

E-Health / Digital Health

Rehmann / Tillmanns

2022

ISBN 978-3-406-76208-6

C.H.BECK

schnell und portofrei erhältlich bei
beck-shop.de

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de steht für Kompetenz aus Tradition. Sie gründet auf über 250 Jahre juristische Fachbuch-Erfahrung durch die Verlage C.H.BECK und Franz Vahlen.

beck-shop.de hält Fachinformationen in allen gängigen Medienformaten bereit: über 12 Millionen Bücher, eBooks, Loseblattwerke, Zeitschriften, DVDs, Online-Datenbanken und Seminare. Besonders geschätzt wird beck-shop.de für sein umfassendes Spezialsortiment im Bereich Recht, Steuern und Wirtschaft mit rund 700.000 lieferbaren Fachbuchtiteln.

	Rn.
2. Diagnose	353
3. Therapie	360
4. Pflege und Menschen mit Behinderungen	362
5. Medizinische Forschung	365
6. Krankenhausadministration	366
V. Potenzielle Risiken	368
1. Lernende KI-Systeme – Änderung der KI im laufenden Betrieb	369
2. KI und Bias/Diskriminierung	370
3. KI als „Black Box“?	374
4. Autonomie der KI?	377
VI. Rechtliche Herausforderungen	379
1. Medizinprodukte	379
a) Anwendungsbereich	379
b) Orientierung	380
c) Veränderung – Kernproblem der Konformitätsbewertung	397
d) Vertrauen – Metanorm der Konformitätsbewertung	411
e) Ergebnis und Ausblick	418
2. Haftung	419
a) Haftung des Herstellers	419
b) Haftung des Betreibers	437
c) Haftung des Arztes (Anwenders)	442
3. Datenschutz	443
E. Elektronische Patientenakte und elektronische Gesundheitskarte	447
I. Management des Zugriffs auf Gesundheitsdaten	447
1. Gesundheitsdatenmanagement als Schlüsselfunktion einer digitalen Gesundheitsvorsorge und Heilbehandlung	448
2. Das Recht auf und die Pflicht zur Digitalisierung von Gesundheitsdaten	449
3. Die elektronische Patientenakte als Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitsdatenmanagements	452
4. Die elektronische Gesundheitskarte als Schlüssel und „digitaler Speicherort“	453
5. Datenübermittlung zwischen Leistungserbringern, Versicherten und Krankenkassen	454
II. Die elektronische Patientenakte (§§ 341 ff. SGB V)	455
1. Begriff und Funktion der elektronischen Patientenakte	455
2. Normative Verankerung der elektronischen Patientenakte	456
3. „Anbieter“ der elektronischen Patientenakte	458
4. Aufbau der elektronischen Patientenakte	459
a) Welche Daten können in der ePA gespeichert werden?	460
b) Wie erfolgt der stufenweise Auf- und Ausbau der ePA?	467
c) Welche technischen Anforderungen bestehen?	477
5. Funktionsweise der elektronischen Patientenakte	486
a) Wie funktioniert die erstmalige Einrichtung der ePA?	487
b) Wie wird die ePA weiter genutzt?	489
c) Welche Rechte haben die Versicherten?	490
d) Was ist der elektronische Medikationsplan?	496
e) Was sind elektronische Notfalldaten und wofür werden diese gebraucht?	497
f) Was ist die elektronische Patientenkurzakte?	499
g) Was wird von den elektronischen Verordnungen umfasst?	501
h) Was sind „zusätzliche Inhalte und Anwendungen“?	504
i) Was passiert, wenn sich Daten ändern?	505
j) Wann werden die Daten der ePA gelöscht?	506
6. Berechtigung zum Zugriff auf die elektronische Patientenakte	508
a) Welche Voraussetzungen müssen für einen Zugriff vorliegen?	509
b) Wie erfolgt die Einwilligung des Versicherten?	513
7. Gewährleistung der Sicherheit der elektronischen Patientenakte	516

	Rn.
8. Finanzierung der elektronischen Patientenakte	525
9. Maßgebliche Pflichten der Krankenkassen im Kontext der elektronischen Patientenakte	530
a) Pflicht zum Angebot der ePA	530
b) Informationspflichten	534
c) Diskriminierungsverbot	535
10. Pflichten der Leistungserbringer und Krankenhäuser im Kontext der elektronischen Patientenakte	536
III. Die elektronische Gesundheitskarte (§§ 291 ff. SGB V)	538
1. Begriff und Funktion der elektronischen Gesundheitskarte	538
2. Normative Verankerung der elektronischen Gesundheitskarte	539
3. Aussteller der elektronischen Gesundheitskarte und ihre Pflichten	542
a) Informationspflichten	543
b) Schutz der Sozialdaten	544
4. Funktionsweise der elektronischen Gesundheitskarte und technische Voraussetzungen	546
5. Technische Voraussetzungen der eGK	549
6. Die elektronische Gesundheitskarte als Datenspeicher	552
7. Dauer der Datenspeicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte ..	558
8. Berechtigung des Zugriffs auf die elektronische Gesundheitskarte	559
9. Pflichten der Leistungserbringer im Zusammenhang mit der eGK	560
10. Folgen eines Wechsels der Krankenkasse für die elektronische Gesundheitskarte (§ 291c SGB V)	561
IV. Einzelfragen zu ePA und eGK	562
1. Muss man sich zwischen ePA und „analoger“ Akte entscheiden?	562
2. Wie ist das Verhältnis von allgemeinem Datenschutzrecht und den Normen des SGB V?	564
3. Ist das Konzept des zunächst grobgranularen Berechtigungsmanagements datenschutzwidrig?	571
4. Wie sind die privaten Krankenkassen in die ePA eingebunden?	580
5. Besteht die Pflicht zur Abgabe eines Lichtbildes bei der eGK (§ 291a Abs. 5 SGB V)?	582
F. Gesundheitsportale und Telemedizindienste	585
I. Einleitung	585
II. Begriffsdefinition und Abgrenzung der Gesundheitsportale und Telemedizin von anderen E-Health-Angeboten	587
1. Telemedizin	587
2. Gesundheitsportale	588
III. Angebotsqualität und Zertifizierungen	591
IV. Rollen und Vertragsbeziehungen bei der Nutzung von Gesundheitsportalen und Telemedizindiensten	593
1. Diensteanbieter – Nutzer	594
2. Nutzer – Ratsuchende	597
3. Diensteanbieter – Angehörige der Heilberufe	599
4. Angehörige der Heilberufe – Ratsuchende (Patienten)	600
a) Grundlegende Pflichten des Arztes aus dem Behandlungsvertrag	601
b) (Mitwirkungs-)Pflichten des Patienten	608
V. Berufsrechtliche, straf- und zivilrechtliche Aspekte	611
1. Zulässigkeit der ausschließlichen Fernbehandlung	611
a) Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien	615
b) Ausschließlich telemedizinische Behandlung nur im Einzelfall	616
c) Ärztlich vertretbar	619
d) Einhaltung der ärztlichen Sorgfalt	622
e) Aufklärung des Patienten	623
2. Ärztliche Schweigepflicht	628
3. Besondere Anforderungen an die Durchführung von Videosprechstunden	635

	Rn.
4. Ausstellung von Rezepten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	638
VI. Werbung für telemedizinische Leistungen	645
VII. Schutz personenbezogener Gesundheitsdaten	649
1. Die Regelung des Gesundheitsdatenschutzes in der DS-GVO	650
a) Anwendungsbereich der DS-GVO und Bestimmung des Verantwortlichen	650
b) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung	653
c) Informationspflichten	661
d) Rechte der betroffenen Personen	664
e) Führung eines Verarbeitungsverzeichnisses	666
f) Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung	668
g) Benennung eines Datenschutzbeauftragten	678
h) Verarbeitung von Patientendaten durch den Portalbetreiber und den behandelnden Arzt	681
i) Sanktionen bei Datenschutzverletzungen	710
2. Schutz von Patientendaten nach dem PDSG	711
VIII. Haftungsfragen	712
1. Haftung der Angehörigen von Heilberufen	712
a) Besondere Haftungsrisiken bei der Fernbehandlung	712
b) Entscheidung des Ärztetages für die Zulassung der Fernbehandlung ohne vorherigen Praxisbesuch	714
c) Die vom Arzt bei der Fernbehandlung geschuldete Sorgfalt	715
2. Haftung der Portalbetreiber (Diensteanbieter)	718
3. Haftung der Rat gebenden Laiennutzer von Gesundheitsportalen	722
4. Haftungsausschlüsse oder Begrenzungen in AGB	723
G. Software zur Diagnoseunterstützung (Decision Support Software – DSS)	725
I. Medizinproduktrecht	725
II. Haftung	729
1. Haftung des Herstellers/Bereitstellers der DSS	729
a) Produkthaftung nach dem Produkthaftungsgesetz	730
b) Produzentenhaftung nach §§ 823 ff. BGB	733
2. Haftung des ärztlichen Behandlers	737
H. Patientencompliance- und Adhärenzprogramme	738
I. Einleitung	738
1. Gesundheitspolitischer und medizinischer Hintergrund	738
2. Compliance und Adhärenz	744
a) Compliance	746
b) Adhärenz	749
c) Compliance und Adhärenz in der Praxis	752
3. Programme	759
II. Rechtliche Rahmenbedingungen für Patientencompliance- und Adhärenzprogramme	761
1. Medizinproduktrecht	762
a) Allgemeines	763
b) Programme bzw. Software als Medizinprodukt	764
c) Konformitätsbewertung	780
d) Wissenschaftliche Validität	806
e) Technische oder analytische Leistungsfähigkeit	808
f) Klinische Leistungsfähigkeit	809
2. Haftung	811
a) Herstellerhaftung	812
b) Händlerhaftung	828
c) Arzthaftung	829
3. Versicherungsrecht	834
a) Pflicht zur Deckungsvorsorge bei medizinischer Software	835
b) Art der Deckungsvorsorge	836
4. Ärztliches Berufsrecht – Unternehmen	846

	Rn.
a) Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln § 7 Abs. 4 MBO-Ä ...	846
b) Erlaubte Information und berufswidrige Werbung § 27 MBO-Ä	849
c) Unerlaubte Zuweisung § 31 MBO-Ä	850
5. HWG und das Recht des unlauteren Wettbewerbs	851
a) Heilmittelwerberecht	851
b) Recht des Unlauteren Wettbewerbs (UWG)	887
6. Sozialrecht (§ 128 Abs. 5 SGB V) Depotverbot	888
7. Korruptionsstrafrecht §§ 299a, 299b StGB	889
a) Apotheker als Empfänger der Zuwendungen	890
b) Zuwendungen am Point of Care	893
c) Vorliegen eines Eigen- oder Dritt Vorteils	894
8. Datenschutzrecht	907
a) Überblick	907
b) Datenschutzrechtliche Probleme bei Patientencompliance- und Adhärenzprogrammen	908
9. Erstattungsrecht	916
I. Krankenhaus- und Praxissoftware, E-Care	917
I. Einleitung	917
II. Abgrenzungsfragen	919
1. Krankenhausinformationssoftware (KIS) und Praxisverwaltungssoftware (PVS)	919
2. Begriffsbestimmung von „E-Care“	922
a) „E-Health“ und „E-Care“	922
b) D2P- und D2D-Bereich	927
3. Rechtliche Rahmenbedingungen von KIS/PVS und E-Care	929
a) KIS	929
b) PVS-Zertifizierung	931
c) Die elektronische Patientenakte im Zusammenspiel mit KIS/PVS	934
d) E-Care-Anwendungen nach dem SGB V	937
III. Haftung bei der Nutzung von KIS/PVS und E-Care	941
1. Rechtsverhältnis zwischen Behandelndem und Patient	942
a) Behandlungsvertrag	943
b) Art. 82 DS-GVO	951
2. Rechtsverhältnis zwischen Behandler und Hersteller	954
a) Haftung aus Vertrag	955
b) Produkthaftung	960
c) Haftung aus Deliktsrecht	961
3. Rechtsverhältnis zwischen Hersteller und Patient	964
a) Vertragliche Ansprüche	965
b) Haftung nach dem ProdHaftG	966
c) Deliktische Haftung	972
IV. Datenschutz	983
1. Datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen bei der Nutzung von Krankenhaus- und Praxissoftware und E-Care	984
a) DS-GVO	984
b) Kritis	985
c) SGB V: Telematik	990
d) Weitere Regelungen	992
2. Umsetzung in der Praxis	993
a) Umsetzung im stationären Sektor	994
b) Umsetzung im ambulanten Sektor	1012
J. E-Rezept	1020
I. Einleitung	1020
1. Überblick	1020
2. Bedeutung für Digitalisierung des Gesundheitswesens	1022
3. Praktische Umsetzung	1024
4. Gesetzliche Grundlagen	1030

	Rn.
a) Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) ...	1031
b) Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (PDSG)	1036
II. Modellvorhaben nach dem SGB V	1046
1. Übersicht	1046
2. Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V	1047
a) Anwendungsbereich	1047
b) Rechte und Pflichten für Projektbeteiligte	1048
3. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V	1050
III. Rechtliche Rahmenbedingungen	1052
1. Formbezogene Vorgaben	1052
a) Für verschreibenden Leistungserbringer	1053
b) Für Apotheker	1068
c) Für Kostenträger	1091
2. Datenschutz	1092
a) Allgemeine Anforderungen	1092
b) Verarbeitung personenbezogener Daten	1094
c) Einbindung von Dritten (insbes. im Bereich IT)	1098
3. Anforderungen an digitale Bestellabläufe	1101
a) Sonderbestimmung für bestimmte Vertriebsformen	1101
b) IT-sicherheitsrechtliche Anforderungen	1106
c) Berufsgeheimnisrecht	1111
IV. Ausblick	1113

beck-shop.de

A. Telemedizin

I. Einleitung

Das Gesundheitssystem ist einem spürbaren Wandel durch den Einsatz digitaler Technik nicht nur zur Speicherung und Verwaltung medizinischer Daten unterzogen, sondern digitale Gesundheitsanwendungen tragen bereits in einer Vielzahl von Fällen zur medizinischen Versorgung von Patienten bei.¹ Dabei gewinnen auch telemedizinische Leistungen verstärkt an Bedeutung. Der Begriff der Telemedizin ist nicht einheitlich definiert. Sie wird überwiegend als Sammelbegriff ärztlicher Versorgungskonzepte verstanden, denen gemeinsam ist, dass medizinische Leistungen zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Bereich der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über einen zeitlichen Versatz oder eine räumliche Entfernung unter Einsatz moderner Informations- und Kommunikationssysteme erbracht werden.² Das Anwendungsspektrum der Telemedizin ist vielfältig. Gemeinhin werden Telekonsile, das Telemonitoring und die Teletherapie unterschieden. Eine besondere Anwendungsform ist die Tele-Intensivmedizin, welche Telekonsile und Televisiten zwischen einem Tele-Intensivmedizin-Zentrum und angeschlossenen Intensivstationen mit einem Telemonitoring verbindet.³ Die Erbringung telemedizinischer Leistungen wirft in rechtlicher Hinsicht unterschiedliche Fragestellungen aus der Sicht des ärztlichen Berufsrechtes, regulatorischer Rechtsvorschriften in Bezug auf die zum Einsatz kommende digitale Technik und schließlich auch des Haftungsrechts auf, welche in diesem Abschnitt behandelt werden.

¹ Allg. zum digitalen Wandel der Gesundheitsversorgung – Kurzüberblick bei *Rybak/Coen PharmInd* 2020, 903 ff.

² *Frenz/Marx/Gilger/Deisz*, *Recht und Technik: Handbuch Industrie 4.0*, 1. Aufl. 2020, *Telemedizin* S. 1019; *Rosenberg*, *Rechtsfragen der Telemedizin am Beispiel der Teleradiologie*, 1. Aufl. 2019, S. 26.

³ *Rosenberg*, *Rechtsfragen der Telemedizin am Beispiel der Teleradiologie*, 1. Aufl. 2019, S. 26.

II. Ärztliches Berufsrecht

Literatur:

Bergmann, Telemedizin und das neue E-Health-Gesetz – Überlegungen aus arzthaftungsrechtlicher Perspektive, MedR 2016, 497 ff.; Bergmann/Middendorf, Gesamtes Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, BGB § 630a Rn. 86; Braun, Die Zulässigkeit von ärztlichen Fernbehandlungsleistungen nach der Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä, MedR 2018, 563 ff.; Carstensen, Vom Heilversuch zum medizinischen Standard, DÄBl 1989, A-2431 f.; Dannecker/Schröder, Bestechlichkeit im Gesundheitswesen, in Kindhäuser/Neumann (Hrsg.), StGB, 5. Aufl. 2017, StGB § 299a Rn. 153 mwN; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl. 2014, S. 264 ff.; Dierks, Der Rechtsrahmen der Fernbehandlung in Deutschland und seine Weiterentwicklung, MedR 2016, 405 ff.; Dierks, Rechtsfragen der Telemedizin, 2000, S. 7; Eberbach, Wird die ärztliche Aufklärung zur Fiktion?, Teil 1, MedR 2019, 1 ff.; Finn, Grundsätzliche Zulässigkeit einer telefonischen Risikoaufklärung in „einfach gelagerten Fällen“, Anmerkung zu BGH MedR 2010, 857 ff.; Frahm/Walter, Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. 2018, S. 152 f.; Gruner, Quo vadis, Fernbehandlungsverbot? Betrachtungen zur Telemedizin, GesR 2017, 288; Hahn, Telemedizin und Fernbehandlungsverbot – Eine Bestandsaufnahme zur aktuellen Entwicklung, MedR 2018, 384 f.; Hahn, Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in der ärztlichen Videosprechstunde, NZS 2021, 457; Hart, Ärztliche Leitlinien – Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen, MedR 1998, 8 f.; Hofer, Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin, MedR 2012, 636 ff.; Kaeding, Medizinische Behandlung als Distanzgeschäft, MedR 2019, 288; Kalb, Rechtliche Aspekte der Telemedizin, GesR 2018, 481 ff.; Katzenmeier, Haftungsrechtliche Grenzen ärztlicher Fernbehandlung, NJW 2019, 1769 ff.; Katzenmeier, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. X Rn. 7, S. 116 f.; Katzenmeier, BGB, 57. Ed. 2021, BGB § 630a Rn. 189, § 630e Rn. 32; Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 17; Kilian, Medizinrecht, MBO-Ä, 6. Aufl. 2021, § 18 Rn. 21 ff.; Krüger-Brand, Fernbehandlung. Weg frei für die Telemedizin, DÄBl 2018, A-965; Kuhn, Grenzen der Digitalisierung der Medizin de lege lata und de lege ferenda, GesR 2016, 748 ff.; Kuhn/Heinz, Digitalisierung in der Medizin im Spannungsfeld zwischen technischen und legislativen Möglichkeiten und rechtlichen Grenzen, GesR 2018, 691; Kuhn/Hesse, Einsatz und Vergütung von Videosprechstunden im vertragsärztlichen System, GesR 2017, 221; Lindner, Verfassungswidrigkeit des – kategorischen – Verbots ärztlicher Suizidassistenten, NJW 2013, 136 ff.; Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, S. 35, 39 ff.; Lippert, Kommentar zur (Muster-)Berufsaufsicht für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, 7. Aufl. 2018, Einl. Rn. 1, 5, 7, 9; Martis-Winkart, Arzthaftungsrecht, 5. Aufl. 2018, Kap. P Rn. 14 f.; Maybaum, Ausschließliche Fernbehandlung: Sorgen vor Flickenteppich, DÄBl 2018, A-846; Müller/Raschke, Homöopathie durch Ärzte und die Einhaltung des medizinischen Standards, NJW 2013, 428; Neelmeier, Einvernehmliche Unterschreitung medizinischer Behandlungsstandards, NJW 2015, 374 ff.; Nufstein, Ärztliche Behandlung außerhalb des Standards – Anfechtung, Aufklärung und Einwilligung, VersR 2018, 1361 f.; v. Pentz, Tendenzen der neueren höchstgerichtlichen Rechtsprechung zur Arzthaftung, MedR 2011, 222 ff.; J. Prütting, Rechtsgebietsübergreifende Normenkollisionen, 2020, S. 239 ff., 311 ff.; J. Prütting, Die rechtlichen Aspekte der Tiefen Hirnstimulation, 2014, S. 141 Fn. 595, S. 195 ff., 204 ff.; J. Prütting, Die Fernbehandlung, Nationales Rechts als (notwendige?) Innovationsbremse, KU 2019, 40; J. Prütting, Die Indikation im Bereich wunschmedizinischer Maßnahmen – Gegenstand und verfassungsrechtlicher Hintergrund, medstra 2016, 78 ff.; J. Prütting/Merrem, Medizinrecht, BGB, 6. Aufl. 2021, BGB § 630a, Rn. 34, 66, 75 f., § 630e Rn. 28 f.; J. Prütting/Winter, Verfassungsmäßigkeit des § 16 S. 3 Berufsaufsicht für Ärzte vor dem Hintergrund der Nichtigkeit von § 217 StGB, GesR 2020, 273 ff.; J. Prütting/Friedrich/Winter/Wolk, Digitalisierung im Gesundheitswesen, GesR 2020, 756; Rehborn, Medizinrecht, MBO-Ä, 6. Aufl. 2021, § 5 Rn. 2, § 7 Rn. 12, 14; Rehborn, Behandlungsvertrag, Mitwirkung, Information, Einwilligung, Aufklärung, MDR 2013, 497; Scholz, Medizinrecht, MBO-Ä, 3. Aufl. 2018, Vorb. Rn. 2, § 7 Rn. 14 ff.; Spickhoff, Medizinrecht, BGB, 3. Aufl. 2018, BGB § 630a Rn. 41, § 630e Rn. 3a, 11; Spickhoff, Rechtsfragen der grenzüberschreitenden Fernbehandlung, MedR 2018, 535 ff.; Spickhoff, Die Entwicklung des Arztrechts 2016/2017, NJW 2017, 1790 f.; Spickhoff, Patientenrechte und Patientenpflichten – Die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus, VersR 2013, 267 ff.; Spickhoff, Die Entwicklung des Arztrechts 2010/2011, NJW 2011, 1651 ff.; Stellpflug, Arzthaftung bei der Verwendung telemedizinischer Anwendungen, GesR 2019, 76 ff.; Tillmanns, Möglichkeiten und Grenzen der Werbung für Fernbehandlungen, A&R 2020, 11; Voigt, BGB, 3. Aufl. 2016, BGB § 630e Rn. 7; Vörberg/Kanschik, Fernbehandlung: AMG-Novelle und Ärztekammer verfehlen die Realität!, MedR 2016, 411 ff.; Wagner, BGB, 8. Aufl. 2020, BGB § 630a Rn. 97, § 630e Rn. 42 ff., 49; Walter, BGB, 2020, BGB § 630e Rn. 27, 54; Weidenkaff, BGB, 80. Aufl. 2021, BGB § 630a Rn. 10; Wendelstein, Kollisionsrechtliche Probleme der Telemedizin, 2012, S. 1; Wöllersheim, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020, § 6 Rn. 134.

- 2 Neben den im Heilmittelwerberecht (§ 9 HWG) und dem Vertragsarztrecht (bspw. § 15 Abs. 2 BMV-Ä)⁴ bestehenden Regelungen finden sich insbesondere im ärztlichen Berufsrecht Bestimmungen zur Telemedizin und zur Fernbehandlung.⁵ Diese sind einerseits im Hinblick auf denkbare berufsrechtliche Sanktionen relevant und andererseits hinsichtlich

⁴ Darüber hinaus bestehen weitere flankierende Regelungen, zB in der AU-RL.

⁵ Vgl. Braun MedR 2018, 563.

ihrer denkbaren Vorgeiflichkeit für die Wirksamkeit vertraglicher Vereinbarungen⁶ sowie bei der Würdigung ggf. strafrechtlich relevanter Vorgehensweisen im Bereich des Abrechnungsbetruges und der Korruptionsvorschriften (insbesondere für den Fall berufsrechtlicher Zulässigkeit⁷) zu beachten.⁸ Im ärztlichen Abrechnungsrecht der GKV nimmt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in Abschnitt 4.3.1 ausdrücklich Bezug auf die Reichweite berufsrechtlicher Zulässigkeit von Fernbehandlungsmaßnahmen.

1. Verbot und partielle Öffnung reiner Fernbehandlung

Die berufsrechtliche Bewertung der „reinen“ oder „ausschließlichen“ Fernbehandlung war in der Ärzte- und Rechtswissenschaft lange Zeit hoch umstritten.⁹ Erst im Mai 2018 wurde das bis dato bestehende Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung in der MBO-Ä aufgehoben.

a) Historie

Zu Beginn muss ein kurzer Blick in die jüngere Vergangenheit erfolgen, um ein sachgerechtes Verständnis der aktuellen Rechtslage zu erhalten. Während die ausschließliche Fernbehandlung noch Gegenstand lebhafter Debatten war, wurde die teilweise Fernbehandlung schon länger als gängige Behandlungsform praktiziert. Dies war auch in der MBO-Ä zu erkennen. Dort hieß es in § 7 Abs. 4 MBO-Ä aF:

„Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“

In dieser Konstellation behandelt der Arzt den Patienten zumindest einmal unmittelbar physisch. Nach der herrschenden Meinung in der Literatur bedurfte es eines Erstkontakts unter physischer Anwesenheit, bevor eine Behandlung via Telekommunikationsmittel berufsrechtlich als zulässig erachtet werden konnte.¹⁰ Die ausschließliche Fernbehandlung, bei der eine Beratung oder Behandlung nur über Kommunikationsmedien ohne jeglichen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient stattfindet, wurde überwiegend als unzulässig erachtet.¹¹

Das Telos der Verbotsregelung lag darin, dass sich der behandelnde Arzt ein unmittelbares Bild durch seine eigene Wahrnehmung von dem anwesenden Patienten zu verschaffen hatte. Er sollte sich nicht allein auf subjektive Schilderungen und möglicherweise defizitäre Informationen des Patienten oder Dritter verlassen.¹² Die Norm galt primär der Qualitätssicherung von Behandlungen. Dies wurde durch die gesetzlichen Flankierungen des Fernbehandlungsverbots im Heilmittelwerberecht (§ 9 HWG aF¹³) und dem Arznei-

⁶ Vgl. BGH NJW 1986, 2360; NJW-RR 2003, 1175; BayObLGZ 2000, 301 (308) = BeckRS 2000, 30141035; OLG Naumburg OLGR 2008, 938 = MPR 2009, 64 = BeckRS 2008, 18592.

⁷ BT-Drs. 18/6446, 21.

⁸ Näher Kindhäuser/Neumann/Paeffgen/Dannecker/Schröder StGB § 299a Rn. 153 mwN.

⁹ BÄK, Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä v. 11.12.2015, S. 2; Spickhoff/Scholz MBO-Ä § 7 Rn. 18; krit. Dierks MedR 2016, 405 (408); Vöberg/Kanschik MedR 2016, 411 (412).

¹⁰ Vgl. BÄK, Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä v. 11.12.2015, S. 2; Spickhoff/Scholz MBO-Ä § 7 Rn. 18. Nach Ansicht von Stimmen in der Literatur hingegen muss nicht zwingend der erste Kontakt physisch erfolgen, vgl. Dierks MedR 2016, 405 (408); Vöberg/Kanschik MedR 2016, 411 (412).

¹¹ Vgl. Spickhoff/Scholz MBO-Ä § 7 Rn. 14ff. mwN.

¹² Spickhoff/Scholz MBO-Ä § 7 Rn. 14; Braun MedR 2018, 563 (563); Katzenmeier NJW 2019, 1769 (1769).

¹³ Dort hieß es: „Unzulässig ist eine Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen oder Tier beruht (Fernbehandlung).“ Seit dem 19.12.2019 wird die Regelung durch einen Satz 2 eingeschränkt, in dem es heißt: „Satz 1 ist nicht anzuwenden auf die Werbung für Fernbe-

mittelrecht (§ 48 Abs. 1 S. 2, 3 AMG aF¹⁴) deutlich. Auch sollte der vorgeschriebene persönliche Kontakt das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schützen, das für eine erfolgreiche Behandlung als maßgeblich angesehen wird.¹⁵ Auf rein telekommunikativer Basis durfte nur eine allgemeine Beratung zu einer medizinischen Frage erfolgen, die keinen Bezug zu einem individuellen Patienten und seinem bestimmten Krankheitsbild aufwies und damit keine Behandlung oder Beratung im allgemeinen Sinn darstellte.¹⁶ Dasselbe galt insbesondere für Fragen zu Krankheiten, die üblicherweise im Wege der Selbstmedikation behandelt werden.¹⁷

- 6 Das Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung wurde aufgrund der neuen digitalen Möglichkeiten – und dem vermehrten Einsatz im Ausland – auch in Deutschland immer schärfer diskutiert.¹⁸ Die Landesärztekammer Baden-Württemberg wick sodann im Jahr 2016 als erste von dem Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung ab. In § 7 Abs. 4 S. 3 BO LÄK BW¹⁹ stellte sie die Durchführung telemedizinischer Modellprojekte unter einen Genehmigungsvorbehalt, der seitdem von verschiedenen Gesundheitsakteuren genutzt worden ist.²⁰ Auf dem 120. Ärztetag 2017 wurde sodann beschlossen, die ausschließliche ärztliche Behandlung und Beratung aus der Ferne für den Einzelfall zu ermöglichen.²¹ Auch nach dieser Forderung sollte allerdings der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt als Goldstandard weiterhin im Vordergrund stehen.²² Der Vorstand der Bundesärztekammer entwickelte daraufhin in Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern eine Neufassung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä.
- 7 Noch vor der Öffnung der reinen Fernbehandlung im Mai 2018 lockerte auch Schleswig-Holstein – sogar weitergehend als seine südlichen Kollegen aus Baden-Württemberg – die Berufsordnung hinsichtlich des ausschließlichen Fernbehandlungsverbots. Dort sind seither „vorbehaltlich anderweitiger gesetzlicher Regelungen [...] eine Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien erlaubt, wenn diese ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten nicht erforderlich ist.“²³

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

handlungen, die unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgen, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.“

¹⁴ Bis zum 15.8.2019 hieß es: „Eine Abgabe von Arzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, darf nicht erfolgen, wenn vor der ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung offenkundig kein direkter Kontakt zwischen dem Arzt oder Zahnarzt und der Person, für die das Arzneimittel verschrieben wird, stattgefunden hat. Hiervon darf nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden, insbesondere, wenn die Person dem Arzt oder Zahnarzt aus einem vorangegangenen direkten Kontakt hinreichend bekannt ist und es sich lediglich um die Wiederholung oder die Fortsetzung der Behandlung handelt.“ Die Sätze wurden seitdem gestrichen.

¹⁵ VG Frankfurt a. M. GesR 2005, 223 (226); vgl. BGH NJW 1979, 1248 (1249), nach dem Ferndiagnosen selten zur hinreichenden Anamnese und Diagnose ausreichen sollen; Spickhoff/Scholz MBO-Ä § 7 Rn. 14; Katzenmeier NJW 2019, 1769.

¹⁶ BÄK, Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä v. 11.12.2015, S. 2; Dierks MedR 2016, 405 (408); Kuhn GesR 2016, 748; Braun MedR 2018, 563.

¹⁷ Spickhoff/Scholz MBO-Ä § 7 Rn. 17.

¹⁸ Vgl. Gruner GesR 2017, 288 (293) mit dem Vorschlag, die ausschließliche Fernbehandlung in § 11 MBO-Ä zu kodifizieren.

¹⁹ Im Wortlaut: „Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landesärztekammer und sind zu evaluieren.“ Mit dem 1.6.2020 wurde die Landesberufsordnung an die MBO-Ä angepasst und der dortige § 7 Abs. 4 MBO-Ä übernommen.

²⁰ ZB DocDirect der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, www.docdirekt.de, jetzt gilt dort die Regelung der MBO-Ä.

²¹ BÄK, Beschlussprotokoll des 120. Deutschen Ärztetages, 2017, S. 293 ff.

²² BÄK, Beschlussprotokoll des 120. Deutschen Ärztetages, 2017, S. 296.

²³ § 7 Abs. 4 S. 2 LBO-Ä SchlH.