

Juristische Fallsammlung zur digitalen Kieferorthopädie

Ein Beitrag von RA Michael Zach.

Teil 1

Die fortschreitende Einbindung digitalisierter Daten in zahnärztliche Behandlungsabläufe wirft eine Fülle von Rechtsfragen auf, die nicht nur eine graduelle Veränderung des bestehenden Systems bewirken, sondern sowohl in medizinischer wie auch in juristischer Hinsicht eine Neubestimmung des Standortes erfordern. Dabei sind die technischen Neuerungen und ihre Implementierung in der täglichen zahnärztlichen Praxis bislang weder vom Gesetzgeber noch von der Rechtsprechung wirklich erfasst und bewältigt worden.

Nachfolgend soll durch die Diskussion zehn konkreter Sachverhalte die heute schon erkennbaren Konfliktpunkte dargestellt werden. Die juristische Diskussion hierzu befindet sich noch im Fluss und es kann daher allenfalls ein Ausblick auf die juristische Bewältigung geworfen werden.

Patientenschutz durch Anonymisierung – Fall 1

Dr. KFO erwägt während laufender Behandlung eine Zahnextraktion und mailt das OPG an Dr. MKG als Grundlage für eine dann telefonisch stattfindende fachliche Erörterung. Dabei hatte er Namen, Geburtsdatum und den Kostenträger des Patienten sorgfältig unkenntlich gemacht.

Die Digitalisierung papiergetragener und bildgebender Dokumentationen erleichtert nicht nur die Archivierbarkeit und Verfügbarkeit der Daten innerhalb der Zahnarztpraxis, sondern ermöglicht die Bereitstellung per Mausklick auch an externe Bearbeiter. Diese Erleichterung des Datentransfers kann zum Datenmissbrauch verleiten. Denn in aller Regel wird sich zu Beginn einer zahnärztlich-kieferorthopädischen Behandlung nicht absehen lassen, ob im Verlaufe der Behandlung möglicherweise die Konsultation eines oder mehrerer zahnärztlicher oder allgemeinmedizinischer Fachkollegen erforderlich werden wird.

Möglicherweise wird der behandelnde Kieferorthopäde auch im Laufe einer Behandlung einmal den Austausch mit einem KFO-Fachkollegen zu einem Behandlungsfall suchen. Zumindest nach heute geübter Praxis wird zu Beginn einer Behandlung im Hinblick auf einen solchen Datenaustausch eine separate Schweigepflichtbindungserklärung von dem Patienten nicht eingeholt.

Sofern der zugezogene Mediziner demselben Fachgebiet angehört, wird von einem Telekonsil gesprochen werden. Sofern es sich um einen Experten einer anderen Fachrichtung als der Primärbehandler handelt, wird von einer Teleexpertise gesprochen.¹ Sofern sich Zahnärzte der unterschiedlichen Fachzahnarztgruppen (Oralchirurgie, Kieferorthopädie, Parodontologie) austauschen, werden Fachbereichsgrenzen bekanntlich nicht überschritten, sodass von einem Telekonsil auszugehen ist. Der um ein Telekonsil ersuchte Konsiliarier wird dabei regelmäßig nicht selbst zum mitbehandelnden Arzt. Zusätzlich für Aufklärung, Behandlung, Überwachung und Abrechnung bleibt somit der vor Ort tätige Arzt (sog. Primärarzt).²

Soweit noch ein Konsens darüber besteht, dass ohne wirksame Einwilligung in das Telekonsil ein solches nicht rechtmäßigerweise durchgeführt werden darf, ist streitig, ob eine Vertragswidrigkeit und Strafbarkeit dadurch



ausgeschlossen werden wird, dass die an den Telemediziner übermittelten Informationen derart ausgewählt oder anonymisiert werden, dass der Telemediziner keine Rückschlüsse auf die Identität des Patienten ziehen kann. Mangels Personenbezugs der Befunde entfällt dann der Geheimnischarakter, sodass eine Geheimnisverletzung nach § 203 Abs. 1 StGB ausgeschlossen sei.³ Dies begegnet jedoch schon in tatsächlicher Hinsicht Bedenken: Zum einen können anhand eines Röntgenbildes eines Patientenschädels die Gesichtszüge des Patienten mithilfe entsprechender Simulationssoftware darstellbar sein, sodass wie bei der Analyse eines dentalen Befundes letztlich die Identifizierung des Patienten möglich bleibt und eine wirklich effiziente Anonymisierung real ausgeschlossen ist. Dass diese Spur zur Identifizierung des Patienten aufgrund der Zahnbefunde trotz Löschung u. a. des Namens durchaus praktisch relevant bleiben kann, wird daran erkennbar, dass entsprechende Telekonsile durchaus auch zwischen nahegelegenen Praxen desselben Stadtteiles oder sogar Praxen innerhalb desselben Gebäudes stattfinden.

Im Falle eines Behandlerwechsels kann die unrechtmäßige Datenweitergabe evident werden, wenn der zuvor konsiliarisch beigezogene Arzt die Patientendokumentation des ihn neu aufsuchenden Patienten bereits aus dem telemedizinischen Konsil kennt. Ob dieses Legitimationsdefizit gewissermaßen antizipiert dadurch überwunden werden kann, dass im Rahmen der Patientenaufnahme bereits eine generalisierte Einwilligung in zu diesem Zeitpunkt noch nicht bestimmbare Konsile eingeholt wird, erscheint ebenfalls zweifelhaft.⁴ Zur Eingrenzung dürfte zumindest erforderlich sein, dass die Facharzttrichtung angegeben wird, wenn überhaupt die Be-

nennung des konkreten Arztes entbehrlich sein sollte.

Nicht unproblematisch ist auch die Rechtsstellung des um ein Konsil ersuchten Arztes, da ihm in der Regel bekannt ist, dass entsprechende Einwilligungserklärungen nicht vorliegen. Dementsprechend entlastet auch nicht der Hinweis darauf, dass innerhalb einer stationären Einrichtung derartige ärztliche Konsile an der Tagesordnung sind und regelmäßig auch ohne explizite Schweigepflichtbindungserklärung durchgeführt werden. Der Unterschied beruht allein darauf, dass im Falle einer stationären Versorgung mit dem Krankenhaus ein fachgebietsübergreifender, einheitlicher Vertragspartner dem Patienten gegenübersteht, der eine gesamthafte medizinische Versorgung schuldet, nach Maßgabe des Facharztstandards, der in den diversen Abteilungen und Kliniken dieses Krankenhauses zu beachten ist. Im Ergebnis ist die Weitergabe selbst der anonymisierten bildgetragenen Behandlungsdaten für Zwecke des Telekonsils unzulässig.

Auswirkungen der Digitalisierung auf den Behandlungsstandard – Fall 2

Dr. KFO liegt ein von Dr. Implant gefertigtes digitales DVT vor, das er für seine Behandlungsplanung auswerten möchte, obwohl er nicht über einen Fachkundenachweis zur Auswertung von 3-D-Röntgenbildern verfügt. Tatsächlich verkennt er die Via falsa bei 17 und die fehlende Erhaltungswürdigkeit.

Sofern ein Telekonsil oder eine Teleexpertise datenschutzrechtlich gewährleistet ist, stellt sich die Frage, ob die Beziehung einer letztlich unbestimmten Anzahl von potenziellen Experten unterschiedlichster Fachrichtungen den zahnärztlich-kieferorthopädisch geschuldeten Behandlungsstandard verändert und insbesondere erhöht.

Auch der auf Überweisungen der Hauszahnärzte angewiesene Fachzahnarzt für Kieferorthopädie ist regelmäßig mit allgemein-zahnärztlichen und auch mit allgemeinmedizinischen Fragestellungen befasst. So ist geklärt, dass es kieferorthopädischem Facharztstandard entspricht, dass der Kieferorthopäde i. d. R. vor Einleitung seiner Behandlungsmaßnahmen parodontale Erkrankungen erfasst und therapiert. Ähnliches gilt für die endodontologische Versorgung von Zähnen und die konservierende Behandlung. Im Rahmen der Behandlung schwerer Kieferanomalien, die etwa eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern, kommt die Einbeziehung kieferchirurgischer Sachverständiger in Betracht. Dabei mag im Einzelnen problematisch sein, in welcher Reihenfolge die einzelnen Fachrichtungen abklärend oder behandelnd tätig werden müssen. Bekanntlich soll die Parodontaltherapie beispielsweise auch parallel zur kieferorthopädischen Behandlung unter Verwendung herausnehmbarer Geräte, etwa von Alignerschielen, möglich sein. Hier kann eine Abstimmung geboten sein zwischen dem überweisenden Hauszahnarzt, dem kieferorthopädisch tätigen Zahnarzt und dem Fachzahnarzt für Parodontologie.

Eine Anhebung des geschuldeten Behandlungsstandards liegt beispielsweise dann nahe, wenn es um die Auswertung von 3-D-Röntgenbildern geht, bei deren Auswertung es zur Qualitätssicherung in besonderer Weise darauf ankommt, dass der Betrachter den Befähigungsnachweis zur Bewertung von 3-D-Röntgenbildern besitzt.

Wenn ein Behandler die Erstellung eines 3-D-Röntgenbefundes veranlasst, wird eine standardgerechte Auswertung nur durch den Inhaber eines entsprechenden Sachkundenachweises erfolgen können, mithin die Online-Übermittlung dorthin erforderlich sein. Die leichte Datenverfügbarkeit spricht dafür, dass die Auswertung eines einmal erstellten DVT dann durch einen entsprechend geschulten Spezialisten im Sinne des Behandlungsstandards geschuldet ist.

Es besteht zwar keine Verpflichtung, sogleich auf neue Kommunikationstechnologien und Medizintechnik umzustellen, sofern sie aber vorhanden sind, besteht eine Verpflichtung, sie auch einzusetzen.⁵ So wurde die standarderhöhende Verpflichtung angenommen – bei entsprechendem Anlass – online verfügbare Befundergebnisse vor- oder co-





behandelnder Kollegen einzu- sehen und auszuwerten.⁶ Ebenso geboten ist u.U. ein rechtzeitiges parodontologisches Telekonsil, wenn durch den Kieferorthopäden eine Beurteilung des Knochenangebotes und der Knochen- dichte im Hinblick auf den Lockerungsgrad eines Zahnes und die angestrebte Zahnbewegung erfolgt. So geboten die Abklärung von Befund und Therapieoption mit den anderen zahnmedizinischen Disziplinen und Facharzt- richtungen in dem Einzelfall auch sein mag, so kommt eine Ausuferung der Abklärungslasten auch im Hinblick auf HNO-Erkrankungen, auf Tumor- oder Hauterkrankungen nicht in Betracht. Auch wenn sich derartige Befunde für das geübte fachärztliche Auge auf einem DVT erkennen lassen, kann die Veranlassung entsprechender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen von dem Kieferorthopäden nur gefordert werden, wenn sie aus dem eigenen Facharztstandard für ihn zu- mindest im Sinne eines Verdachtes erkennbar waren.

Grenzüberschreitende Telemedizin – Fall 3

Dr. KFO-BRD bittet seinen in den Niederlanden niedergelassenen Studienkollegen Dr. KFO-NL bei der Erstellung einer Behandlungsplanung um Hilfe, weil er weiß, dass dieser das vorge- sehene Behandlungsgerät schon seit elf Jahren verwendet, er selbst aber erst kürzlich nach einer Fort- bildung sich hierzu entschlossen hatte, nachdem er zunächst die Bestätigung dieses Behandlungs- ansatzes durch die Publikation randomisierter, kontrollierter 10-jähriger Doppelblindstudien abgewartet hatte.

Das in der Bundesrepublik Deutschland geltende Gesund- heitsrecht ist nach wie vor stark durch nationale Besonderheiten geprägt. Dies liegt zum einen da- ran, dass weite Teile des Gesund- heitsrechtes in die Gesetzge- bungskompetenz der Bundes- länder fallen und dem Selbstver- waltungsrecht der regionalen Zahnärztekammern unterliegen. Ein ähnliches Bild zeigt sich in den unmittelbar angrenzenden Nachbarstaaten, sodass eine feh- lende Koordinierung im Bereich der Normierung und auch beim Verwaltungsvollzug dieser Be- stimmungen beklagt wird, ins-

besondere wenn Sachverhalte mit internationaler Verflechtung zu beurteilen sind. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass das internationale Telekon- sil zweier Kieferorthopäden sich rechtlich als sehr komplex dar- stellt: Ein Konsens besteht noch insofern, dass auch der telema- tisch vorgenommene Meinungs- austausch zweier Ärzte zu einem konkreten Behandlungsfall als Ausübung der „Heilkunde“ im Sinne des § 2 Abs. 5 BÄO bzw. im Sinne des § 1 Abs. 2 Zahnheil- kundengesetzes anzusehen ist, so- fern ein für das Konsil typisches Kenntnis- bzw. Spezialisierungs- gefälle besteht.

Auch die Berufsordnungen der angrenzenden europäischen Staa- ten kennen insofern vergleich- bare Regelungen, die die Aus- übung der Zahnheilkunde unter den Arzt-/Zahnarztvorbehalt stellen. Jedenfalls dann, wenn der Telemediziner diagnostische Unterlagen am Bild- schirm auswertet und spezielle Therapieoptio- nen befürwortet, die nur aufgrund zahnmedizinischen Fachwissens er- folgen können, liegt eine Ausübung der Zahnheil- kunde vor. Anders ver- hält es sich, wenn der Zahnarzt eine bloß zahntechnische und/ oder produktbezogene Beratung gewerblicher Zahnlabore in seine kieferorthopädische Planung einbezieht.

Die nationale Approbation des Telemediziners ist jedoch dann unzureichend, wenn der Pri- märarzt in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassen ist und auch die Patientenbehand- lung hier erfolgt. Zwar ist der im EU-Nachbarland approbierte Zahnarzt zur Berufsausübung auch in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund der EU- Dienstleistungsfreiheit berech- tigt, dies jedoch nur dann, wenn die hierfür im Zahnheilkunde- gesetz vorgesehenen Voraus- setzungen erfüllt sind.⁷ Dazu ge- hört insbesondere das Vorhan- den einer entsprechenden Beru- fshaftpflichtversicherung und vor allem die vorherige Anzeige der beabsichtigten Ausübung der Zahnheilkunde mit Bezug auf Patienten in der Bundesrepu- blik Deutschland bei der zustän- digen deutschen Verwaltungs- behörde.

Sofern diese Voraussetzungen seitens des Telemediziners nicht erfüllt sind, kann er sich bei der Ausübung der Zahnheilkunde in der Bundesrepublik Deutsch- land weder auf seine EU-Dienst- leistungsfreiheit berufen noch auf seine im europäischen Nach- barland bestehende zahnärztliche Approbation. In diesem Fall ist er trotz seines zahnmedizi- nischen Fachwissens und seiner offenbar sogar international ge- fragten Kompetenz ein „Nicht- Arzt“, sodass seine telemedizini- sche Tätigkeit als Ausübung der Zahnheilkunde ohne die erfor- derliche Legitimationsgrundlage zu bewerten ist, was nach nation- alen Recht strafbar sein kann. Der Primärarzt auf der anderen Seite, der im Wege der Teleme- dizin einen „Nicht-Arzt“ in die Behandlung einbezieht, kann dem berufsrechtlichen Vorwurf ausgesetzt sein, mit „Nicht-Är- zten“ bei der Behandlung zusam- menzuwirken, was ihm gemäß § 30 Abs. 2 MBO-Ä untersagt ist. Selbst wenn der Patient im Vor- feld eine an sich ausreichende Schweigepflichtentbindungser- klärung abgegeben haben sollte, sich dann aber herausstellt, dass der darin genannte Konsiliar- arzt zur Ausübung der Zahnheil- kunde in der Bundesrepublik Deutschland gar nicht berech- tigt ist, so wird sich auch diese Schweigepflichtentbindungs- erklärung als unwirksam erwei- sen. Sowohl der Primärarzt wie auch der Telemediziner tun also gut daran, vor Behandlungsbe- ginn sicherzustellen, dass die Überwindung der nationalen

Grenzen im Wege des Online-Daten- und Mei- nungsaustausches in rechtlicher Hinsicht auch wirklich abgesichert ist. Hier zeigt sich in besonde- rem Maße, dass die techni- sche Erleichterung der

ärztlichen Kooperation mit kaum erkennbaren juristischen Fall- stricken verbunden sein kann. KN

Teil 2 des Beitrags erscheint in der kommenden Ausgabe der KN 5/2014.



Literatur

KN Kurzvita



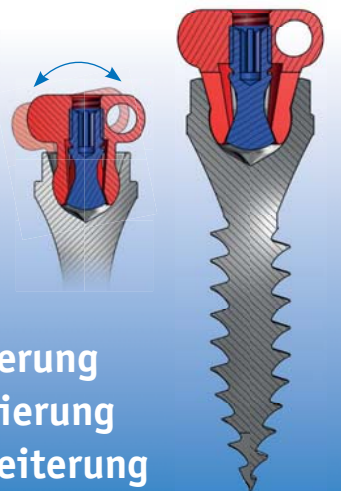
RA Michael Zach [Autoreninfo]



KN Adresse

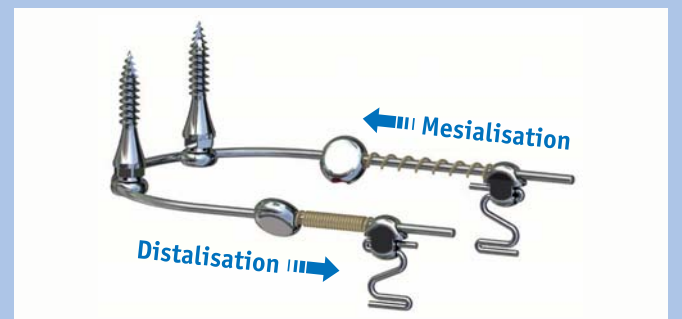
Kanzlei für Medizinrecht
Rechtsanwalt Michael Zach
Volksgartenstraße 222a
41065 Mönchengladbach
Tel.: 02161 68874-10
Fax: 02161 68874-11
info@rechtsanwalt-zach.de
www.rechtsanwalt-zach.de

ANZEIGE



OrthoLox Snap-in Kopplung für

- ▶ Molarendistalisierung
- ▶ Molarenmesialisierung
- ▶ Gaumennahterweiterung
- ▶ Ex-/intrusion
- ▶ Retention



SmartJet, die smarte Lösung für Mesialisierung und Distalisierung mit dem gleichen Gerät.

- ▶ Laborleistung im Eigenlabor
- ▶ Kurze Stuhlzeiten
- ▶ Compliance unabhängig

OrthoLox und SmartJet bieten neue Optionen für viele Aufgabenstellungen in der skelettalen kieferorthopädischen Verankerung.



A. Ahnfeldt GmbH
Marienhütte 15 · 57080 Siegen
Telefon: 0271 - 31 460-0
info@promedia-med.de
www.promedia-med.de

EIN NEUER STERN BRINGT ÄSTHETIK PUR.



Eine echte Innovation erblickt schon bald das Licht: das neue, selbstligierende, vollästhetische TruKlear Bracket. Gefertigt aus verfärbungsfreier Keramik. Einfach im Handling, splitterfrei beim Debonding. Seien Sie von Anfang an dabei und folgen Sie uns auf www.truklear.com. Auf der AOO in New Orleans erleben Sie die Vorstellung vom 25. bis 29. April im Ernest N. Morial Convention Center, Stand Nr. 2519.

www.forestadent.com



FORESTADENT[®]
GERMAN PRECISION IN ORTHODONTICS