

Kapitel 1: Zivilrechtliche Fragen Arzt – Patient

Lukas Bittighofer

1. Zivilrechtliche Haftung

1.1. Haftung

Für die Haftung bei medizinischen Heilbehandlungen kommen grundsätzlich die allgemeinen Vorschriften der Verschuldenshaftung zur Anwendung.¹ Gemäß §§ 1293 ff ABGB kann jedermann, der von einem anderen rechtswidrig und schuldhaft geschädigt wird, Ersatz fordern. Die Haftung kann entweder durch Verletzung des (Behandlungs-)Vertrages begründet werden (Vertragshaftung) oder durch Schädigung ohne vertragliche Beziehung (Deliktshaftung).² Die Frage, ob eine haftungsbegründende Vertragsverletzung vorliegt, ist anhand des konkreten Vertrags zu beantworten, indem durch Auslegung des Vertragsinhalts das konkret vereinbarte Pflichtenprogramm festgestellt wird sowie ggf zwingende oder ergänzende Bestimmungen des gesetzlichen Vertragsrechts ermittelt werden. Hin- gegen liegt der Haftungsgrund bei der Deliktshaftung in der Verletzung von Verhaltens- pflichten, die jedermann treffen, ohne dass eine vertragliche Sonderbeziehung vorliegt. Diese allgemeinen Verhaltenspflichten schützen insbesondere absolute Rechtsgüter – etwa das Leben, die körperliche Unversehrtheit, das Eigentum oder Persönlichkeitsrechte. Eine Haftung kann sich dabei auch aus der Verletzung von Verkehrssicherungspflichten, Schutzgesetzen oder aus einer vorsätzlichen sittenwidrigen Schädigung ergeben.³

Bei der Haftung des Behandlers muss unterschieden werden, ob ihm eine Aufklärungs- pflichtverletzung oder ein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist.⁴

Für die Haftungsbegründung müssen vier Voraussetzungen vorliegen:

1. das Vorliegen eines Schadens,
2. die kausale Verursachung des Schadens durch den Schädiger,
3. die Rechtswidrigkeit des Verhaltens des Schädigers sowie
4. das Verschulden des Schädigers.

1.1.1. Schaden

Ersatzfähige Schäden können aus der Schädigung der Person und am Vermögen des Ge- schädigten resultieren. Unter Schädigungen an der Person fallen in erster Linie Gefühls- beeinträchtigungen, also immaterielle Schäden, was vor allem Eingriffe in die Persönlich- keitsrechte sein können. Die Ersatzfähigkeit dieser Schäden ist eng definiert und nur in be- stimmten Fällen gesetzlich vorgesehen. Darunter fällt insbesondere der Anspruch auf ein angemessenes Schmerzensgeld gemäß § 1325 ABGB. Demgegenüber stehen Vermögens- schäden, die einen Schaden (Nachteil) am Vermögen des Geschädigten darstellen.⁵

1 *Jesser-Huß in Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht³ (2020) IV Rz 1 f.

2 *Kozioł*, Haftpflichtrecht II³ A/2/I/A/Rz 1 ff (Stand 1.1.2018, rdb.at).

3 *Kozioł*, Haftpflichtrecht II³ A/2/I/B (Stand 1.1.2018, rdb.at).

4 OGH 27.5.2021, 5 Ob 28/21k.

5 *Kodek in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.04} § 1293 ABGB Rz 3 ff (Stand 15.4.2024, rdb.at).

- 1/5 Wiederum unterschieden werden positive Schäden und der entgangene Gewinn. Positive Schäden sind Nachteile im bereits bestehenden Vermögen des Geschädigten, während der entgangene Gewinn als Verhinderung der Vermögensvermehrung durch den Schädiger zu qualifizieren ist. Eine sehr sichere Erwerbschance – etwa dann, wenn der Geschädigte bereits über eine rechtlich abgesicherte Position verfügt, wie bspw aufgrund eines verbindlich abgeschlossenen Vertrags – wird rechtlich einem positiven Schaden gleichgestellt. Die Unterscheidung spielt für die Ersatzfähigkeit der Schäden eine Rolle, da der entgangene Gewinn nur bei grobem Verschulden zu ersetzen ist, während positive Schäden bereits bei leichter Fahrlässigkeit ersatzfähig sind.⁶
- 1/6 Für das Vorliegen eines Schadens müssen für den Patienten nachteilige Folgen aus der medizinischen Behandlung resultieren. In Frage kommen insbesondere Schädigungen der Gesundheit, Körperverletzung oder der Tod des Patienten. Ersatzfähige Schäden sind in diesem Zusammenhang die Heilungskosten, der Verdienstentgang, ein angemessenes Schmerzgeld (§ 1325 ABGB) sowie ggf eine Verunstaltungsentschädigung (§ 1327 ABGB) oder der Ersatz der Begräbniskosten und Unterhalt (§ 1327 ABGB). Der Verdienstentgang wird von der Rechtsprechung als positiver Schaden gewertet.⁷
- 1/7 Bloße Vermögensschäden, also Schäden, die ohne Verletzung eines absolut geschützten Rechtsguts des Geschädigten verursacht werden, sind grundsätzlich nicht ersatzfähig. Anderes gilt nur im Bereich der Vertragshaftung, bei Verletzung eines Schutzgesetzes sowie bei sittenwidriger Schädigung (§ 1295 Abs 2 ABGB).⁸

1.1.2. Kausalität und Adäquanzzusammenhang

- 1/8 Der Schädiger muss grundsätzlich nur für Schäden eintreten, die er selbst verursacht hat. Ausnahmen bestehen zB im Bereich der Gehilfenzurechnung (§§ 1313a, 1315 ABGB). Die Kausalität des schädigenden Verhaltens wird durch die *Conditio-sine-qua-non*-Formel geprüft. Man prüft, ob bei Wegfall des schädigenden Verhaltens der Schaden(-serfolg) trotzdem eingetreten wäre oder nicht. Wäre der Schaden ohne das schädigende Verhalten nicht eingetreten, ist das Verhalten kausal für den Schadenseintritt. Bei einer Unterlassung prüft man, ob der Schaden bei Vornahme einer bestimmten Handlung weggefallen wäre und diese bestimmte Handlung damit den Schadenseintritt verhindert hätte. Durch die Äquivalenztheorie sind alle Schadensursachen grundsätzlich gleichwertig.⁹ Um ein Ausufern der Haftung zu vermeiden, wird der Kreis der haftungsbegründenden Schadensursachen durch das Erfordernis des Adäquanzzusammenhangs weiter eingeschränkt. Nach der Adäquanztheorie sind Kausalverläufe, die außerhalb jeglicher Lebenserfahrung liegen, nicht haftungsbegründend. Das schädigende Verhalten darf nach der allgemeinen Lebenserfahrung nicht nur aufgrund von einer außergewöhnlichen Verkettung von Umständen zum Schadenseintritt geführt haben.¹⁰

6 *Kodek in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.04} § 1293 ABGB Rz 10 ff (Stand 15.4.2024, rdb.at).

7 *Jesser-Huß in Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht³ (2020) IV Rz 14 f.

8 *Kozioł*, Haftpflichtrecht II³ A/2/III/A/2/d/Rz 240 (Stand 1.1.2018, rdb.at).

9 *Kodek in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.04} § 1295 ABGB Rz 2 ff (Stand 15.4.2024, rdb.at).

10 *Kodek in Kletečka/Schauer*, ABGB-ON^{1.04} § 1295 ABGB Rz 13 ff (Stand 15.4.2024, rdb.at).

3. Grundtypen von Krankenhausaufnahmeverträgen

3.1. Drei Grundtypen

- 5/14 Nach hA kommen drei Grundtypen von Krankenhausaufnahmeverträgen in Betracht, die in der Folge näher beschrieben werden:

3.2. „Totaler“ Krankenhausaufnahmevertrag

- 5/15 Nach der Rsp ist der sog „totale“ Krankenhausaufnahmevertrag ein umfassender Vertrag, aufgrund dem der Krankenhausträger nicht nur die sachgemäße Behandlung durch sein ärztliches und pflegendes Personal, sondern auch die Pflege, Verpflegung und Beherbergung des Patienten und die Wahrung seiner körperlichen Sicherheit schuldet.³² Der behandelnde Arzt fungiert dabei als Erfüllungsgehilfe des Rechtsträgers der Krankenanstalt,³³ unabhängig davon, ob er selbständig – also in keinem Dienstverhältnis zum Rechtsträger des Krankenhauses stehend – handelt.³⁴



Abb: Rechte und Pflichten aus dem „totalen“ Krankenhausaufnahmevertrag

3.3. Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

- 5/16 Davon zu unterscheiden ist der „totale“ Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag: Neben dem „totalen“ Krankenhausaufnahmevertrag schließt der Patient einen weiteren Vertrag über bestimmte zusätzliche ärztliche Leistungen mit seinem behandelnden Arzt.³⁵
- 5/17 Der Arztzusatzvertrag über Wahlleistungen, also pflegerische oder diagnostische Leistungen, welche über die gesetzlichen Ansprüche hinausgehen, kommt zwischen Patient und abrechnungsberechtigtem Arzt (Primararzt) in einem öffentlichen Spital mit Sonderklasse zustande.³⁶

32 OGH 22.3.2018, 4 Ob 208/17t, Zak 2018, 137 = iFamZ 2018, 139 = AnwBl 2018, 494 = DAG 2018, 98 = RdM 2018, 149 = ZVR 2018, 299 (Wittwer) = Jus-Extra OGH-Z 6402 = JBl 2018, 655 (Reischauer) = Wild/Weichbold, iFamZ 2018, 272 = ZfG 2018, 62 = EvBl 2019, 23 (Karner) = RdM 2018, 287 (Leischner-Lenzhofer, Rechtsprechungsübersicht) = Nitsch, ZfRV 2019, 20 = ZVR 2019, 75 (Danzl, tabellarische Übersicht) = SZ 2018/24 = Laimer, RdM 2021, 98.

33 OGH 13.2.2024, 10 Ob 2/24b, JMG 2024, 230 (Hauser) = RdM 2024, 281 (Leischner-Lenzhofer, Rechtsprechungsübersicht).

34 RIS-Justiz RS0028563.

35 OGH 31.8.2018, 6 Ob 149/18g, DAG 2019, 22 = ZfG 2018, 163 = Resch, RdM 2019, 54 = RdM 2019, 72 = Bernat, Zak 2019, 67 = ZVR 2019, 75 (Danzl, tabellarische Übersicht) = RdM 2019, 282 (Leischner-Lenzhofer, Rechtsprechungsübersicht).

36 Holzgruber, RdM 2018/142.

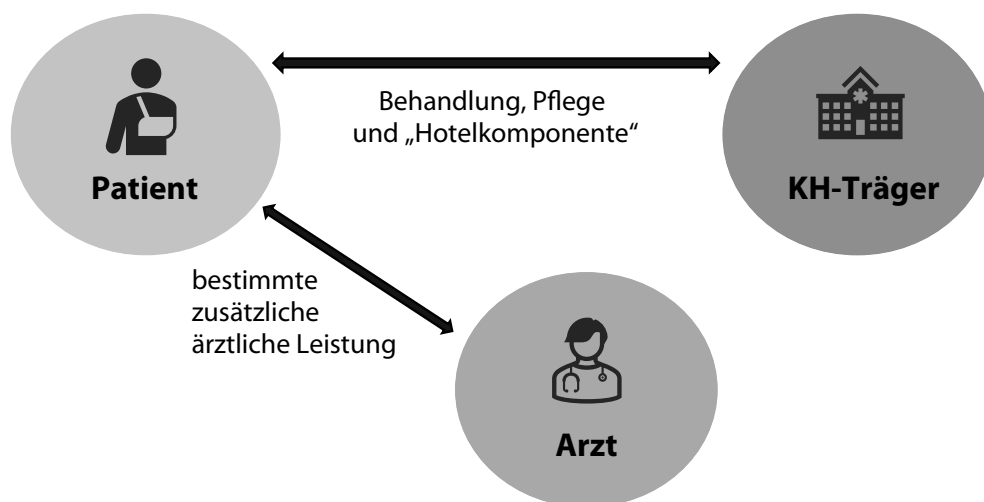


Abb: Rechte und Pflichten aus dem Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

3.4. „Gespaltener“ Krankenhausvertrag

Die im Belegarztvertrag erkennbare Aufgabenteilung führt nach der Rsp gegenüber dem 5/18 Patienten zu einer entsprechenden Aufspaltung der Leistungspflichten des Belegarztes einerseits und des Belegspitals andererseits.³⁷ Beim „gespaltenen“ Krankenhausvertrag schuldet der Belegarzt im Rahmen des Behandlungsvertrags die Behandlung des Patienten, im Regelfall dessen Operation samt Nachbehandlung, und zwar eigenverantwortlich, im eigenen Namen und auf eigene Rechnung.³⁸ – Das Belegspital hingegen schuldet die Erbringung der damit verbundenen krankenhausspezifischen Hilfs- und Zusatzdienste einschließlich Verpflegung und Beherbergung des Patienten und die Wahrung seiner körperlichen Sicherheit, was als „Hotelkomponente“ bezeichnet wird.³⁹

Mit anderen Worten: Die dem Patienten geschuldete Gesamtleistung resultiert daher 5/19 erst aus den beiden aufeinander abgestimmten Verträgen mit dem Belegspital einerseits und dem Belegarzt andererseits.⁴⁰

Es sind bei dieser Fallkonstellation drei verschiedene Vertragsverhältnisse zu unter- 5/20 scheiden:

1. Behandlungsvertrag (Arzt – Patient)
2. Krankenhausaufnahmevertrag (Rechtsträger der Krankenanstalt – Patient)
3. Rahmenvertrag⁴¹ (Arzt – Rechtsträger der Krankenanstalt)

³⁷ RIS-Justiz RS0112629 [T6].

³⁸ OGH 27.10.1999, 1 Ob 267/99t, RZ 2000/8 S 45 = ÖJZ-LSK 2000/52 = EvBl 2000, 305 = RdM 2000, 88 (Huber) = JBl 2001, 56 (Bruck/Pferdmann, 64) = SZ 72/164 = Fuchs, RdM 2002, 138 = Haberl, RdM 2005, 100 = HS 30.513 = HS 30.539.

³⁹ RIS-Justiz RS0112629 [T7].

⁴⁰ RIS-Justiz RS0112629 [T4].

⁴¹ Vgl ausführliche Empfehlungen für die Vertragsgestaltung in: Kunz in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht, Kap IV.6; Ozegovic, JMG 2024, 258.

Kapitel 6: Ausgewählte Kapitel des Apothekenrechts

Stephanie Pilz/Stefan Schoeller/Lukas Wallner

1. Einleitung

Das österreichische Apothekenrecht bildet seit über einem Jahrhundert das Rückgrat 6/1 der Arzneimittelversorgung in Österreich. Mit dem Apothekengesetz von 1907 wurde ein rechtlicher Rahmen geschaffen, der die Errichtung und den Betrieb von Apotheken regelt und somit die Grundlage für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln legt. Im Laufe der Jahre hat sich das Apothekengesetz kontinuierlich weiterentwickelt, um den Herausforderungen einer modernen Gesundheitsversorgung gerecht zu werden.

In diesem Beitrag wird ein Überblick über die wesentlichen Bestimmungen des Apotheken- 6/2 gesetzes und der Apothekenbetriebsordnung gegeben. Dabei werden sowohl historische Entwicklungen als auch aktuelle Reformen und deren Auswirkungen auf die Praxis beleuchtet.

Für die Errichtung und den Betrieb einer öffentlichen Apotheke ist es erforderlich, vor 6/3 der jeweilig zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde einen Antrag auf Erteilung einer Konzession zu stellen. Der gegenständliche Beitrag widmet sich dabei den Antragsvoraussetzungen und einzelnen Verfahrensschritten, welche es im Behördenverfahren zu durchlaufen gilt. Insbesondere sollen die dazu ergangen Änderungen, welche mit der Novelle des Apothekengesetzes im Jahr 2024 in Kraft getreten sind, aufgezeigt werden.

Welche bedeutende Rolle das Gesellschaftsrecht sowohl bei der Neugründung als auch 6/4 bei der Übernahme von Apotheken einnimmt, soll ebenso Teil dieses Beitrags sein.

Die Gründung und Führung von Filial-, Haus- und Anstaltsapotheken bedarf eigener 6/5 rechtlicher Rahmenbedingungen. Die Voraussetzungen hierfür sowie die entscheidenden Unterschiede zu den öffentlichen Apotheken werden überblicksmäßig dargelegt.

Apotheken unterliegen eigenen werberechtlichen Bestimmungen. Dafür bedarf es einer 6/6 Zusammenschau von datenschutzrechtlichen Bestimmungen, dem UWG und der Berufsordnung für Apotheker. Im letzten Kapitel wird veranschaulicht, welche Art von Werbung gestattet ist und wo Grenzen zu setzen sind.

2. Einführung in das österreichische Apothekenwesen

2.1. Historischer Überblick

2.1.1. Von den „Constitutiones“ bis zu den Habsburgern

Das österreichische Apothekenrecht hat eine lange und wechselvolle Geschichte. Ein be- 6/7 deutender Meilenstein in der Geschichte des Apothekenwesens waren die Constitutio-

zu erfolgen und muss mittels Niederschrift festgehalten werden. Dabei hat die Behörde mithilfe des beigezogenen pharmazeutischen Sachverständigen sämtliche Punkte dieser Checkliste abzuarbeiten.

Die Suchtmittelüberprüfung erfolgt auf Grundlage des Suchtmittelgesetzes (SMG), der Suchtgiftverordnung (SV) und der Psychotropenverordnung (PV). Sie dient der Kontrolle der ordnungsgemäßen Lagerung, Dokumentation, Abgabe und Entsorgung von Suchtmitteln und psychotropen Substanzen. Geprüft werden insbesondere die Einhaltung der Sicherungsmaßnahmen, die lückenlose Führung des Suchtgiftvormerkbuchs, die korrekte Dokumentation von Ein- und Ausgängen sowie die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Höchstmengen und Verschreibungsregelungen. Auch die Betreuung von Substitutionspatienten unterliegt der Kontrolle, insbesondere hinsichtlich der Mitgabe, Dokumentation und Verständigungspflichten bei Abweichungen. Die Ergebnisse werden in einer Niederschrift festgehalten und an das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) übermittelt. 6/269

Kommt die Behörde bei der Überprüfung zu dem Ergebnis, dass die Suchtgiftvormerkbücher von der betroffenen Apotheke nicht so geführt werden, dass die Angaben darin nachvollziehbar sind, und ist der Konzessionär nicht in der Lage diese Ungereimtheiten aufzuklären, kann dies als Verwaltungsübertretung gegen § 9 SV oder – bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen – als strafrechtlich relevanter Tatbestand nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) gewertet werden. Insbesondere § 27 SMG sieht für den „vorschriftswidrigen Umgang mit Suchtgiften“ Freiheitsstrafen bis zu einem Jahr oder Geldstrafen bis zu 360 Tagessätzen vor.²³⁶ 6/270

In der Praxis können derartige Verstöße für den Konzessionär disziplinarrechtliche Maßnahmen durch die Österreichische Apothekerkammer nach sich ziehen, aber auch zu einer vorläufigen Enthebung von der Leitung nach § 20a ApoG bis hin zum vollständigen Konzessionsentzug nach § 19 Abs 2 Z 1 ApoG führen.²³⁷ 6/271

4. Die Apothekengesetznovelle 2024

Die Novelle des Apothekengesetzes soll entsprechend dem Erläuterungsbericht die flächendeckende ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung verbessern. Anlass dafür waren die jüngsten Entwicklungen im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung, die einen leichteren Zugang zu Arzneimitteln erforderlich machten.²³⁸ 6/272

4.1. Die wichtigsten Neuerungen durch BGBl II 2024/22

In § 68a Abs 22 ApoG werden sämtliche Paragraphen aufgezählt, die durch die Novelle BGBl II 2024/22 eine Änderung erfahren haben. Ebenso werden jene Paragraphen bzw Teile erwähnt, die außer Kraft getreten sind. 6/273

In § 68a Abs 3 werden die mit der Novelle BGBl II 2024/100 in Kraft getretenen Bestimmungen angeführt. 6/274

²³⁶ Vgl § 27 Abs 1 Suchtmittelgesetz idF BGBl I 2024/105.

²³⁷ VwGH 29.5.1995, Zl 95/10/0024.

²³⁸ AB 2439 BlgNR 27. GP 1.

Eine den Anforderungen der DSGVO entsprechende Einwilligungserklärung könnte 13/46 formuliert werden wie folgt:

Musterformulierung

13/47

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten *[Angabe der Datenarten, zB Name, Adresse, Geburtsdatum etc]* zum Zweck von *[Angabe der Zwecke der Verarbeitung, zB Erfassung in der Kundendatei, Versand von Werbung]* verarbeitet und gespeichert werden.

Gegebenenfalls: Weiters stimme ich zu, dass die genannten Daten an *[Angabe Empfänger]* zum Zweck *[Angabe Zweck der Weitergabe]* übermittelt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen durch Nachricht an *[Angabe Kontaktdaten]* widerrufen werden kann.

Für die gültige Einwilligung von Kindern muss außerdem die spezielle Bestimmung des 13/48 Art 8 DSGVO berücksichtigt werden.

Wurden bereits vor Inkrafttreten der DSGVO Einwilligungserklärungen eingeholt, müs- 13/49 sen sie nicht erneuert werden, sofern sie den Anforderungen des Art 7 bzw Art 8 DSGVO entsprechen.

Es ist nicht ratsam, eine Einwilligungserklärung „zur Sicherheit“ einzuholen, wenn die 13/50 Datenverarbeitung in Wahrheit auf einer anderen Rechtsgrundlage beruht. Es macht die Einwilligung sogar unzulässig, weil sie in diesem Fall suggeriert, eine Einwilligung sei notwendig, was sie aber gar nicht ist.⁴⁰ Nach Ansicht der Datenschutzbehörde muss der Einwilligung „mit der erforderlichen Klarheit entnommen werden können, für welche Datenverarbeitung die Einwilligung die Rechtsgrundlage darstellt“.⁴¹ Aus diesem Grund sind auch sog „Pauschaleinwilligungen“ unzulässig. An der notwendigen Freiwilligkeit mangelt es auch, wenn die betroffene Person gezwungen wird, in ein Bündel von Verarbeitungszwecken einzuwilligen. Auch die Abgabe einer „unwiderruflichen Einwilligung“ ist unzulässig, weil sie der jederzeitigen Widerrufsmöglichkeit gemäß Art 7 Abs 3 DSGVO widerspricht.⁴²

3.2. Besonderheiten des ÄrzteG

§ 51 Abs 2 ÄrzteG lautet:

13/51

Ärzte sind zur automationsunterstützten Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Abs 1 13/52 (ärztliche Dokumentation) sowie zur Übermittlung dieser Daten

1. an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten in dem Umfang, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, sowie
2. an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung der Kranke steht, mit Einwilligung des Kranken berechtigt.

40 Gabauer, Datenschutzrechtliche Anforderungen im Gesundheitsbereich, RdM 2019/61.

41 DSB 16.11.2018, DSB-D213.692/0001-DSB/2018.

42 Haidinger, Dako 2019/29.

- 13/53 Mit dieser Bestimmung sieht der österreichische Gesetzgeber für die Verarbeitung von Patientendaten (Übermittlung an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen) eine strengere Regelung vor als die DSGVO.
- 13/54 In zahlreichen Fällen ist es notwendig, Patienten- und Gesundheitsdaten mit anderen Ärzten oder Angehörigen anderer Gesundheitsberufe zu teilen. Zu denken ist bspw an die Zusammenarbeit von Ärzten in Krankenanstalten oder den Vertretungsarzt in einer Ordination. Die Einholung einer ausdrücklichen Einwilligung des Patienten, bevor in diesem Rahmen Informationen geteilt werden, würde in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten bereiten.⁴³
- 13/55 Vor diesem Hintergrund wurde in der Vergangenheit diskutiert, ob eine konkludente Einwilligung zur Datenweitergabe ausreicht oder tatsächlich eine ausdrückliche Einwilligungserklärung einzuholen ist. Mittlerweile hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass eine konkludente Einwilligung des Patienten (Stecken der e-card, Aufsuchen des Arztes etc) ausreichend ist, weil der Ausnahmetatbestand des Art 9 Abs 2 lit h DSGVO zur Anwendung kommt.⁴⁴

3.3. Besonderheiten des GTelG 2012

- 13/56 Im medizinischen Bereich ist neben dem allgemeinen Datenschutzrecht auch das GTelG 2012⁴⁵ zu beachten, das in seinem Anwendungsbereich zusätzliche – zwingende – Regelungen für Datenverarbeitungen vorsieht.⁴⁶ Die Bestimmungen des 2. Abschnitts des GTelG 2012 gehen den allgemeinen Datensicherheitsmaßnahmen nach Art 32 DSGVO vor.
- 13/57 Das GTelG 2012 regelt die Verarbeitung personenbezogener elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten durch Gesundheitsdiensteanbieter. Darunter fallen gemäß § 2 Z 2 GTelG 2012 Verantwortliche, die Gesundheitsdaten zu Zwecken (i) der medizinischen Behandlung oder Versorgung, (ii) der pflegerischen Betreuung, (iii) der Verrechnung von Gesundheitsdienstleistungen, (iv) der Versicherung von Gesundheitsrisiken oder (v) der Wahrnehmung von Patientenrechten verarbeiten.
- 13/58 Besondere Bestimmungen enthalten die §§ 3 ff GTelG 2012 für die **elektronische Übermittlung von Gesundheitsdaten** und genetischen Daten. Diese dürfen nur dann übermittelt werden, wenn
- die Übermittlung gemäß Art 9 DSGVO zulässig ist,
 - die Identität jener Personen, deren Gesundheitsdaten oder genetische Daten übermittelt werden sollen, nachgewiesen ist (siehe dazu § 4 GTelG 2012),
 - die Identität der an der Übermittlung beteiligten Gesundheitsdiensteanbieter nachgewiesen ist,
 - die Rollen der an der Übermittlung beteiligten Gesundheitsdiensteanbieter nachgewiesen sind (siehe dazu § 5 GTelG 2012),

43 Wallner, Probleme der Weitergabe der ärztlichen Dokumentation, RdM 2024/26.

44 Wallner, Probleme der Weitergabe der ärztlichen Dokumentation, RdM 2024/26; Toni, Behandlungsvertrag: Welche Einwilligungen sind notwendig und welche Rechte hat der Betroffene, Dako 2021/29; Fasching, Datenschutz in der Arztpraxis, RdM 2022/250.

45 BGBl I 2012/111.

46 Jahnel, Auswirkungen der DSGVO im medizinischen Bereich, RdM 2019/123; Fasching, Datenschutz in der Arztpraxis, RdM 2022/250.

Kapitel 15: Telemedizin

Sophie Semmler/David M. Schneeberger

1. Einleitung¹

Die Telemedizin wird medial und gesundheitspolitisch immer häufiger in den Blickpunkt der öffentlichen Diskussion gerückt. Die Gesundheitsreform nach dem Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“² schreibt der Telemedizin einen besonderen Stellenwert für die „weitreichende digitale Transformation im Gesundheitswesen“ in Österreich zu.³ Um die Herausforderungen des Gesundheitswesens der kommenden Jahre zu stemmen – ua erhöhter medizinischer Versorgungsbedarf aufgrund des demographischen Wandels und damit einhergehender steigender Kosten bei gleichzeitigem Ärztemangel im ländlichen Raum und Wandel des ärztlichen Berufsverständnisses –, sieht die aktuelle Art-15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus 2023 (kurz: 15a-Vereinbarung-OrgFinGW)⁴ den vermehrten Einsatz von eHealth und Telemedizin für einen zweckmäßigen Einsatz begrenzter Ressourcen vor (Art 1 Abs 2 leg cit).

Telemedizin bietet viele Chancen für das Gesundheitswesen, wie etwa die Überwindung von Offenbarungängsten, die Vermeidung von Ansteckungen, langen Wegen und Wartezeiten, die Teillösung des Ärztemangels im ländlichen Raum, Kostenersparnis durch Effizienz und tw auch einen Qualitätsgewinn durch die einfache Erreichbarkeit von Spezialisten. Dem stehen Risiken gegenüber, die nicht ungenannt bleiben sollen: ua das erhöhte Risiko für Fehldiagnosen, mögliche Qualitätseinbußen (Stichwort: „Callcenter-Medizin“) sowie Datendiebstahl und Datenmissbrauch.⁵

Das vorliegende Kapitel widmet sich dem Thema aus unterschiedlichen Perspektiven. Zunächst wird eine Begriffsabgrenzung und Systematisierung vorgenommen (Rz 15/4 ff), bevor einzelne Aspekte des ärztlichen Berufsrechts behandelt werden, die einer besonderen Betrachtung im Zusammenhang mit Telemedizin bedürfen: der Unmittelbarkeitsgrundsatz gemäß § 49 Abs 2 ÄrzteG (Rz 15/31 ff), das Gebot der *Lege-artis*-Behandlung (Rz 15/51 ff), die telemedizinische Aufklärung (Rz 15/61 ff), die Werbung für telemedizinische Behandlungen (Rz 15/78 ff), ärztliche Zeugnisse ohne unmittelbare Untersuchung (Rz 15/83 ff) sowie die telemedizinische Arzneimittelverschreibung (Rz 15/92 ff).

1 Herzlicher Dank geht an Univ.-Prof. Dr. Karl Stöger, MJur (Oxon) für die inhaltliche Durchsicht und konstruktive Anmerkungen. Teile dieses Kapitels beruhen auf Erkenntnissen aus der Dissertation „Der organisatorische Rahmen telemedizinischer Leistungen“ (Arbeitstitel) (Universität Wien) der Erstautorin Sophie Semmler.

2 Vgl Ernst, Digital vor ambulant vor stationär, RdM 2025/6 (in Vorbereitung); vgl BMSGPK, eHealth-Strategie Österreich. V1.0 (2024) 36, <https://www.digitalaustria.gv.at/verwaltung/strategien/ehealth.html> (26.11.2025).

3 ErläutRV 2317 BlgNR 27. GP 3.

4 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens BGBl I 2025/2.

5 Vgl mwN Prütting, Telemedizin. Ärztliches Berufsrecht, in Rehmann/Tillmanns (Hrsg), E-Health/Digital Health (2022) Kap 3.A.II Rz 19 ff. Die eHealth-Strategie nennt auch geringere Klimabelastungen durch reduzierte Treibhausemissionen als Vorteil, BMSGPK, eHealth-Strategie Österreich 57 f.

Anschließend werden die Haftung bei telemedizinischen Behandlungen (Rz 15/99 ff), das Sozial- und Vertragspartnerrecht in Zusammenhang mit Telemedizin (Rz 15/121 ff), die grenzüberschreitende Telemedizin (Rz 15/129 ff) sowie das Datenschutzrecht (Rz 15/155 ff) behandelt. Ein Exkurs zur Künstlichen Intelligenz (KI) in der Medizin, der Ausführungen zum Medizinprodukterecht (Rz 15/192 ff) sowie zur Verordnung über KI (Rz 15/208 ff) umfasst, bildet den Abschluss.

Die einzelnen Aspekte der Telemedizin, dh etwa berufsrechtliche und zivilrechtliche Besonderheiten der Telemedizin, werden in Bezug auf Ärzte behandelt.

2. Grundlagen der Telemedizin

2.1. Begriffsbestimmung und Abgrenzung: Telemedizin, Gesundheitstelematik und eHealth

- 15/4 „eHealth“⁶ umfasst die Gesamtheit aller elektronischen Anwendungen im Gesundheitswesen durch den Einsatz von Informations- und/oder Kommunikationstechnologien. Der Gesetzgeber hat durch das VUG 2024⁷ in § 3 Z 5 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz eine Legaldefinition des Begriffs „eHealth“ eingefügt:⁸
- 15/5 „eHealth‘: die kosteneffiziente und sichere Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Gesundheit und gesundheitsnahen Bereichen einschließlich Gesundheitsdienstleistungen, Gesundheitsüberwachung sowie gesundheitlicher Aufklärung, Bildung und Forschung.“
- 15/6 „Gesundheitstelematik“ ist ein Teil von eHealth und verlangt den kombinierten Einsatz von Telekommunikation und Informatik, sog telematischen Anwendungen, im Gesundheitswesen.⁹
- 15/7 „Telemedizin“ ist wiederum ein Teil der Gesundheitstelematik, doch existiert keine (einheitliche) (Legal-)Definition,¹⁰ weshalb es aufgrund unterschiedlicher Verwendun-

6 Hinsichtlich der Schreibweise sieht der Duden die Zusammensetzung eines Wortes mit einzelnen Buchstaben durch einen Bindestrich vor: zB E-Lok, U-Bahn, E-Mail (https://www.duden.de/haeufige_fehler/eMail#:~:text=Bedeutung%2C%20Worttrennung%20u.%20v.%20m.-,ErI%C3%A4uterung,electronic [26.11.2025]). In österreichischen Gesetzestexten findet sich unterschiedliche Schreibweisen: zB E-Medikation, e-Medikation oder auch eMedikation. Letztere Variante geht auf eine redaktionelle Anpassung des Begriffes „e-Medikation“ an die übrigen Begriffe des Gesetzes („eHealth“ statt „e-Health“; „eImpfpass“ statt „e-Impfpass“, „eMedikation“ statt „e-Medikation“) im Zuge einer Novellierung des Bundesgesetzes betreffend Datensicherheitsmaßnahmen bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten (Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012) im Jahr 2021 zurück, vgl IA 1263/A 27. GP 2. Durch diese Anpassung wird die vom Gesetzgeber präferierte Schreibweise deutlich. Der Begriff „e-card“ wird dennoch weiterhin mit Bindestrich geschrieben.

7 Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024) BGBl I 2023/191.

8 Vgl auch Semmler/Stöger, Rechtsfragen rund um eHealth: Ein (ausgewählter) Problemaufriss, JMG 2024, 192 (192).

9 Für eine ausführliche Differenzierung der Begrifflichkeiten vgl Dochow, Grundlagen und normativer Rahmen der Telematik im Gesundheitswesen (2017) 56 ff; Hartinger-Klein/Klein/Haas, Gesundheitstelematik. Medizinische, ökonomische und ethische Gesichtspunkte, SoSi 2012, 258 (258).

10 Leonardelli, Telemedizin im Rettungsdienst. Präventive Gedanken zur Haftungsvermeidung, in ÖGERN (Hrsg), Rettungsdienst. 20 Jahre Sanitätärgesetz (2023) 107; Rehmann, Telemedizin, in Rehmann/Tillmanns (Hrsg), E-Health/Digital Health (2022) Kap 3.A.I Rz 1; vgl Dochow, Telematik im Gesundheitswesen 87 f.