

Dr. Michael NENTWICH, ITA/ÖAW*

Digitalisierung der Medizin

Zur Klärung einiger rechtlicher Fragen der Telemedizin

(Recht der Medizin 6/1997, 175-181)

Moderne Spitäler wie zB das Donauspital/SMZO in Wien bedienen sich in zunehmendem Maße auch modernster digitaler Bildverfahren und sind intern sowie mit ihrer Umwelt digital vernetzt. Die Digitalisierung ermöglicht unter anderem die Übertragung von medizinischen Daten aller Art (insb Befunde, Röntgenbilder) nicht nur innerhalb eines Spitals, sondern auch zwischen Spitalern untereinander und zwischen Spitalern und niedergelassenen Ärzten. Daraus ergeben sich zunächst datenschutzrechtliche Fragen: Wer hat Zugriff auf die Patientendaten? An wen dürfen die digitalen Informationen weitergegeben werden? Weiters ist zu klären, ob die Digitalisierung der Befunde und Bilder etwas an den vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen ändert bzw ob die Aufbewahrung in (bloß) digitaler Form ausreicht. Der Einsatz der Telekommunikation in der Medizin eröffnet allerdings auch ein weiteres, noch spannenderes Feld, nämlich die Durchführung telemedizinischer Behandlungen. Unter „Telemedizin“ soll hier in Anlehnung an *Netzer et al* „die Übertragung von Daten aller Art mittels Telekommunikationsmedien zu medizinischen Zwecken“¹ verstanden werden. Neben den haftungsrechtlichen Fragen, die am Ende dargestellt werden, geht es etwa um die Frage, ob und wenn ja, welcher Arzt beim Patienten anwesend sein muß, während der „Telearzt“ die (Fern-) Diagnose stellt oder gar eine (Fern-)Behandlung durchführt.

Übermittlung digitaler Patientendaten

Grundsätzlich kann für digitale Patientendaten (Krankengeschichte, Befunde, Röntgenbilder etc) nichts anderes gelten als für nicht-digitale, herkömmliche Daten in Papierform oder für mündlich weitergegebenes Wissen: Es gilt also

* Dieser Beitrag basiert auf den vom Autor im Rahmen der Studie „Das digitale Krankenhaus – Eine Technikfolgen-Abschätzung moderner Telekommunikationstechnologien im Krankenhaus am Beispiel des Donauspitals/SMZO“ des Instituts für Technikfolgen-Abschätzung der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (*Peissl, W.; Tellioglu, H.; Wild, C.; Nentwich, M., Jänner 1997*) im Auftrag des BMWVK und des Wr. Krankenanstaltenverbundes durchgeführten Untersuchungen.

¹ *Netzer, T.; Mairinger, T.; Gschwendter, A.; Mikuz, G.; Markl, Ch., Die rechtliche Lage der Telemedizin in Österreich. In: Wien Klin Wochenschr 1996/17, 555. Zum Stand der Technologie und den Erfahrungen siehe Kayser, K., Telemedizin. In: Wien Klin Wochenschr 1996/17, 532.*

auch in diesem Bereich die *ärztliche Schweigepflicht*, die gesetzlich an mehreren Stellen abgesichert ist.²

Aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte folgt daraus zunächst, daß die Patientendaten prinzipiell nur dann weitergegeben werden dürfen, wenn der Patient den Arzt oder die Ärztin von der Schweigepflicht entbindet, mit anderen Worten, wenn er/sie einwilligt (§ 26 Abs 2 Z 1 ÄrzteG 1984³). Diese Ausnahmebestimmung erfordert eine „klare und nachvollziehbare Zustimmung. Eine bestimmte Form ist nicht vorgesehen. Die Zustimmung kann sich auch nur auf Teile der Daten beziehen.“⁴ Dies gilt nicht nur für die Weitergabe zum Zwecke der Datenverarbeitung, sondern auch bei Überweisungen an andere Ärzte.

Innerhalb des Krankenhauses gilt aufgrund von § 9 KAG⁵ zusätzlich eine erweiterte Verschwiegenheitspflicht für alle Bediensteten. Die EDV-mäßige Ermittlung und Verarbeitung durch Krankenanstalten ist ohne besondere gesetzliche Ermächtigung zulässig (vgl § 7 Abs 2 und § 17 DSGVO⁶).⁷ Für die Weitergabe der Patientendaten zu Verarbeitungszwecken außerhalb der Krankenanstalten bedarf es hingegen einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung (§ 10 Abs 5 KAG). Von dieser Ermächtigungsmöglichkeit haben die Landesgesetzgeber Gebrauch gemacht (zB § 11 Abs 7 OÖKAG⁸; § 17 Abs 9 WrKAG⁹). Die Verschwiegenheitspflicht gilt dann auch für die Beschäftigten des Datenverarbeiters. Die Weitergabe der personenbezogenen Daten durch den Verarbeiter ist „nur an Ärzte oder Krankenanstalten zulässig, in deren Behandlung der Betroffene steht“ (§ 10 Abs 5 letzter Satz KAG).¹⁰ Das oberösterreichische (nicht jedoch zB das Wiener) Ausführungsg ergänzt noch, daß ein Auftrag jener Krankenanstalt vorliegen muß, die die Krankengeschichte angelegt hat (§ 11 Abs 7 letzter Satz OÖKAG).

Somit kann festgehalten werden, daß eine explizite Zustimmung durch die Patienten zur Weitergabe der in einem Krankenhaus gesammelten Patien-

² Strafrechtlich durch § 121 Absatz 1 StGB (Offenbarung eines Geheimnisses, das den Gesundheitszustand einer Person betrifft) sowie durch § 310 StGB (Verletzung eines Amtsgeheimnisses), standesrechtlich durch § 26 ÄrzteG 1984 und die parallelen Bestimmungen für die anderen medizinischen Berufe (Berufsgeheimnis; vgl. § 7 HebammenG, § 59 f KrankenpflegeG, § 15 PsychotherapieG, § 14 PsychologenG, § 11 MTD-Gesetz) und zusätzlich durch § 9 KAG (subsidiäre Schweigepflicht im Krankenhaus). Darüber hinaus sind auch § 460a ASVG (Verschwiegenheitspflicht der Bediensteten der Versicherungsträger), Artikel 20 Absatz 3 B-VG (Amtsverschwiegenheit) und insb. das Grundrecht auf Datenschutz gemäß § 1 DSGVO beachtlich.

³ BGBl 373/1984 idF zuletzt BGBl 752/1996.

⁴ Schwamberger H., *Ärztegesetz 1984* (Stand 1.1.1995) mit Verordnungen, Erläuterungen und Verweisen. Wien: Verlag Österreich, 1995, 118.

⁵ BGBl 1/1957 idF zuletzt BGBl 853/1995.

⁶ BGBl 565/1978 idF zuletzt BGBl 632/1994.

⁷ Radner, A.; Haslinger, A.; Rinberg, P.; Bumberger, L. (Hrsg): *Krankenanstaltenrecht – Gesetzestext, Kommentar, KRSIlg*. Linz: Rudolf Trauner Verlag, 1980 (Loseblatt: 1985), 172, für das OÖKAG.

⁸ OöLGBL 1976/10.

⁹ WrLGBL 23/1987 idF zuletzt WrLGBL 14/1996.

¹⁰ Bereits aus § 10 Abs 1 Z 4 KAG ergibt sich, daß Ärzten und Krankenanstalten, in denen ein Patient behandelt wird, „kostenlos Kopien von Krankengeschichten und ärztlichen Äußerungen über den Gesundheitszustand von Pflegelingen zu übermitteln“ sind. Der oben im Text erwähnte Abs 5 ergänzt diese Pflicht hinsichtlich der EDV-mäßigen Übermittlung.

tendaten an andere Krankenanstalten und Ärzte nach der gesetzlichen Lage nicht notwendig ist, sofern der Patient in der anderen Krankenanstalt bzw von dem anderen Arzt behandelt wird. *Regionalen oder bundesweiten (tele)medizinischen Datenbanken steht somit grundsätzlich insoweit nichts entgegen, als sichergestellt ist, daß die Patientendaten nur den behandelnden niedergelassenen Ärzten bzw Krankenanstalten zugänglich sind.*

Die einschlägigen Bestimmungen des DSG bleiben selbstverständlich anwendbar: Insb sind geeignete *Datensicherheitsmaßnahmen* zu treffen, um die ordnungsgemäße Verwendung der Daten sicherzustellen und um zu verhindern, daß die Daten Unbefugten zur Kenntnis gelangen. Die erforderlichen Datensicherheitsmaßnahmen haben gem § 10 Abs 1 DSG dem Stand der technischen Möglichkeiten zu entsprechen (zB Verwendung der Kryptographie bei Datenübertragungen in offenen Netzen wie dem Internet). Die in Österreich zunehmend Verbreitung findende Versendung von Arztbriefen über die spezialisierten Mailbox-Systeme CONNECT-MED und MEDICAL-NET unter Verwendung der neuen EDIFACT-Normen für die Übertragung von medizinischen Daten¹¹ ist ebenfalls nur zulässig, wenn sie verschlüsselt durchgeführt wird, denn obwohl es sich um kein völlig offenes Netz handelt, haben doch eine Vielzahl von Personen, für die die Daten nicht bestimmt sind, Zugang.¹²

Digitale Aufbewahrung der Krankengeschichte

Die Krankengeschichte ist zwar keine öffentliche Urkunde¹³, sie unterliegt jedoch nach § 22aÄrzteG bzw § 10 KAG einer Aufbewahrungspflicht. Darunter fallen vor allem die Befunde. Als „Bestandteil“ der Krankengeschichte zählen nach dem KAG auch etwaige Röntgenbilder. Die Krankengeschichte muß in Krankenanstalten mindestens 30 Jahre, von niedergelassenen Ärzten mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden. Das KAG erwähnt die Röntgenbilder sogar ausdrücklich und reduziert für diese sowie für „andere Dokumente, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist“, den Aufbewahrungszeitraum auf zehn Jahre.

Weder das KAG noch das ÄrzteG unterscheiden danach, ob die Krankengeschichte ursprünglich digital erfaßt wurde oder nicht. Daraus ist zunächst zu schließen, daß die Aufbewahrungspflicht selbstverständlich auch für (niemals ausgedruckte) digitale Krankengeschichten gilt. Daher müssen auch digitale Röntgenbilder *zumindest*¹⁴ zehn Jahre aufbewahrt werden.

Aufbewehrungsmedium: Sowohl das ÄrzteG als auch das KAG enthalten eine Spezialbestimmung für den Fall, daß die Aufbewahrung in Form von Mi-

¹¹ Dazu *Fessler, H.*: Arztbrief übers Internet? In: *Arzt im Ländle* 6/1997, 5-7.

¹² Im übrigen kommt aufgrund des Fehlens von Authentifikations- und Datenintegritätsschutzsystemen den digital übertragenen Dokumenten bislang nicht dieselbe Beweiskraft zu wie den ausgedruckten und postalisch versendeten Originalen; dazu *Fessler (FN 11)*, 7

¹³ Vgl *KrSlg* 636 und *KrSlg* 602.

¹⁴ Zu überlegen wäre, ob für digitale Bilder, deren Beweiskraft sich im Laufe der Zeit im Unterschied zu den traditionellen Bildern ja nicht verändert, eventuell die längere Frist zur Anwendung kommt.

krofilmen vorgenommen wird: Dann muß nämlich die Aufbewahrung in doppelter Ausfertigung erfolgen¹⁵. Über das Aufbewahrungsmedium selbst geben die genannten Bestimmungen des KAG und des ÄrzteG nur implizit Auskunft. In beiden Gesetzen heißt es: „...allenfalls in Form von Mikrofilmen...“, woraus die Kommentatoren geschlossen haben, daß Mikrofilme „nur eine von mehreren Möglichkeiten [darstellen], so daß die Aufbewahrung auch auf anderen Informationsträgern (Magnetbändern etc) möglich wäre“¹⁶. Es ist wohl zu schließen, daß die Krankengeschichte auch in der Form aufbewahrt werden kann, in der sie vorliegt. Zur Zeit somit vorläufig teils auf Papier und teils digital. Es kann dem Gesetzgeber nicht unterstellt werden, daß er die Ärzte und Krankenanstalten dazu verpflichten wollte, zunächst ausschließlich digital verarbeitete Informationen bloß zum Zwecke der Aufbewahrung auszudrucken. Diese Auffassung wird durch die Umsetzungsgesetze in einigen Ländern bestätigt: Das WrKAG sieht vorgesehen, daß auch „allenfalls in gleichwertiger Weise“ aufbewahrt werden könne (§ 17 Abs 2 UAbs 2). Die Kärntner und Tiroler Bestimmungen sprechen sogar von „sonstigen geeigneten Datenträgern“ (§ 29 Abs 5 KtnKAO 1992¹⁷, § 15 Abs 1 lit d TirKAG¹⁸). Am weitesten geht das steiermärkische KALG¹⁹, welches in seinem § 13 Abs 2 3. Satz von „automationsunterstützt erstellten Datenträgern“ als Alternative zum Mikrofilm spricht.²⁰ Fazit: Alle *digitalen* Speichermedien sind teils explizit, teils implizit als Aufbewahrungsmedium zugelassen.

Wenn die Hersteller von digitalen Speichermedien (etwa von WORM-Platten²¹) davon ausgehen, daß diese mindestens 30 Jahre halten, so sind die zeitlichen Anforderungen theoretisch jedenfalls erreicht. Um den Zweck zu erfüllen, muß allerdings auch sichergestellt sein, *daß die entsprechenden Lesegeräte jeweils immer noch 30 Jahre betriebsfähig gehalten werden*. Das StmKALG macht diese – an sich selbstverständliche – Anforderung sogar explizit: Die Lesbarkeit der automationsunterstützten Datenträger muß gesichert sein (§ 13 Abs 2 3. Satz). Der technische Fortschritt bei den Speichermedien darf somit nicht dazu führen, daß ältere Aufzeichnungen unleserlich werden, weil damit der Zweck der Aufbewahrung vereitelt würde. Wie dies sichergestellt werden kann, bleibt dem Krankenhausbetreiber bzw niedergelassenen Arzt überlassen. Die komfortableste Lösung, nämlich die Aktualisierung der

15 § 22a Abs 2 ÄrzteG 1984, § 10 Abs 1 Z 3 KAG.

16 Radner et al (FN 7), Kommentar zu § 14 Abs 6 SKAG, 680 (Lieferung 1996).

17 KtnLGBl 2/1993.

18 TirLGBl 5/1958 idF zuletzt TirLGBl 14/1996.

19 StmLGBl 78/1957 idF zuletzt StmLGBl 88/1995.

20 In Vorarlberg (§ 28 Abs 5 VbgSpG, LGBl 1/1990 idF zuletzt LGBl 50/1994), in Salzburg (§ 14 Abs 6 SKAG, LGBl 97/1975 idF zuletzt LGBl 2/1997) und im Burgenland (§ 19 Abs 1 Z 3 BgldKAG 1976, LGBl 9/1977 idF zuletzt 25/1989) wird nur die Formulierung aus dem KAG („allenfalls“) übernommen, jedoch nicht näher spezifiziert.

21 „Write Once Read Many“: nur einmal beschreibbare, jedoch immer wieder lesbare Speichermedien wie zB bespielbare CD-ROM. Die Unveränderbarkeit der Daten nach der erstmaligen Bespielung („Write Once“) ist vor allem in Hinblick auf die Beweiskraft der Aufzeichnungen wesentlich.

Datenbestände bei jedem Technologiesprung, dürfte aufgrund der Datenmengen aus logistischen wie auch finanziellen Gründen scheitern.²²

Weiters stellt sich die Frage, inwieweit die Anordnung, daß Mikrofilme *in doppelter Ausfertigung* abzulegen sind, auch für digitale Medien gilt. Nach den eben angestellten Erörterungen scheint klar, daß – wenn unter den Begriff des Mikrofilms auch die digitalen Speichermedien fallen (*arg* „allenfalls“) – auch die spezifische Datensicherheitsmaßnahme „Verdoppelung“ zu gelten hat. Angesichts der zwar steigenden Datensicherheit, nichtsdestotrotz jedoch immer noch großen Fehleranfälligkeit von digitalen Medien kann dieser Schluß nur als zweckmäßig bezeichnet werden. Während diese Auslegung mit dem KAG und den meisten Landes-KAG vereinbar scheint, läßt die Formulierung der diesbezüglichen Bestimmung des StmKALG vermuten, daß die „doppelte Ausfertigung“ lediglich für die Mikrofilme vorgeschrieben sei, während die automationsunterstützten Datenträger nur einmal vorzuhalten wären²³. Diese Auslegung wäre mE mit dem KAG nicht vereinbar.

Der prinzipiell höhere Standard für „moderne“, „nicht-traditionelle“ Datenträger folgt weiters aus den §§ 10 bzw 21 DSGVO (Datensicherheitsmaßnahmen), allerdings nur allgemein und nicht mit konkret vorgeschriebenen Maßnahmen.

Die aktuelle Rechtslage läßt sich somit wie folgt zusammenfassen: Auch für die digitale Aufbewahrung gilt, daß *die Speicherung zumindest auf zwei unabhängigen* (wenngleich möglicherweise technisch völlig gleichartigen) *Speichermedien zu erfolgen hat* und daß darüber hinaus die Dauerhaftigkeit des Speichermediums sowie die Bereitstellung einer funktionstüchtigen Leseeinrichtung für zehn (Röntgenbilder etc) bzw 30 Jahre (Befunde etc) gewährleistet sein muß.

Telemedizin im engeren Sinne

Zulässigkeit nach ÄrzteG

Die modernen Telekommunikationstechnologien können nicht nur für die Datenverwaltung sondern auch für medizinische Tätigkeiten selbst eingesetzt werden. Damit kommen wir in den Bereich der Telemedizin ieS, wobei ganz unterschiedliche Fallkonstellationen unterschieden werden können und jeweils aus der Sicht des Telearztes und des vor Ort anwesenden Arztes geprüft werden können. Der Grundsachverhalt betrifft die Ferndiagnose und -behandlung: Ein Arzt, der sich nicht am selben Ort wie sein Patient befindet, stellt aufgrund der ihm telekommunikativ übermittelten Daten (zB Röntgenbilder, Krankengeschichte) – eventuell sogar mit Bildtelefon-Kontakt zum Patienten – die Diagnose und leitet erste Behandlungsschritte ein, die dann von dem vor Ort anwesenden Personal durchgeführt werden.

²² Zu diesem Problemkreis ausführlich Koeve, A.; Koeve, D.: *Ärztliche Aufzeichnungen und Recht – Ein Leitfaden für den Arzt in Klinik und Praxis*. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 1994, 37 ff (insb 49 ff).

²³ In § 13 Abs 2 3. Satz StmKALG lautet es: „... allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung *oder* automationsunterstützt erstellten Datenträgern, deren Lesbarkeit gesichert sein muß...“ (Herv MN).

§ 1 Abs 2 und insb § 22 Abs 2 ÄrzteG 1984²⁴ sehen vor, daß der Arzt seinen Beruf „persönlich und unmittelbar, allenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten“ auszuüben hat. Die sog „Distanzbehandlung“, also die *mittelbare* Ausübung ohne direkten persönlichen („handgreiflichen“) Kontakt, stellt ein standeswidriges Verhalten dar, das entsprechend auch disziplinarrechtlich geahndet werden kann. Zwar wird der Telearzt persönlich tätig²⁵, jedoch nicht unmittelbar (aus der Sicht des Patienten). Die zumindest bis 1990 hL²⁶ ging davon aus, daß telefonische Beratungen und Ferndiagnosen ebenso wie etwa das Verschreiben von Rezepten auf telefonische Bitte hin als „Distanzbehandlungen“ unzulässig seien. Die einzige Ausnahme stellt nach dieser Auffassung der Fall der „vorläufigen Betreuung“ dar, dh bei Gefahr im Verzug bis zum Eintreffen ärztlicher Hilfe. Tägliche Praxis und wohl auch gesetzlich gedeckt²⁷ ist sogar noch eine weitergehende Fallkonstellation: So ist es etwa üblich, daß im Rettungsdienst der vor Ort befindliche Sanitäter über Funk dem Leitstellenarzt den Zustand des Opfers schildert und dieser nicht-anwesende Arzt genaue Anweisungen gibt, etwa über die anzuwendende Stromstärke bei der Defibrillation. In diesem Fall ist gar nicht geplant, daß der Arzt an den Unfallort kommt, dh eine im engeren Sinne „unmittelbare“, durch Anwesenheit ausgezeichnete Versorgung durch den Arzt ist nicht immer vorgesehen.

Abgesehen von einer engen Interpretation des Gesetzesbegriffs „persönlich und unmittelbar“ argumentierte diese Lehre in erster Linie damit, daß der Arzt seine Anordnungen unter dem Eindruck der persönlichen Untersuchungen zu treffen habe. *Kopetz* trat dieser Auffassung mit folgender Argumentation entgegen: Die Meinung entspreche den Gegebenheiten vor der Erfindung des Telefons und einer wesentlich weniger arbeitsteilig organisierten Medizin. Darüber hinaus würden in der Praxis sehr wohl unbeanstandeter Weise solche „Distanz(be)handlungen“ stattfinden; weiters würden die telefonische Beratung und andere Distanzbehandlungen in Deutschland als nicht-standeswidrig anerkannt sein. *Kopetz* kommt damit zu dem Schluß, daß ein Telefongespräch zwischen Arzt und Patient sehr wohl persönlich und unmittelbar im Sinne des ÄrzteG sei. „Unter bestimmten Voraussetzungen, zB bei reiner Beratungstätigkeit ohne Untersuchungsnotwendigkeit oder Änderung der Medikation wegen geänderten Befindens des Patienten, kann die telefonische Beratung durchaus als eine in sich abgeschlossene ärztliche Tätigkeit bewertet wer-

²⁴ Darüber hinaus verbietet § 25 Abs 2 auch explizit die Ankündigung von Fernbehandlungen durch Ärzte als Teil des allgemeinen Werbeverbots.

²⁵ So auch *Schwamberger, H.*: Teleoperation – rechtliche Aspekte. In: RdM 1997, 47.

²⁶ *Strobl* in: Das österreichische Ärztegesetz : mit Kommentar von *Strobl, K. C. F.* – Nach dem Stand vom 1. Juni 1971. Wien : Verl. d. Österr. Ärztekammer, 1971., 32 (Anm. 4); *Spaun* in: Bundesgesetz vom 30. März 1949, BGBl. Nr. 92, über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte / mit Erläuterungen hrsg von *Spaun, E.*. Linz : Verlag der Ärztekammer für Oberösterreich, 1952, 50 ff. und 138 (zitiert nach *Kopetz, M.*: Die telefonische Beratung – eine ärztliche Tätigkeit. In: ÖÄZ 1990/5); *Kux, K.-H.*; *Emberger, H.*; *Neudorfer, E.*; *Chlan, E.*; *Mahn, L.*: Ärztegesetz mit Kommentar. Wien: Verlag der österr Ärztekammer, 1988³, 104. Ähnlich die Situation in Deutschland, siehe *Laufs, A.*; *Uhlenbruck, W.*; *Genzel, H.*; *Kern, B.-R.*; *Krauskopf, D.*; *Schlund, G. H.*; *Ulsenheimer, K.*: Handbuch des Arztrechts. München: C.H. Beck, 1992, § 49/1, § 50/17, § 52/16.

²⁷ Vgl etwa *Kux et al* (FN 26), 104: „Eine gewisse Ausnahme stellt weiters die Tätigkeit im Rahmen von Notdiensten (auch Giftinformationszentrale) dar. Es bleibt jedoch die volle Verantwortlichkeit und damit Haftung des Arztes auch bei derart zulässigen telefonischen Ratschlägen bestehen.“

den.²⁸ Allerdings weist *Kopetz* darauf hin, daß an die Sorgfaltspflicht des Arztes ein strenger Maßstab anzulegen sei: Schon beim geringsten Zweifel über die Grundlagen seiner medizinischen Entscheidung, hat er den Patienten zu besuchen oder ihn in die Ordination zu bestellen. Denn die volle Haftung des Arztes für sein ärztliches Tun bleibt selbstverständlich aufrecht.

Die Argumentation *Kopetz'* überzeugt vollends²⁹ und ist meines Erachtens nicht nur auf die „Telefonmedizin“ sondern auch auf „fortgeschrittenere“ Methoden der Telemedizin, wie sie hier zur Diskussion stehen, übertragbar. Im Gegensatz zu der von ihm diskutierten Distanzbehandlung über Telefon, stehen dem „Telemediziner“ sogar aktuelle Röntgenbilder und/oder Blutbefunde, ja mitunter auch die Auskunft einer ebenfalls medizinisch geschulten Person vor Ort (möglicherweise sogar eines – zwar fachfremden – Arztes), in manchen Fällen sogar der Sichtkontakt via Bildtelefon³⁰ zur Verfügung, so daß der Telearzt dem Erfordernis des persönlichen Eindrucks als Grundlage seines Handelns sogar näher kommt als in einem einfachen Telefongespräch. Gerade die via Telemedizin voraussichtlich in Zukunft ausgelagerten ärztlichen Tätigkeiten (etwa die Erstdiagnose in Akutfällen, Second Opinions/Expert Consulting, Analyse von Diagnosedaten wie Röntgenbildern, EKGs oder Blutbefunden etc) werden auch zum Teil naturgemäß ohne direkten Patientenkontakt vorgenommen, so daß nicht einsichtig wäre, weshalb die persönliche Anwesenheit des Arztes als unabdingbare Voraussetzung zu gelten hätte.

Eine andere Argumentationslinie führt zu dem selben Ergebnis: Es kommt nicht primär auf die körperliche Anwesenheit des Arztes an, sondern vielmehr auf dessen Möglichkeit, die mit seinem Tun verbundenen Gefahren zu beherrschen. Da früher die Gefahrenbeherrschung über Distanz als ausgeschlossen zu gelten hatte, änderte sich die Situation bereits mit der Verbreitung des Telefons. Das Telefon ermöglichte bestimmte Tätigkeiten von der Ferne aus durchzuführen (das Arzt-Patienten-Gespräch). Die über ISDN-Leitung angebotenen Dienste beziehen weitere Tätigkeiten ein, die mit der bloßen Telefonverbindung bis vor kurzem unmöglich waren. Eine fortschrittliche Telemedizin-Anlage mit Echt-Zeit-Übertragung, Videotelefon und eventuell sogar fernbedienten Robotern wird in Zukunft zusätzliche Möglichkeiten schaffen. Legt man nun das Kriterium der „Gefahrenbeherrschung“ als Maßstab an, so treten die Grenzen der Telemedizin deutlich zutage: Ob überhaupt Gefahren, die es zu beherrschen gilt, bestehen, ist eine Frage der konkreten Fallkonstellation. An einem konkreten Beispiel: Wenn der „Teleradiologe“ eine Erstdiagnose stellt, wo es etwa darum geht, rasch zu entscheiden, ob ein Patient in ein spezialisiertes Krankenhaus zu verlegen ist oder ob es reicht, bis zum Eintreffen des Facharztteams vor Ort (etwa bis zum nächsten Morgen) zu warten, und wenn für diese Entscheidung unter normalen (dh nicht „telemedizinischen“) Umständen die CT-Aufnahmen die wesentliche Entscheidungsgrundlage darstellen, so könnte der vor Ort anwesende Mediziner die spezifische Gefahr nicht besser beherrschen als der Telemediziner³¹.

²⁸ *Kopetz* (FN 26), 32.

²⁹ Ihm folgend offenbar auch *Schwamberger* (FN 4), 108.

³⁰ Vgl *Kayser* (FN 1), 533 ff.

³¹ Es handelt sich ja nicht um die allgemeinen Gefahren bei einem Akutfall, sondern um die spezifischen, mit der Diagnostizitätätigkeit des Radiologen zusammenhängenden Gefahren!

Im übrigen ist die telemedizinische Erstbetreuung eines Akutfalls jedenfalls auch von der früher herrschenden Rechtsauffassung gedeckt. Damit wären prinzipiell bereits die allermeisten Anwendungsfälle der Telemedizin als durchaus gesetzeskonform einzustufen. Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu bedenken, daß es eine Frage der Organisation des ärztlichen Dienstes ist, was einen Notfall darstellt, der nur mit Hilfe telemedizinischer Praktiken gelöst werden kann. § 8 Abs 1 KAG sieht ja vor, daß ärztliche Hilfe in der Krankenanstalt jederzeit sofort erreichbar sein muß. Wenn nun bestimmte ärztliche Hilfe (etwa die des Radiologiefacharztes in der Nacht) nur via ISDN-Leitung herbeigeholt werden kann, stellt sich natürlich die Frage, ob diese Organisation per se rechtlich gedeckt ist. Oder anders ausgedrückt: Ob unter dem Begriff der „ärztlichen Hilfe“ wegen §§ 1 und 22 ÄrzteG 1984 (konstituierendes Merkmal der ärztlichen Tätigkeit ist, wie erwähnt, deren Unmittelbarkeit) auch die eines Telemediziners fällt. Diese Sichtweise führt dazu, daß unsere Fragestellung nicht nur mit dem Hinweis auf die Notfall-Situation alleine beantwortet werden kann, weil der „Notfall“ (Einlieferung eines Unfallopfers) im Krankenhaus zur Routine, zum täglichen Betrieb gehört und daher im Rechtssinne gar kein „Notfall“ im Sinne eines Ausnahmezustandes ist.

Wenn man also von der hier vertretenen Ansicht ausgeht, daß „Distanzbehandlungen“ nicht per se unzulässig sind, sondern daß es auf die Umstände des Einzelfalls ankommt, macht es Sinn zu versuchen, ein paar typischerweise in Frage kommenden medizinischen Tätigkeiten gedanklich entlang eines Kontinuums aufzureihen (Erklärungen weiter unten im Text):

second Chirurgie opinion	Erstdiagnose mit einfachem Röntgen / CT	Röntgen mit Kontrast- mittel	Ultraschallun- tersuchung mit Unterstützung der örtlichen RTA	Angiographie mit Unterstützung durch den örtlichen Chirur- gen (interaktiv)	(Tele- gesteuerter Roboter)
--------------------------------	---	---------------------------------------	--	--	-----------------------------------

→ Zunahme des Grades an unmittelbarer Intervention vor Ort →

Die sog „second opinion“ ist aus der Sicht der Bewertung hinsichtlich der „Unmittelbarkeit“ problemlos, da der eigentlich behandelnde Arzt ein anderer, nämlich der vor Ort anwesende ist. Die Einholung von second opinions ist selbstverständlich gem § 22 Abs 2 ÄrzteG 1984 als Zusammenarbeit zwischen Ärzten zulässig. Die Art des Mediums, das bei dieser Konsultation Verwendung findet, spielt dabei keine Rolle. Der die Zweitmeinung einholende Arzt ist somit iSd ÄrzteG, der konsultierte Arzt ist als Sachverständiger (§ 1300 ABGB) tätig, der in der Angelegenheit seiner Wissenschaft einen Rat erteilt.³²

Dem Fall der Einholung eines Zweitgutachtens gleichzuhalten ist die mittlerweile üblich gewordene *Live-Konsultation* von Experten während laufender Operationen: Das am Operationstisch anwesende Chirurgenteam ist mit einem Spezialisten über eine Bild- und Tonleitung verbunden und letzterer wird in die Beratungen über die konkrete Durchführung der Operation einbezogen.

Man nehme zum Vergleich die typische Situation, daß ein Röntgenologe an einen RTA die Anweisung zur Durchführung einer bestimmten Röntgenaufnahme macht (wobei er normalerweise nicht unmittelbar anwesend ist bzw sein muß), diese Aufnahme einige Zeit später auf dem Wandschirm ansieht,

³² Schwamberger (FN 25), 47.

eventuell weitere Bilder anordnet und anschließend die Diagnose stellt; direkter, unmittelbarer Patientenkontakt ist somit kein typisches Merkmal dieser ärztlichen Tätigkeit. In der telemedizinischen Variante besteht der einzige Unterschied darin, daß der behandelnde Arzt nicht im gleichen Spital anwesend ist. Die „Kontrolle“ über den Vorgang hat der Telemediziner jedoch in gleicher Weise wie ein Kollege vor Ort.

Ähnliches gilt meines Erachtens *ceteris paribus* für die anderen Konstellationen des Kontinuums: In den weiteren Varianten nimmt der Grad an direkten Interventionen vor Ort noch weiter zu: Das den Ärzten vorbehaltene Spritzen eines Kontrastmittels, wo fraglich sein könnte, ob dies nicht ohne weiteres auch durch einen diensthabenden, aber fachfremden Mediziner anstelle des entfernten Radiologen vorgenommen werden könnte; die interaktive Ultraschalluntersuchung mit Echtzeit-Telekom-Verbindung zwischen dem untersuchenden Arzt und dem Patienten, wobei das Ultraschallsende und -empfangsgerät durch den vor Ort anwesende RTA auf telefonische Anweisung geführt wird; bis zur interaktiven Durchführung einer Angiographie durch einen assistierenden Mediziner vor Ort. In all diesen Fällen ist der Grad an Unmittelbarkeit nicht geringer als im Fall der nicht nur virtuellen sondern tatsächlichen Anwesenheit des Radiologen, da die Diagnose bzw. Behandlung ohnehin durch die technische Apparatur *vermittelt* vorgenommen wird. Die potentiellen Gefahren können vom Telearzt bei entsprechender Qualität und Sicherheit des telemedizinischen Apparats und der vorausgesetzten Anwesenheit von geschultem Personal vor Ort in gleicher Weise beherrscht werden wie vom anwesenden Arzt. Selbstverständlich müßte sich der nicht anwesende Arzt kontinuierlich vergewissern, daß für unvorhergesehene Ereignisse entsprechende Vorkehrungen vor Ort getroffen sind (§ 22 Abs 1 ÄrzteG 1984: Sorgfaltspflicht).

An dieser Stelle auf dem obigen Tätigkeits-Kontinuum wäre auch der Fall angesiedelt, daß der – wie oben – bei der Operation einbezogene Experte konkrete Anweisungen an die operierenden Ärzte gibt. In diesem Fall könnten letztere als Hilfspersonen des Teleoperators angesehen werden, der jedoch selbst primär verantwortlich für die Operation wäre: Mit den operierenden Ärzten arbeitet er zusammen iSd § 22 Abs 2 1. Satz ÄrzteG 1984, das sonstige OP-Personal handelt „nach seinen genauen Anordnungen und unter seiner ständigen [„Tele-]Aufsicht“ (§ 22 Abs 2 2. Satz ÄrzteG 1984). Anders als bei den bisher aufgeführten Fallkonstellationen (Bedienung eines Röntgenapparats, Führen der Ultraschallsonde) bedarf es im Fall einer Operation vor Ort eines ausgesprochen fachkundigen Teams. Grundsätzlich zuzustimmen ist *Schwamberger*³³, der meint, daß sich ein Chirurg auf eine Operation, die er nicht beherrscht, nicht einlassen dürfe. ME wäre die Schlußfolgerung, daß damit Teleoperationen iSd nicht durchgeführt werden dürften, wenn der vor Ort anwesende Chirurg nicht genauso in der Lage wäre die Operation durchzuführen, jedoch zu weitgehend: Erstens würde sich damit die Frage der Telemedizin in der Praxis überhaupt nicht mehr stellen (denn warum sollte sie noch zur Anwendung kommen?). Zweitens kann schon bisher weder in der Ausbildungszeit noch etwa bei ersten Versuchen mit neuen Operationsmetho-

³³ AaO: „Die Methode der Teleoperation darf daher nicht dazu führen, daß sich – nicht entsprechend qualifizierte – Ärzte auf eine Operation einlassen, die sie aufgrund ihres Könnens und Wissens ohne Teleunterstützung nicht durchführen können.“ Im übrigen überlegt auch dieser Autor die Variante, daß der eigentliche Operateur nur Erfüllungsgehilfe ist.

den davon ausgegangen werden, daß der Chirurg die Operation immer völlig beherrscht. Zu fordern ist allerdings, daß der Chirurg vor Ort jedenfalls den Ablauf der Operation soweit im Griff hat, daß er jederzeit – etwa bei Ausfall der Verbindung mit dem Teleoperator – in der Lage ist, die Operation ordnungsgemäß abzuschließen. Wird jedoch in einer solchen Konstellation der Teleoperator als primär verantwortlich gesehen, so haftet dieser selbstverständlich auch für etwaiges Auswahlverschulden: der Telearzt darf sich nicht auf die Fernoperation einlassen, wenn er daran zweifelt, daß sein vor Ort erfüllender Kollege nicht ausreichend befähigt dazu ist, seinen Anweisungen nachzukommen bzw im Fall des Falles alleine die Operation abzuschließen³⁴. Ansonsten gilt der Vertrauensgrundsatz³⁵.

Das bislang nur in einzelnen Versuchen abgewickelte Extrem (der von einem nicht anwesenden Spezialisten *remote*, dh auf Distanz, mit Videounterstützung gesteuerte Chirurgie-Roboter) macht besonders deutlich, daß die Grenzen nicht leicht bestimmbar sind, wie folgender Gedankengang zeigt: Eine Operation ist eine hochgradig arbeitsteilig organisierte ärztliche Tätigkeit; die Steuerung eines Chirurgie-Roboters (etwa um besonders feine Schnitte auszuführen) kann als eine unterscheidbare und in sich abgeschlossene Tätigkeit angesehen werden; es kann durchaus im Interesse des Patienten liegen, daß die Steuerung durch einen zwar abwesenden, jedoch sehr erfahrenen Spezialisten durchgeführt wird. Wenn sichergestellt werden kann, daß technisch durch die Fernsteuerung kein größeres Risiko besteht, als wenn die Steuerung direkt neben dem Operationstisch bedient wird, und durch die Anwesenheit des übrigen Operationsteams (darunter selbstverständlich auch fachärztliches Personal) auch die sonstigen Gefahren und unerwarteten Ereignisse in gleicher Weise wie bei herkömmlichen Operationen beherrscht werden können, ist eine restriktive Auslegung des Gesetzes schwer argumentierbar. Solange die Qualität der medizinische Versorgung in zumindest gleicher Weise sichergestellt ist, ist es meiner Ansicht nach vertretbar, auch wirtschaftlichen Überlegungen Raum zu geben: Telemedizinische Methoden ermöglichen die räumliche Spezialisierung und sparen möglicherweise Zeit und Kosten (Stichworte: „Einfliegen“ von Spezialisten, Rufbereitschaft für Krankenhauspersonal).

Möglicherweise problematisch in diesem Zusammenhang ist allerdings die Handlungsbefugnis der beim Patienten anwesenden medizinisch-technischen Hilfskräfte, die den Telearzt bei seiner Diagnose/Behandlung, etwa bei der Anwendung von Röntgenstrahlen, unterstützen. § 37 Absatz 2 KrankenpflegeG³⁶ sieht nämlich vor, daß die Hilfskräfte „nur nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Aufsicht“ handeln dürfen.³⁷ Die „ärztliche Anordnung“ stellt in unserem Zusammenhang kein Problem dar, da sie zweifellos auch über Telefon gegeben werden können. Fraglich ist allerdings, was in diesem Zusammenhang unter „ärztlicher Aufsicht“ zu verstehen ist. *Schwamberger*³⁸ kommentiert, daß hinsichtlich der Aufsichtsintensität davon auszugehen

34 Zur primären Haftung des Spitals, siehe unten.

35 Vgl *Aigner. G.; List, W.*: Ärztegesetz 1984. Wien: Manz, 1985, Anm 11 zu § 22.

36 BGBl 102/1961 idF zuletzt BGBl 917/1993.

37 Vgl auch die komplementäre Bestimmung des § 22 Abs 2 ÄrzteG 1984: Hilfspersonen eines Arztes dürfen nur nach seinen „genauen Anordnungen“ und unter „ständiger Aufsicht“ handeln.

38 AaO (FN 4), 54.

sei, „daß es von der Art der Tätigkeit abhängt, ob der Arzt unmittelbar daneben stehen muß, oder ob es ausreicht, wenn er anwesend ist“. Und weiter: „Die unmittelbare Aufsicht in dem Sinne, daß der Arzt unmittelbar die Hilfeleistung überwacht, wird in zahlreichen Fällen notwendig sein, nicht jedoch in jedem Fall.“ Anwesenheit (zumindest im Spital) des Arztes scheint jedoch aufgrund des geringen Ausbildungsstandes der KrankenpflegerInnen als Minimum unabdingbar. Im Gegensatz dazu sind die Kräfte des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (zB RTA) gemäß § 2 Abs 3 MTD-Gesetz³⁹ zwar ebenfalls nur nach ärztlicher Anordnung, jedoch eigenverantwortlich zur Ausführung bestimmter Methoden und Maßnahmen befugt, sodaß sich in Hinblick auf die Nicht-Anwesenheit des Telearztes keine rechtlichen Probleme stellen.

Zusammenfassend kann daher festgehalten werden, daß telemedizinische Beratung und -behandlung nach geltendem österreichischen Recht als „unmittelbar und persönlich“ zu werten ist und daher nicht den ärztlichen Standespflichten widerspricht. *Allerdings* wäre es mit den Sorgfaltspflichten des Arztes unvereinbar, wenn er „auf Distanz“ Entscheidungen treffen würde, die *lege artis* nur nach eingehender direkter, also mit Körperkontakt verbundener Untersuchung gefällt werden dürften.

Haftungsfragen im Bereich der Telemedizin

Die Frage, wer dem Patienten gegenüber zivilrechtlich haftet⁴⁰, der Arzt, der Telemediziner oder die Krankenanstalt, hängt vom zustande gekommenen Vertragsverhältnis ab. Zunächst ist festzuhalten, daß im Krankenhaus der Träger gegenüber den Patienten haftet, der Arzt nur subsidiär, da das Vertragsverhältnis zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten besteht⁴¹. Der Spitalsträger haftet für die Ärzte und das Krankenpflegepersonal als seine Erfüllungsgehilfen (§ 1313a ABGB). Ein „telemedizinisch“ tätig werdender Arzt ist in diesem Zusammenhang nicht anders zu behandeln als der anwesende Arzt: er steht in einem (wie auch immer gestalteten) Vertragsverhältnis mit dem Spital und wird daher als sein Gehilfe tätig. Ein vom Spital beigezogener „Telemediziner“ gilt daher im Normalfall ebenfalls als Erfüllungsgehilfe des Spitalserhalters. „Ausschlaggebend ist in diesem Fall, daß der Krankenhausträger den Einsatz weiterer Gehilfen unseres Ermessens aufgrund der umfassenden Verantwortlichkeit des Arztes gegenüber seinem Patienten und der fehlenden Weisungsbefugnis durch den Krankenhausträger in medizinischen Angelegenheiten in Kauf nimmt beziehungsweise nehmen muß, was bei der steigenden Tendenz zu Arbeitsteilung und Spezialisierung in der Medizin kaum bezweifelt werden kann.“⁴² Ausnahmsweise kann auch vom Spital aus an den Telemediziner direkt überwiesen werden, woraus ein eigenes Vertragsverhältnis zwischen Patient und Telearzt mit entsprechenden haftungsrechtlichen Folgen für den Telemediziner entstehen würde. Ähnlich die Sachlage im Fall der niedergelassenen Ärzte: eine „Schnellschnittdiagnose auf

³⁹ BGBl 460/1992 idF zuletzt BGBl 327/1996.

⁴⁰ Davon zu unterscheiden ist natürlich die strafrechtliche Haftung, die jedoch hier nicht gesondert untersucht werden soll.

⁴¹ Ausnahme: *Belegarzt*, der trotz Behandlung im Spital einen eigenständigen Vertrag mit seinen Patienten eingeht.

⁴² So auch *Netzer et al* (FN 1), 557 f, die von einer „Gehilfenkette“ sprechen.

telemedizinischem Wege“ (*Netzer et al*) befreit den vor Ort behandelnden Arzt nicht von seiner Haftung, die Überweisung hingegen schon.

Voraussetzung für die zivilrechtliche Haftung ist das Vorliegen eines ärztlichen Fehlverhaltens. Hier kommen insb vier besondere Fallkonstellationen in Betracht:

- (1) *die Verletzung der Aufsichtspflicht des Arztes gegenüber dem Hilfspersonal*: der oben erwähnte „Normalfall“ einer telemedizinischen Betreuung ohne Überweisung führt dazu, daß die Verpflichtung zur Aufsicht zwischen dem Telearzt und dem vor Ort anwesenden Arzt geteilt ist. Soweit der Telearzt im Wege der Telekommunikation Einfluß auf das vor Ort eingesetzte Hilfspersonal hat, ist auch er zur Aufsicht verpflichtet, weil er subsidiär verantwortlich (und damit haftbar) ist. Gerät die Situation „außer Kontrolle“⁴³, kann sich der Telemediziner in so einem Fall insbesondere nicht auf die mangelnde Aufsichtsmöglichkeit berufen.
- (2) *die fehlerhafte Apparateüberwachung*: telemedizinische Praktiken sind in besonders hohem Maße auf das einwandfreie Funktionieren der dabei zum Einsatz kommenden Geräte angewiesen. Dafür und für deren regelmäßige Wartung sind die beteiligten Ärzte verantwortlich. Es ist wohl von einer geteilten Verantwortlichkeit auszugehen, dh daß die beteiligten Ärzte für die jeweils in ihrem Einfluß Bereich befindlichen Anlagen haften. *Netzer et al* argumentieren, daß die Ärzte „außerhalb ihres Einflussesbereichs gelegene Störungen wie beispielsweise ein[en] Serverausfall oder ähnliches“⁴⁴ nicht zu vertreten hätten. Dies läuft darauf hinaus, Fehler in der telekommunikativen Verbindung als höhere Gewalt gelten zu lassen. *Netzer et al* verweisen in diesem Zusammenhang darauf, daß die Schaffung von Warnfunktionen, die auf fehlerhafte Übertragungen oder ähnliches hinweisen, sowie der Möglichkeit, „Bildschirmmaterial“ zwischenzuspeichern, um bei fehlerhaften Übertragungen oder auch zur Kontrolle dieses noch einmal begutachten zu können, „Aufgabe der Computerexperten“ ist. ME wäre hingegen die Behandlung oder Diagnose mit telemedizinischem Gerät, welches derartige Funktionen nicht unterstützt, also die Sicherheit der Datenübertragung nicht nach dem Stand der Technik gewährleistet bzw nicht erkennen läßt, ob Fehler aufgetreten sind, als grob fahrlässig einzustufen. Weiters ist auch der Fall des „Serverausfalls“ zu differenzieren: wenn es sich um den Server im eigenen Bereich handelt, so ist dieser von der Verantwortlichkeit des Arztes mitumfaßt. Unseres Erachtens darf sich ein Arzt angesichts der beim gegenwärtigen Stand der Technik häufigen Computerabstürze keineswegs blind auf die ihn unterstützende Technik verlassen und sich im Fall des Falles einfach „auf die Technik ausreden“: dies wäre wohl als grob fahrlässig zu beurteilen. Hier ist eine vorsichtige Abwägung des potentiellen Vorteils für den Patienten (insb im Akutfall) und der Zuverlässigkeit der Gerätschaft vorzunehmen. Daher ist der dritte Punkt besonders wichtig:

⁴³ ZB aufgrund andauernder Bild- und Übertragungsstörungen ist es dem Telarzt nicht mehr möglich, den Behandlungsvorgang adäquat zu verfolgen und zu beeinflussen.

⁴⁴ AaO, 558.

- (3) *die mangelhafte Aufklärung*: den vor Ort agierenden Arzt und den Telemediziner selbst trifft eine spezifische Pflicht zur Aufklärung des Patienten darüber, daß unter Umständen technische Gebrechen zu Fehldiagnosen oder Therapiefehlern führen können⁴⁵.
- (4) *die fehlerhafte Anordnung*: der Telemediziner, der als beigezogener Sachverständiger Anweisungen oder Ratschläge gibt haftet⁴⁶.
- (5) *die Fehlleistung des „ausführenden“ Operateurs vor Ort*: wird der Operateur vor Ort lediglich als Erfüllungsgehilfe tätig, so haftet für diesen der Telechirurg.

Zusammenfassung

Obwohl bisher nur in Ansätzen auf neuere Technologien Bezug nehmend, stellt die österreichische Rechtslage weder ein unüberwindliches Hindernis auf dem Weg der Digitalisierung der Medizin dar⁴⁷, noch scheint deren Anwendung zu rechtspolitisch unerwünschten Folgen zu führen. Dieses Ergebnis ist für den Autor deswegen überraschend, weil juristische Untersuchungen der Folgen neuer Technologien oft zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen⁴⁸.

⁴⁵ So auch Schwamberger (FN 25), 48.

⁴⁶ Siehe Schwamberger (FN 25), 48.

⁴⁷ So auch Netzer *et al* (FN 1), 558, die am Ende ihrer Untersuchung schließen, daß „die rechtliche Situation in Österreich kein Hindernis für die Etablierung der Telemedizin in Österreich darstellen dürfte. [...] Das vorhandene zivilrechtliche Instrumentarium reicht unseres Ermessens vollkommen aus, in Zusammenhang mit der Telemedizin auftretende Haftungsfragen zu klären“.

⁴⁸ Vgl bspw Öhlinger, T.; *et al*, Gentechnologie im österreichischen Recht. Wien: Manz, 1991, insb 440 ff; Nentwich, M.; Peissl, W.; Pisjak, P.: Konsumentenkarten. Wien: Verlag Österreichische Staatsdruckerei, 1993, insb 182 ff.