Rechte und Pflichten-Patient und Behandler, Kapitel I.2, 1. Auflage, 4. Aktualisierungslieferung, November 2006
146. Johann Mühlehner, Durchführung von gesetzlichen Pflichtaufgaben für Gemeinden und Umsatzsteuer, SWK 2003, S 341, 2003
147. Hanspeter Neuhold, Waldemar Hummer, Christoph Schreuer, Österreichisches Handbuch des Völkerrechts, Band 1, 3. Auflage, Wien 1997
148. Richard Novak, Lebendiges Verfassungsrecht (1999), JBl 2002, 11, 2002
149. Friedrich Nowakowski, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, § 2 StGB, 13. Lieferung, 1982
150. Jan Nowicki, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Sanitätstransportdienste können auch durch private Anbieter erbracht werden, 2000
151. Gabriel Obermann, Anna Obermair, Wolfgang Weigel, Evaluierung von Ausgliederungen, JRP 2002, 162, 2002
152. Theo Öhlinger, Überlegungen zu den rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen einer Verkehrsüberwachung durch Private, ZVR 1992, 144, 1992
153. Theo Öhlinger, Verfassungsrecht, 4. Auflage, Wien 1999
154. Qvist Pedersen, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Der Rettungsdienst in Dänemark, 2000
155. Maja Pircher, Hebammen und Schwangerenvorsorge, Ausschluss der Hebammen vom Mutter-Kind-Pass rechtswidrig?, RdM 2007, 72, 2007
156. Winfried Platzgummer, Grundzüge des österreichischen Strafverfahrens, 8. Auflage, 1997
157. Michael Potacs, Entscheidungsbesprechung VfGH 06.03.2000, VfSlg 15.742/2000, G 377/98, ÖZW 2001, 49, 2001
158. Bernhard Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 1998
159. Rechnungshof (Hrsg.), Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes, Transportkosten bei drei Gebietskrankenkassen, April 2003

160. Rudolf Reischauer, Kommentar zum Allgemein bürgerlichen Gesetzbuch, Hrsg. Peter Rummel, §§ 1299 und 1297 ABGB, 2. Band, 1992
161. Zeitschrift Rettungsdienst, Notfallversorgung von Zeugen Jehovas – Ein Sonderfall im Rettungsdienst?, Heft 4, 2003 Seite 337 und 338
162. Zeitschrift Rettungsdienst, Versorgung moslemischer Patienten – Was hat das RD-Team zu beachten, Heft 4, 2003, Seite 334 bis 336
163. Heinz Peter Rill, Grenzen der Ausgliederung behördlicher Aufgaben aus der unmittelbaren Staatsverwaltung – Überlegungen anlässlich der geplanten Betrauung einer eigenen Rechtsträgers mit der Wertpapieraufsicht, ÖAB 1996, 748, 1996
164. Urban & Fischer, Roche Lexikon Medizin, 5. Auflage, 2003
165. Österreichisches Rotes Kreuz (Hsg.), Rettungssanitäter – Ausbildung, Lehrunterlagensammlung, 2003
166. Präsidentenkonferenz des Österreichischen Roten Kreuzes, Rahmenvorschriften für den Rettungs- und Krankentransportdienst des Österreichischen Roten Kreuzes, 168. Sitzung des Arbeitsausschusses, 177. Sitzung der Präsidentenkonferenz, 2002
167. Österreichisches Rotes Kreuz Steiermark, aktuell – professionell, 1/2001, Landesrotkreuztag, 19. Mai 2001
168. Österreichisches Rotes Kreuz Tirol, Jahresbericht 2003
169. Land Salzburg, 2001-BG-110/9-2004, 19/SN-225/ME XXII. GP – Stellungnahme zum Entwurf des Patientenverfügungs-Gesetz
170. Arbeiter Samariter Bund, Rettungsdienst in Europa: Deutschland, http://www.samariter.org/de/ret_dienst/germany.htm
171. Oberster Sanitätsrat, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, GZ: 20.030/7-VIII/1/01, Antrag vom 29.6.2000 betreffend Anwendung des Combitube im Prähospitalbereich durch Sanitäter, 26. Februar 2001
172. Lyane-Maria Sautner, Die religiös motivierte Verweigerung der ärztlichen Heilbehandlung bei Minderjährigen, JAP 1999/2000, 14, 1999
173. Heinz Schäffer, Österreichische Verfassungs- und Verwaltungsgesetze, XX. Auflage, 2004
174. NN Schmoller, Lebensschutz bis zum Ende?, ÖJZ 2000, 361, 2000

175. Christian F. Schneider, Rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausgliederung von Krankenanstalten, RdM 2003/66, 2003
176. Christian Schörkl, Das Sanitätergesetz, mehr als eine bloße Einigung auf den kleinsten gemeinsamen Nenner?, RdM 2003/2, 2003
177. Klaus Schwaighofer, Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch, §§ 99-107 StGB, 2. Auflage, 15. Lieferung, 2000
178. Helmut Schwamberger, Organisationsverantwortung und Schnittstellenmanagement - Krankenanstaltliche und berufsrechtliche Aspekte, RdM 2002/13, 2002
179. P. Sefrin, Geschichte der Notfallmedizin und des Notarztdienstes in Deutschland, Notfall & Hausarztmedizin 2004, 30, A 215-A 222
180. Sandra Skiczuk, Gregor Wenda, Zur Zulässigkeit der Durchführung einer Frühdefibrillation mit halbautomatischen Geräten im Rahmen der Ersten-Hilfe-Leistung durch Laien, RdM 2002/15, 2002
181. Der Standard, "Kaiserliche Hoheit", Internetausgabe - Reaktionen von NN zur Printausgabe vom 24.9.2004
182. Peter Steiner, Zum Problem der Patientenübergabe zwischen Rettung und Krankenhaus, ZVR 1999, 74, 1999
183. Harald Stolzlechner, Privatisierung staatlicher Verwaltungsaufgaben und Kontrolle durch die Volksanwaltschaft, ZfV 1997, 1, 1997
184. Rudolf Streinz, Schwerpunkte Band 12, Europarecht, 5. Auflage, 2001
185. Andreas Venier, Die „erforderliche“ Hilfeleistung nach § 84 StGB, ZVR 1991, 129, 1991
186. Theo Vuller, Johanniter Forum Berlin, Die Rettungsdienste im europäischen Vergleich, Dokumentation der Veranstaltung „Interschutz 2000“, Das niederländische Rettungssystem, 2000
187. Gustav Wachter, Praxiskommentar zum ABGB samt Nebengesetzen, Hrsg. Michael Schwimann, Dienstnehmerhaftpflichtgesetz, Band 8, 2. Auflage, 1997
188. Stefan Weber, Einsatzfahrzeug und Straßenverkehr, ZVR 1988, 68, 1998
189. Herbert Wegscheider, Das Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG), JSt 2005, 193, 2005
190. Rudolf Welser, Grundriss des bürgerlichen Rechts, Band II, 11. Auflage, 2000

191. Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, Wie kann Blut Dein Leben retten, 1990
192. Thomas Ziegenfuß, Checkliste Notfallmedizin, 2. Auflage, 2000
193. Judikat des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, A.H. against the United Kingdom, 10 May 1985, File No. 11590/85
194. Judikat des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, Leonard SKRASKOWSKI against Poland, Application no. 36420/97
195. Judikat des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, Nelina SIEMIŃSKA against Poland, Application no. 37602/97
196. Judikat des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, Torquil Dick ERIKSON against Italy, Application no. 37900/97
197. Judikat des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, David and Carol GLASS against the United Kingdom, Application No. 61827/00
198. OGH, Entscheidung vom 05.11.1965, 2 Ob239/65
199. OGH, Entscheidung vom 23.6.1982, 3 Ob 545/82
200. OGH, Entscheidung vom 25.10.1984, 13 Os 174/84
201. OGH, Entscheidung vom 19.12.1984, 3 Ob 562/84
202. OGH, Entscheidung vom 23.01.1986, 6 Ob 683/84
203. OGH, Entscheidung vom 13.02.1986, 8 Ob 63/85
204. OGH, Entscheidung vom 31.05.1988, 10 Ob S 138/88
205. OGH, Entscheidung vom 7.2.1989, 1 Ob 713/88
206. OGH, Entscheidung vom 20.06.1989, 10 Ob S 207/89
207. OGH, Entscheidung vom 8.11.1989, 14 Os 105/89
208. OGH, Entscheidung vom 25.1.1990, 7 Ob 727/89
209. OGH, Entscheidung vom 26.09.1990, 2 Ob 65/90, 2 Ob 66/90
210. OGH, Entscheidung vom 12.03.1991, 4 Ob 15/91
211. OGH, Entscheidung vom 7.9.1993, 10 Ob 503/93
212. OGH, Entscheidung vom 18.8.1994, 14 Os 69/94
213. OGH, Entscheidung vom 22.11.1995, 1 Ob 49,54/95

214. OGH, Entscheidung vom 26.03.1996, 10 Ob S 58/96
215. OGH, Entscheidung vom 30.1.1996, 4 Ob 505/96
216. OGH, Entscheidung vom 25.10.1996, 1 Ob 2318/96f
217. OGH, Entscheidung vom 12.11.1997, 4 Ob 216/97m
218. OGH, Entscheidung vom 22.04.1999, 6Ob55/99b
219. OGH, Entscheidung vom 13.10.1999, 7 Ob 165/99m
220. OGH, Entscheidung vom 09.03.2000, 6 Ob308/99h
221. OGH, Entscheidung vom 17.1.2001, 6 Ob 318/00h
222. OGH, Entscheidung vom 29.03.2001, 2 Ob60/01i
223. OGH, Entscheidung vom 8.7.2003, 5 Ob 162/03i
224. OGH, Entscheidung vom 13.2.2004, 7 Ob 15/04p
225. OGH, Entscheidung vom 27.9.2006, 9 Ob 76/06a
226. VfGH, VfSlg 12.320/1990, Erkenntnis vom 14.03.1990, B 1149/89 – „Rettungsorganisations-Erkenntnis“
227. VfGH, VfSlg 14.473/1996, Erkenntnis vom 14.03.1996, B 2113,2114/94, B 2126/94, B 663/95 – „Austro-Control-Erkenntnis“
228. VfGH, VfSlg 14.891/1997, Erkenntnis vom 26.06.1997, G 270/96, G 271/96, G 272/96, G 273/96, G 288/96, G 299/96, G 300/96, G 318/97
229. VfGH, VfSlg 15.427/1999, Erkenntnis vom 24.02.1999, B 1625/98 – „Telekom-Control GmbH-Erkenntnis“
230. VfGH, VfSlg 15.742/2000, Beschluss vom 06.03.2000, B 377/98
231. VfGH, VfSlg 16.400/2001, Erkenntnis vom 12.12.2001, G 269/01 – „Bundes-Wertpapieraufsicht-Erkenntnis“
232. VfGH, Erkenntnis vom 28.06.2003, G 208/02
233. VwGH, Erkenntnis vom 2.6.1965, Z 1817/67
234. VwGH, Erkenntnis vom 12.12.1967, Z 564/67
235. VwGH, Erkenntnis vom 26.04.1994, 1993/05/0275
236. VwGH, Erkenntnis vom 19.09.2001, 1999/09/0248
237. VwGH, Erkenntnis vom 23.01.2001, 2000/11/0190

238. VwGH, Erkenntnis vom 30.09.2002, 2001/11/0136
239. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, David and Carol GLASS vs. the United Kingdom, Application no. 61827/00, 18. März 2003
240. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Nelina SIEMIŃSKA v. Poland, decision, Application no. 37602/97, 29. März 2001
241. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Kaya v. Turkey, judgment, 19. Februar 1998
242. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Ergi v. Turkey, judgment, 18. Juli 1998
243. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Yasa v. Turkey, judgment, 2. September 1998
244. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte, Erikson v. Italy, decision, Application no. 37900/97, 26.10.1999
245. Oberlandesgericht Köln, Entscheidung vom 13.02.2002, 5 U 95/01
246. Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes, Transportkosten bei drei Gebietskrankenkassen, Wien April 2003

Abschnitt VII - Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
Abs	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AHG	Amtshaftungsgesetz
Art	Artikel
ASGG	Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Aufl	Auflage
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
AZG	Arbeitszeitgesetz
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BVG	Bundesgesetze im Verfassungsrang
Bd	Band
BG	Bundesgesetz
BGB	deutsches Bundesgesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof, dt. oberstes Gericht
BVergG	Bundesvergabegesetz
bzgl	bezüglich
bzw	beziehungsweise
dh	das heißt, daher
DHG	Dienstnehmerhaftpflichtgesetz
EG	Europäische Gemeinschaft
EKHG	Eisenbahn- und Kraftfahrzeughaftpflichtgesetz

EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
etc	et cetera
f	folgende, die darauffolgende Seite, der darauffolgende Absatz
Fa	Firma
ff	fortfolgende, die darauffolgenden Seiten, die darauffolgenden Absätze
GesBR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GewO	Gewerbeordnung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
hA	herrschende Ansicht
hM	herrschende Meinung
Hrsg	Herausgeber
idF	in der Fassung
idR	in der Regel
ieS	im engeren Sinn
insb	insbesondere
iS	im Sinne
iSd	im Sinne des
iVm	in Verbindung mit
iwS	im weiteren Sinn
Jhdt	Jahrhundert
KartG	Kartellgesetz
Kfz	Kraftfahrzeug
KSchG	Konsumentenschutzgesetz
KTW	Krankentransportfahrzeug
LG	Landesgesetz
LGBl	Landesgesetzblatt
lit	litera
MinEntw	Ministerialentwurf

NAH	Notarzthubschrauber
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
OGH	Oberster Gerichtshof
PHG	Produkthaftpflichtgesetz
PKW	Personenkraftwagen
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
Rz	Randzahl
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StVO	Straßenverkehrsordnung
SZ	Sammlung Zivilsachen
ua	unter anderem
udgl	und dergleichen
usw	und so weiter
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VerG	Vereinsgesetz
vgl	vergleiche
Z	Zahl, Ziffer
zB	zum Beispiel
ZPO	Zivilprozessordnung
zT	zum Teil