

.SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis



Halmich, Michael (2012):

Notfallmedizinischer Polizeieinsatz. Rechtsfragen der Zusammenarbeit von Polizei und Rettungs-/Notarztdienst

SIAK-Journal – Zeitschrift für
Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis
(3), 80-87.

doi: 10.7396/2012_3_H

Um auf diesen Artikel als Quelle zu verweisen, verwenden Sie bitte folgende Angaben:

Halmich, Michael (2012). Notfallmedizinischer Polizeieinsatz. Rechtsfragen der Zusammenarbeit von Polizei und Rettungs-/Notarztdienst, SIAK-Journal – Zeitschrift für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis (3), 80-87, Online: http://dx.doi.org/10.7396/2012_3_H.

© Bundesministerium für Inneres – Sicherheitsakademie / Verlag NWV, 2012

Hinweis: Die gedruckte Ausgabe des Artikels ist in der Print-Version des SIAK-Journals im Verlag NWV (<http://nwv.at>) erschienen.

Online publiziert: 3/2013

Notfallmedizinischer Polizeieinsatz

Rechtsfragen der Zusammenarbeit von Polizei und Rettungs-/Notarzdienst



MICHAEL HALMICH,
*Jurist (Medizinrecht), Sanitäter/
Ausbildner im Österreichischen
Roten Kreuz.*

Tagtäglich ereignen sich Einsätze, die sowohl eine Beziehung der Polizei als auch des Rettungs-/Notarzdienstes erfordern. Die Basis für die reibungslose Bewältigung dieser Einsatzsituationen bilden zahlreiche Rechtsvorschriften, die von den Handelnden einzuhalten sind. Doch zeigt die Praxis, dass es trotz klarer Richtlinien immer wieder zu Unsicherheiten über wechselseitige Zuständigkeiten im Rettungs- und Polizeieinsatz kommt. Dieser Artikel soll diese Unsicherheiten beseitigen. Er beschäftigt sich einleitend mit Wissenswertem zu Rettungs-/Notarzteinsätzen, erläutert im Anschluss die Anforderungen an die Polizei bei der ersten allgemeinen Hilfeleistungspflicht und bei der Vorführung zur Unterbringung psychisch Erkrankter und löst am Ende immer wieder auftretende Rechtsfragen zu den Themen „Polizei im Rettungseinsatz“ und „Sanitäter/Notärzte im Polizeieinsatz“. Die somit geschaffene Klarheit soll zukünftig zum wechselseitig besseren Verständnis beitragen, reibungslose Einsatzabläufe gewährleisten und somit bestmögliche Patientenversorgung sichern.

1. WISSENSWERTES ZUM RETTUNGS- UND NOTARZTEINSATZ

a) Organisation und Handelnde

Nach der Kompetenzverteilung im Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) ist das Rettungswesen sowohl in Gesetzgebung als auch in Vollziehung Landessache¹, sodass es in Österreich neun (teilweise unterschiedliche) Landesrettungsdienstgesetze gibt. Für die Besorgung des Hilfs- und Rettungswesens ist die Gemeinde im eigenen Wirkungsbereich zuständig.

Im Rettungsdienst werden hauptberufliche, ehrenamtliche oder zivildienstleistende Sanitäter eingesetzt, die allesamt eine Ausbildung nach dem Sanitätergesetz (SanG²) zu absolvieren haben. Dieses Gesetz unterscheidet den Kompetenzbereich

des Rettungs- und Notfallsanitäters³, wobei Letzterer aufbauend Notfallkompetenzen⁴ erwerben kann. Im Notarzdienst werden neben Sanitätern Notärzte eingesetzt, deren berufsrechtliche Grundlage das Ärztegesetz⁵ darstellt. Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte und approbierte Ärzte haben die Möglichkeit, nach Absolvierung eines entsprechenden Lehrganges⁶, im organisierten Notarzdienst tätig zu werden. Für alle in der Notfallmedizin Tätigen gelten gesetzliche Fortbildungsverpflichtungen, die bei Nichteinhaltung auch den Verlust der Berechtigung nach sich ziehen.⁷

b) Klassischer Einsatzablauf

Nach Herstellen der Einsatzbereitschaft, zu der neben der Diensttauglichkeit des Personals auch die Überprüfung des medi-

zinischen Equipments und der Alarmierungsgeräte gehört, wird auf eine Alarmierung gewartet.⁸ Die rund um die Uhr erreichbaren Rettungsleitstellen (Notrufnummer 144) nehmen Notrufe entgegen und wickeln diese ab. Nach entsprechender Einstufung des Notfalls wird entweder ein Rettungs- oder gleich ein Notarztmittel alarmiert. Ein Eintreffen am Notfallort soll in ganz Österreich innerhalb der internationalen Hilfsfrist von 15 Minuten möglich sein.⁹

Die Anfahrt zum Notfallort erfolgt – je nach Leitstellenempfehlung – mit oder ohne Notfallondersignal. Außer den speziellen gesetzlichen Vorschriften im § 26 Straßenverkehrsordnung (StVO¹⁰) sind Lenker von Einsatzfahrzeugen bei ihrer Fahrt an Verkehrsverbote oder an Verkehrsbeschränkungen nicht gebunden, wobei der Grundsatz gilt, dass weder Personen gefährdet noch Sachen beschädigt werden dürfen.

Bei Ankunft am Notfallort wird – sofern keine anderen Gefahren lauern und Spezialkräfte anzufordern sind (zB Polizei, Feuerwehr) – sofort mit der Patientenversorgung begonnen. Hier arbeiten nun – je nach medizinischer Indikation – Sanitäter und/oder (Not-)Ärzte eng zusammen. Gerade im notfallmedizinischen Bereich, wo Teamarbeit verschiedenster Professionisten mit unterschiedlich weitreichenden Kompetenzen an der Tagesordnung steht, haben die Handelnden ihre wechselseitigen Kompetenzen zu kennen, und können – unter analoger Anwendung des Vertrauensgrundsatzes nach § 3 StVO – darauf vertrauen, dass die in der Notfallmedizin Tätigen ihren (unterschiedlichen) Aufgaben gewachsen sind und sich sorgfältig verhalten. Lediglich, wenn Anhaltspunkte erkennen lassen, dass ein in die Versorgung Eingebundener seinen Anforderungen nicht gewachsen ist, gelten – bei sonstiger Haftung – Warn- und Eingriffspflichten der Kollegen.¹¹ Dies gilt auch in

der Zusammenarbeit mit Sicherheitsbehörden. Sind Sanitäter bzw Notärzte im Polizeieinsatz involviert und nehmen wahr, dass ein von einer Amtshandlung Betroffener dringender medizinischer Hilfe bedarf, so gelten entsprechende Warn- und Eingriffspflichten gegenüber den Sicherheitsbehörden.

Nach der Versorgung des Patienten am Notfallort wird dieser durch ein geeignetes Rettungs- bzw Notarztmittel in eine für die weitere Versorgung kompetente Krankenanstalt transportiert. Ob die Weiterfahrt als Einsatzfahrzeug durchgeführt wird, entscheidet das Sanitäter- bzw Notarztteam.

Nach Übergabe des Patienten in der Zielkrankenanstalt wird der Einsatz nachbearbeitet, dokumentiert und die Einsatzbereitschaft wieder hergestellt. Ein neuer Einsatz kann kommen.

2. ERSTE ALLGEMEINE HILFELEISTUNGSPFLICHT

Sind Leben, Gesundheit, Freiheit oder Eigentum von Menschen gegenwärtig gefährdet oder steht eine solche Gefährdung unmittelbar bevor, so trifft die Sicherheitsbehörden nach § 19 Sicherheitspolizeigesetz (SPG¹²) die erste allgemeine Hilfeleistungspflicht, sofern die Abwehr der Gefährdung

- ▶ nach der Rechtsordnung einer Verwaltungsbehörde aufgetragen ist oder
- ▶ zum Hilfs- und Rettungswesen oder zur Feuerpolizei gehört.

Diese Pflicht ist zu einem beträchtlichen Teil Ausgangspunkt für sicherheitspolizeiliches Handeln. Ein Großteil der bei der Sicherheitsdienststelle eingehenden „Notrufe“ lässt sich nicht sofort einschätzen, sodass vor Ort die unklare Situation geklärt werden muss.¹³

Ergibt sich bei der Gefahrenerforschung durch die Sicherheitsbehörden, dass es

sich um einen Notfallpatienten handelt, der medizinische Hilfe benötigt, so ist unverzüglich die Rettung zu verständigen. Bis zu deren Einschreiten hat die Polizei beim Patienten Erste-Hilfe-Maßnahmen durchzuführen und – bei Verhinderung des Rettungsdienstes – den Transport ins Krankenhaus anzutreten.

Weitere Befugnisse, welche der Polizei im Zuge der ersten allgemeinen Hilfeleistungspflicht nach dem SPG zukommt, sind:

- ▶ Eingriffe in Rechtsgüter (§ 32),
- ▶ Auskunftsverlangen (§ 34),
- ▶ Identitätsfeststellung von Hilflösen (§ 35 Abs 1 Z 3),
- ▶ Identitätsfeststellung von Fremdgefährlichen (§ 35 Abs 1 Z 3 lit b),
- ▶ Wegweisung vom Vorfalort (§ 38),
- ▶ Wegweisung und Betretungsverbot bei Gewalt in Wohnungen (§ 38a),
- ▶ Betreten von Grundstücken, Räumen und Fahrzeugen (§ 39 Abs 1),
- ▶ Durchsuchen von Grundstücken, Räumen und Fahrzeugen nach einem gefährlichen Menschen (§ 39 Abs 3 Z 1),
- ▶ Inanspruchnahme von Sachen (§ 44).

Die erste allgemeine Hilfeleistungspflicht endet, wenn die Gefahr nicht mehr besteht oder nicht mehr unter die Bestimmung des § 19 SPG fällt. Darüber hinaus, wenn der Gefährdete, der über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, die weitere Hilfe ablehnt sowie mit dem Einschreiten der zuständigen Behörde, der Rettung oder der Feuerwehr.

Nach Hauer/Keplinger bedeutet „Einschreiten“ mehr als bloßes Eintreffen. Die Rettung muss nach den Umständen in der Lage sein, die insgesamt erforderliche Gefahrenabwehr zu bewältigen.¹⁴ Dies ist vor allem bei gleichzeitigem Anfall mehrerer Verletzter relevant. Wenn nämlich die Mittel der einschreitenden Rettung nicht ausreichen, um das Einsatzgeschehen be-

wältigen zu können, so besteht für die Sicherheitsbehörden weiterhin die Pflicht zur Leistung der ersten allgemeinen Hilfe. Sie wird erst sukzessive mit dem Einschreiten der nachalarmierten Rettungsmittel abnehmen.¹⁵

Werden zuständige Organe – wenn auch rechtswidrig – nicht tätig, obwohl diese zur Hilfeleistung in der Lage wären, so liegt kein Einschreiten vor, sodass sich die Sicherheitsbehörden weiterhin in der Pflicht befinden.¹⁶

Die neun (teils unterschiedlichen) Landesrettungsdienstgesetze sehen verschiedene (Zwangs-)Befugnisse für Sanitäter und Notärzte zur Einsatzbewältigung vor, wobei Zwangsakte gegenüber Personen in keiner Landesregelung zu finden sind.

Befugnisse aus den Landesrettungsdienstgesetzen:

- ▶ Bereitstellen von Sachen, die zur Hilfs- und Rettungsmaßnahme benötigt werden (Burgenland),
- ▶ Betreten von Grundstücken, Bauwerken/ baulichen Anlagen (Burgenland, Vorarlberg, Kärnten, Salzburg, Oberösterreich, Steiermark, Tirol, Wien),
- ▶ Befahren von Grundstücken (Tirol, Wien),
- ▶ Beseitigen von Hindernissen (Vorarlberg, Kärnten, Tirol, Wien).

In Bundesländern, wo keine oder nur eingeschränkte (Zwangs-)Befugnisse gesetzlich geregelt sind, werden Sanitäter und Notärzte polizeiliche Unterstützung benötigen, sofern auf Grund des Einsatzgeschehens Zwangsmaßnahmen notwendig werden.

3. VORFÜHRUNG ZUR UNTERBRINGUNG PSYCHISCH ERKRANKTER

Personen, die an einer psychischen Krankheit leiden und im Zusammenhang damit

sich selbst oder andere ernstlich und erheblich gefährden, dürfen bei Fehlen von Alternativen in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht werden. Gesetzliche Grundlage bildet das Unterbringungsgesetz (UbG¹⁷), welches eine Unterbringung auf Verlangen und eine ohne oder gegen den Willen des Betroffenen unterscheidet. Der mit Freiheitsentzug verbundene Krankenhausaufenthalt ist durch einen hohen Rechtsschutz im Sinne von kostenloser Vertretung durch Patientenanwälte, zwingend durchzuführender gerichtlicher Überprüfung unter Beiziehung von medizinischen Sachverständigen sowie der Einhaltung von Fristen gekennzeichnet.

Die für den Polizei- und Rettungseinsatz interessanten Rechtsfragen beschäftigen sich jedoch mit der Vorführung derartiger Personen in die psychiatrische Abteilung. Diesbezüglich regelt § 46 SPG iVm § 9 UbG, dass die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes berechtigt und verpflichtet sind, unterzubringende Personen einem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arzt oder einem Polizeiarzt vorzuführen oder diesen beizuziehen. Nach Untersuchung durch diesen Arzt und Bescheinigung, dass die Unterbringungsvoraussetzungen vorliegen („Parere“), ist der Betroffene in die psychiatrische Abteilung zu bringen. Klarzustellen gilt, dass ein Notarzt kein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt ist.

Lediglich bei Gefahr in Verzug sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, den Betroffenen auch ohne Untersuchung und Bescheinigung einer psychiatrischen Abteilung vorzuführen. Nach Kopetzki ist Gefahr in Verzug dann anzunehmen, „wenn durch die mit der Vorführung vor den Arzt bzw der Untersuchung einhergehenden Zeitverzögerung der Zweck des Einschreitens – das ist die Abwehr der ernstlichen und erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung – nicht er-

reicht werden könnte“; also immer dann, „wenn die Gefährdung nicht anders als durch die sofortige Einlieferung beseitigt werden kann“.¹⁸

Zuständig zur Vorführung psychiatrischer Patienten gegen oder ohne ihren Willen sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes, wobei erforderlichenfalls der Rettungsdienst beizuziehen ist.¹⁹ Nach Kopetzki „übt dieser dann eine assistierende Funktion aus, und nicht umgekehrt.“²⁰ Liegt eine Bescheinigung des im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes oder des Polizeiarztes vor, so ist die Durchführung des Transportes auch durch den Rettungsdienst möglich, wobei deren Tätigkeit dann der Sicherheitsbehörde zugerechnet wird (sog „Verwaltungshelfer“).²¹ Bei der Gefahr-in-Verzug-Vorführung oder wenn vom Patienten ein (erhebliches) Gefahrenpotential ausgeht, haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes stets anwesend zu sein und den Transport im Patientenraum des Rettungsfahrzeuges zu begleiten.

Werden bei der Vorführung körperliche Zwangsakte notwendig, so sind diese von den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes unter Zugrundelegung des Verhältnismäßigkeitsprinzips vorzunehmen. Die Menschenwürde des Betroffenen ist dabei stets zu beachten.

Mangels gesetzlicher Befugnis üben Sanitäter und Notärzte grundsätzlich keine Gewalt aus. Wird dies jedoch in Ausnahmefällen notwendig (zB Beiziehung des Rettungsdienstpersonals durch Polizisten, die eine tobende Person alleine nicht fixieren können und weitere Polizisten noch nicht am Einsatzort eingetroffen sind), so werden die gesetzten Zwangsakte des Rettungspersonals den Sicherheitsbehörden zugerechnet.²² Das zwangsweise Verabreichen von „Beruhigungsinjektionen“ ist nur dann zulässig, wenn schonendere

nicht-medikamentöse Deeskalationsversuche seitens der Polizei keine Aussicht auf Erfolg zeigen.²³

Die Vorführung endet, wenn sich der Betroffene in der psychiatrischen Abteilung befindet und von dort tätigen Ärzten oder diplomierten Krankenpflegepersonal übernommen wird. Ab diesem Zeitpunkt geht die Verantwortung – und somit auch die Haftung – über. Der Einsatz ist beendet.

4. AUSGEWÄHLTE PRAXISBEISPIELE: POLIZEI IM RETTUNGSEINSATZ – SANITÄTER/NOTÄRZTE IM POLIZEIEINSATZ

Zu tagtäglich stattfindenden Einsätzen, die eine wechselseitige Beziehung erforderlich machen, wird nun rechtlich Stellung genommen.

a) Straftaten mit Fremdverschulden

Nach den einschlägigen Bestimmungen der Strafprozessordnung (StPO²⁴) hat die Kriminalpolizei im Ermittlungsverfahren Straftaten aufzuklären und zu verfolgen. Werden im Rettungseinsatz Wahrnehmungen bezüglich einer Straftat gemacht, die ein sofortiges Einschreiten der Sicherheitsbehörden erforderlich machen, so haben Sanitäter und Notärzte die Polizei beizuziehen. Zu denken wäre etwa an Verkehrsunfälle mit Personenschaden, jegliche Art von Gewaltszenen, Raufhandel, Raub etc.

Erwähnenswert ist, dass auf Grund der gesetzlich verankerten Verschwiegenheitspflicht von Angehörigen medizinischer Berufe keine generelle Anzeigepflicht besteht. Ein Durchbruch ist möglich, sofern besondere Anzeigepflichten²⁵ bestehen oder die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.²⁶

b) Tote Person

Nicht jeder Todesfall verpflichtet das Rettungsteam, die Polizei beizuziehen. Besteht jedoch der Verdacht auf ein Fremdverschulden (bedenklicher Todesfall), ist der Ort, wo die Person aufgefunden wurde, ein öffentlicher Platz, handelt es sich um einen Ausländer oder ist die Identität unbekannt, so ist die Polizei unverzüglich zu verständigen. Dies gilt auch im Falle eines plötzlichen Kindstodes und bei Suizid. Gesetzliche Grundlage ist neben der StPO und dem SPG auch das Fremdenrecht.

c) Verkehrsunfall

Bei Verkehrsunfällen mit Sach- bzw Personenschaden ist die Polizei auf Grund § 4 StVO und auch auf Grund der Feststellungen bezüglich Fremdverschulden nach der StPO verpflichtend beizuziehen.²⁷ Außer diesem Umstand kann die Anforderung der Polizei notwendig werden, wenn auf Grund der Verkehrssituation die Unfallstelle abzusperren ist und dies dem Rettungsteam nicht möglich ist, da für Sanitäter und Notärzte stets der zu versorgende Patient im Mittelpunkt steht. Gesetzliche Grundlage bildet hierbei § 44b StVO.

d) Landung Rettungshubschrauber

Manche Rettungseinsätze erfordern die Beiziehung eines Rettungshubschraubers. Entweder wird dieser primär bei Eingang des Notrufes mitalarmiert (zB bei schlechter Erreichbarkeit des Einsatzortes durch bodengebundene Fahrzeuge, bei zu langer Eintreffzeit des bodengebundenen Notarztteams, bei gegebener medizinischer Indikation wie etwa Wirbelsäulenverletzungen etc) oder durch die am Einsatzort anwesenden Sanitäter oder Notärzte nachgefordert (zB bei Transport in eine abgelegene Spezialklinik, bei Notwendigkeit eines erschütterungsfreien Transportes etc). Da zum Zeitpunkt der Alarmierung nicht

vorhersehbar ist, wo der Rettungshubschrauber landen wird können, bereits am Notfallort befindliche Sanitäter und Notärzte mit der Patientenversorgung beginnen und möglicherweise eine Landehilfe durch Einweisung oder eine Straßensperre veranlasst werden muss, ist die Polizei beizuziehen. In der Praxis kommt es immer wieder vor, dass der Rettungshubschrauber nicht direkt am Notfallort, sondern etwas abgelegen landen muss, sodass ein Transfer der Hubschraubermannschaft zum Notfallort notwendig wird. Um den Einsatzablauf reibungslos gewährleisten zu können, trifft die Polizei eine Mitwirkungspflicht, die sich neben der StVO vor allem auf die erste allgemeine Hilfeleistungspflicht nach § 19 SPG stützt.

e) **Gewaltsame Türöffnung**

Bei eindeutigen Notsituationen ist es für jedermann möglich, Sachbeschädigungen zu setzen, um Menschenleben zu retten. Werden im Rettungseinsatz Wahrnehmungen gemacht, dass eine Person in einer versperrten Wohnung Hilfe benötigt, so ist das Eindringen in die Wohnung mit den geringsten zum Ziel führenden Mitteln (zB gewaltsame Türöffnung) durch Angehörige, Nachbarn, Sanitäter, Notärzte, Feuerwehrleute oder Polizisten möglich. Der Ersteintreffende hat die Maßnahme durchzuführen. Auf Grund des von der Rechtsordnung anerkannten rechtfertigenden Notstandes sind weder straf- noch zivilrechtliche Konsequenzen zu befürchten.

Ist der zu rettende Patient alleine in der Wohnung und würde auf Grund des Abtransportes des Patienten die Wohnung offen zurückbleiben, ist die Polizei beizuziehen. Diese hat auf Grund § 22 SPG einen vorbeugenden Schutz von Rechtsgütern sicherzustellen.

f) **Unvernünftige Behandlungsverweigerung durch den Patienten**

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten genießt einen hohen Stellenwert. Der einsichts- und urteilsfähige Patient²⁸ hat in die medizinische Behandlung und den Transport durch den Rettungsdienst einzuwilligen. Eine Aufklärung hat dem Ganzen vorzugehen. Entscheidet sich der Patient gegen die Behandlung bzw den Transport, so ist dies – bei sonstiger Strafe²⁹ und Haftung der Einsatzkräfte – zu akzeptieren, auch wenn es noch so unvernünftig erscheinen mag (Reversrecht).

Das Selbstbestimmungsrecht erfährt durch Alter und Geisteszustand Einschränkungen. Kommt es auf Grund von Alkohol- und/oder Drogenkonsum zu kurzzeitigen Verwirrheitszuständen, so können bei Behandlungsverweigerungen Probleme auftreten. Zieht sich beispielsweise eine Person im berauschten Zustand Verletzungen zu, die dringend behandlungsbedürftig sind, und verweigert diese dann den angeordneten Transport in ein Krankenhaus, so hat der Arzt zum Patienten zu kommen; der Notarzt ist beizuziehen. Kann der Patient durch diesen vor Ort versorgt werden und ist die Selbstgefahr gering, so zählt der Patientenwunsch. Ist jedoch die Behandlung dringend erforderlich und steht die Behandlungsverweigerung im engen Zusammenhang mit dem berauschten Zustand, ist unter Umständen eine Vorführung ohne oder gegen den Willen des Patienten nach dem SPG iVm dem UbG möglich.³⁰ Die Polizei ist beizuziehen.

g) **Behinderung der Einsatzkräfte**

Mitunter passiert es, dass Rettungseinsätze durch Passanten gestört bzw die Versorgung des Patienten behindert wird. Zu denken wäre etwa an ständiges Berühren des Patienten, Nicht-Einhaltung des Sicherheitsabstandes bei einer durchzuführenden Defibrillation, weiter andauernde

Gewaltakte, Mitfilmen der Patientenversorgung etc. Da sich in den Landesrettungsdienstgesetzen kaum Befugnisse für Sanitäter und Notärzte zur Sicherung eines reibungslosen Einsatzablaufes finden, ist bei Einsatzbehinderung die Polizei beizuziehen.

Nach § 38 SPG sind nämlich die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes ermächtigt, Unbeteiligte wegzuweisen, die durch ihre Anwesenheit am Vorfallsort oder in dessen unmittelbarer Umgebung die Erfüllung der ersten allgemeinen Hilfeleistungspflicht³¹ behindern. Nach Hauer/Keplinger reicht für eine Behinderung die bloße Anwesenheit – etwa von Schaulustigen – aus. Eine aktive Behinderung eines Widerstandes ist nicht Voraussetzung der Befugnis.³² Dies gilt auch gegenüber Unbeteiligten sowie Medienmitarbeitern, die durch ihre Anwesenheit die Privatsphäre jener Menschen, die von dem Vorfall betroffen sind, unzumutbar beeinträchtigen.

h) Arbeitsunfall

Bei Arbeitsunfällen wird von der Rettungsleitstelle auch die Polizei alarmiert. Dies hat einerseits den Zweck, Fremdverschulden abzuklären, und andererseits, gesetzliche Meldepflichten durch den Arbeitgeber einzuhalten. Passiert nämlich ein tödlicher oder schwerer Arbeitsunfall, so hat der Arbeitgeber entweder das Arbeitsinspektorat oder die Polizei zu informieren. Gesetzliche Grundlage stellen § 98 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) sowie die StPO dar.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Dieser Artikel zeigt auf, dass sich Sanitäter, Notärzte und Polizisten bei der gemeinsamen Einsatzbewältigung mitunter im rechtlich komplexen Umfeld befinden. Die Darstellung der einschlägigen Gesetzesstellen und die Verdeutlichung durch Praxisbeispiele soll künftig zu besserem wechselseitigen Verständnis beitragen und Rechtssicherheit für die Einsatzkräfte schaffen.

¹ Art 10 Abs 1 Z 12 iVm Art 15 Abs 1 B-VG idgF.

² Sanitätergesetz (SanG) – BGBl I Nr 30/2002 zuletzt geändert durch BGBl I Nr 57/2008.

³ §§ 8 ff SanG idgF.

⁴ §§ 11 ff SanG idgF.

⁵ Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG) – BGBl I Nr 169/1998 zuletzt geändert durch BGBl I Nr 156/2005.

⁶ § 40 ÄrzteG idgF.

⁷ §§ 50 ff SanG idgF; § 40 Abs 3 ÄrzteG idgF.

⁸ Halmich, *Recht für Sanitäter und Notärzte – Die Praxis der präklinischen Notfallversorgung* (2012) 95 ff.

⁹ Ebd, 106.

¹⁰ Straßenverkehrsordnung 1960 (StVO) – BGBl Nr 159/1960 zuletzt geändert durch BGBl I Nr 59/2011.

¹¹ Aigner, *Zur Haftung von Sanitätern und Notärzten*, RdM 2002/24.

¹² Sicherheitspolizeigesetz (SPG) – BGBl Nr 566/1991 zuletzt geändert durch BGBl I Nr 13/2012.

¹³ Hauer/Keplinger, *Sicherheitspolizeigesetz Polizeiausgabe*¹¹ (2010) 55 ff.

¹⁴ Ebd, 59.

¹⁵ Ebd, 59.

¹⁶ Ebd, 59.

¹⁷ Unterbringungsgesetz (UbG) – BGBl Nr 155/1990 zuletzt geändert durch BGBl I Nr 18/2010.

¹⁸ Kopetzki, *Grundriss des Unterbrin-*

*gungsrechts*³ (2012) Rz 173.

¹⁹ Siehe § 9 Abs 3 UbG.

²⁰ Kopetzki, *Unterbringungsrecht*³ Rz 182.

²¹ Ebd, Rz 154.

²² Ebd, Rz 154.

²³ VwGH vom 26.07.2005, 2004/11/0070; vgl zu den strengen Voraussetzungen einer zwangsweisen medizinischen Behandlung, konkret bezüglich einer zwangsweisen „Beruhigungsinjektion“ VfGH vom 18.06.1984, VfSlg 10.051.

²⁴ Strafprozessordnung 1975 (StPO) – BGBl Nr 631/1975 zuletzt geändert durch BGBl I Nr 50/2012.

²⁵ § 54 Abs 2–6 ÄrzteG idgF für Ärzte; keine Anzeigepflichten bestehen für Sanitäter nach dem SanG; bzgl Minderjährige

gilt § 37 Abs 2 und 3 Jugendwohlfahrtsgesetz 1989 (JWG) idgF.

²⁶ Vgl § 54 Abs 2 Z 4 ÄrzteG sowie § 6 Abs 2 Z 4 SanG jeweils idgF. Für eine Aussage im Gerichtsverfahren gelten die Bestimmungen der Zivil- bzw Strafprozessordnung.

²⁷ Keine Beziehung der Polizei bei Sachschäden, wenn die Unfallbeteiligten wechselseitig ihre Identität bekanntgeben; siehe § 4 Abs 5 StVO idgF.

²⁸ Nach § 146c Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) idgF wird diese Fähigkeit ab Vollendung des 14. Lebensjahres vermutet. Es gibt keine Höchstaltersgrenzen, sondern es sind stets die konkreten Fähigkeiten des Patienten maßgeblich.

²⁹ Eigenmächtige Heilbehandlung nach § 110 StGB idgF.

³⁰ Grundsätzlich sind Alkohol-, Drogen- und Suchtgiftmisbrauch keine psychischen Erkrankungen iSd UbG. Liegt jedoch eine Alkoholisierung von erheblichem Umfang vor und kommt es

auf Grund dessen zur vehementen unvernünftigen Behandlungsverweigerung, die jedoch objektiv gesehen dringend erforderlich ist, so wird dies eine psychische Erkrankung iSd UbG darstellen. Vgl hierzu die Lehre und nicht einheitliche Rechtsprechung in Kopetzki, Unterbringungsrecht³ Rz 89f.

³¹ Da in diesem Fall die Bewältigung des Einsatzes durch den Rettungsdienst alleine noch nicht gewährleistet ist, bleibt die erste allgemeine Hilfeleistungspflicht noch aufrecht. In diesem Fall endet sie erst, wenn Sanitäter und Notärzte ungehindert den Patienten versorgen können, spätestens mit dem Abtransport.

³² Hauer/Keplinger, Sicherheitspolizeigesetz Kommentar⁴ (2011) § 38 zu Abs 1 B4 ff.

Weiterführende Literatur und Links

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