

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über die Regierungsvorlage (693 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungsergänzungsgesetz, das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert sowie ein Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen und ein Bundesgesetz über Telematik im Gesundheitswesen erlassen werden (Gesundheitsreformgesetz 2005)

Art. 1 (KAKuG-Novelle)

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung tritt mit 31. Dezember 2004 außer Kraft. Bei keiner Einigung zwischen Bund und Ländern würde die Rechtslage zum 31. Dezember 1977 am 1. Jänner 2005 in Kraft treten.

Bund und Länder kamen überein, die 1997 eingeleitete Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung insbesondere durch die Institutionalisierung einer gesamthaften Planung, Steuerung und Finanzierung weiterzuentwickeln. Die Details der Einigung sind in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geregelt.

Mit der vorliegenden Novelle ist das Krankenanstaltengesetz an die neue Vereinbarung anzupassen.

Die Transformation der neuen Vereinbarung umfasst im Krankenanstaltengesetz die folgenden Punkte:

- Sicherstellung einer verbindlichen österreichweiten Leistungsangebotsplanung, Definition der Grundsätze und der Ziele sowie Verpflichtung der Länder zur Erlassung von Landeskrankenanstaltenplänen, die sich im Rahmen des Österreichischen Krankenanstaltenplanes einschließlich des Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) bzw. des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) befinden, durch Verordnung;
- Durchführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung;
- Einrichtung von Landesgesundheitsfonds;
- Verpflichtung der Krankenanstalten, auch Organen von Landesgesundheitsfonds die Einsichtnahme in Krankengeschichten zu ermöglichen;
- Schaffung der Möglichkeit, dass die wirtschaftliche Aufsicht über Krankenanstalten, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden, auch von den Landesgesundheitsfonds wahrgenommen werden kann;
- Schaffung der Möglichkeit, die Deckung des Betriebsabganges über die Landesgesundheitsfonds durchzuführen;
- Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur;
- Neuregelung der Zweckzuschüsse des Bundes.

Art. 2 - 6 (Änderungen im Sozialversicherungsrecht)

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll das Sozialversicherungsrecht an die (neue) Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens angepasst werden.

Neben der Einbindung der Sozialversicherung in die Neustrukturierung des Gesundheitswesens in Form der Bundesgesundheitsagentur und der Landesgesundheitsplattformen und der Regelung über die Aufteilung der dem Gesundheitssystem ab dem Jahr 2005 neu zufließenden Mittel, sehen die die Sozialversicherungsgesetze regelnden Artikel vorwiegend technische Umsetzungen der Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vor. In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützen sich die Art. 1 bis 5 auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“) bzw. Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG („Heil- und Pflegeanstalten“).

Art. 7 (6. Ärztegesetz-Novelle)

Durch den Vertrag über den Beitritt der Tschechischen Republik, der Republik Estland, der Republik Zypern, der Republik Lettland, der Republik Litauen, der Republik Ungarn, der Republik Malta, der Republik Polen, der Republik Slowenien und der Slowakischen Republik zur Europäischen Union (Beitrittsvertrag), Amtsblatt der Europäischen Union Nr. L 236 vom 23. September 2003, werden auch die Richtlinie 93/16/EWG des Rates vom 5. April 1993 zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie die Richtlinie 78/686/EWG des Rates vom 25. Juli 1978 für die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise des Zahnarztes und für Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr geändert.

Durch den Entwurf einer 6. Ärztegesetz-Novelle sollen diese Änderungen im Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169, implementiert werden und insbesondere auch der ärztlich gebotene Verweis auf das Ausländerbeschäftigungsgesetz (AuslBG), BGBl. Nr. 218/1975, welches in der Fassung des EU-Erweiterungs-Anpassungsgesetzes, BGBl. I Nr. 28/2004, das Übergangsarrangement hinsichtlich der Beschränkung der Arbeitnehmerfreizügigkeit im Zusammenhang mit der EU-Erweiterung umsetzt, aufgenommen werden.

In diesem Zusammenhang erweisen sich auch die Bestimmungen über die Berufsausübung aufgrund einer Bewilligung als adaptierungsbedürftig.

Darüber hinaus wäre auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer und im Sinne einer konsequenten Verfolgung des Gedankens der Verwaltungsvereinfachung und -ökonomie, auch im Bereich der Selbstverwaltung, eine Ausbildungskommission als Organ der Österreichischen Ärztekammer mit Entscheidungskompetenz einzurichten. Ebenso wäre aufgrund aktuellen Handlungsbedarfs das Wohlfahrtsfondsrecht einigen Adaptierungen zuzuführen.

Abschließend wären einzelne legistische Klarstellungen, etwa im Zusammenhang mit der Führung von öffentlichen Daten in der Ärzteliste, zu treffen.

Art. 8 (Novelle zum Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen)

Im Herbst 2004 einigten sich der Bund und die Länder über die Grundsätze der Weiterführung der im Jahr 1997 begonnenen Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung ab dem Jahre 2005 und kamen in weiterer Folge überein, die Details dieser Einigung in einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neuordnung und Finanzierung des Gesundheitswesens zu regeln.

Unter anderem werden der Strukturfonds bzw. die Landesfonds durch die Bundesgesundheitsagentur bzw. die Landesgesundheitsfonds ersetzt.

Art. 9 (Gesundheitsqualitätsgesetz)

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Absicht verbunden, auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente, allen frei zugängliche und gleichwertige Gesundheitsversorgung in Österreich sicherzustellen. Dem entsprechend ist sektorenübergreifend ein österreichweites, der Effizienzsteigerung dienendes Qualitätssystem für das österreichische Gesundheitswesen einzuführen.

Seit Beginn der 90er Jahre wurde die Durchführung von bundesweit angelegten Qualitätsprojekten initiiert und voran getrieben. Diese Aktivitäten entstanden vielfach als Reaktion auf aktuelle gesundheitspolitische Notwendigkeiten. Dazu zählen u.a. Projekte zu den Themen Qualitätsberichterstattung, Patientinnen- und Patientensicherheit und Vermeidung unerwünschter Ereignisse, Strukturqualitätskriterien, Optimierung des Antibiotika-Einsatzes, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Patientinnen- und Patientenorientierung, Nahtstellenmanagement, Hygiene, Ergebnisqualität und Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik. Eine Vielzahl von Fachexpertinnen und -experten aus der Praxis hat diese Arbeiten inhaltlich getragen und wissenschaftlich entsprechend begleitet. Die Inhalte und Ergebnisse dieser Projekte und Aktivitäten leisten einen Beitrag dazu, bundesweit, berufs- und sektorenübergreifend einheitliche Vorgaben für die Realisierung eines flächendeckenden österreichweiten Qualitätssystems zu entwickeln.

Darüber hinaus ist im Regierungsprogramm vorgesehen, dass zur Absicherung eines einheitlichen bundesweiten Rahmens Qualitätssicherung und Standards auf Bundesebene gesetzlich geregelt werden.

In Entsprechung der oben erläuterten Vorgaben und Aktivitäten wird nunmehr durch den vorliegenden Gesetzentwurf die Implementierung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems sowie die Einhaltung von Qualitätsvorgaben bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen verbindlich vorgeschrieben.

Um die Vielfalt der in den vergangenen Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter entwickeln zu können, bedarf es einer rechtlichen Klammer, welche einerseits ein gesamtstrategisches Vorgehen sichert und andererseits den bislang gepflegten Ansatz der freiwilligen Mitwirkung an Qualitätsaktivitäten im Gesundheitswesen stärker in Richtung verbindliche Qualitätsarbeit lenkt. Der vorliegende Entwurf eines Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen stellt diese neuen Rahmenbedingungen sicher. Er zeigt auf, welche grundsätzlichen (Koordinierungs-)Aufgaben der Bund zur Schaffung eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems im Gesundheitswesen und zur Sicherung der Qualität von Gesundheitsleistungen wahrnehmen wird. Der Gesetzentwurf stellt eine sinnvolle Ergänzung zu den bereits bestehenden qualitätsbezogenen Regelungen dar. Derzeit enthalten etwa 50 Bundesnormen qualitätsrelevante Bestimmungen, welche sich u.a. auf Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, auf die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe, auf Patientinnen- und Patientenrechte und Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich beziehen.

Die inhaltlichen Kernpunkte des Gesetzes beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Standardentwicklung, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamten Qualitätssystems, die Qualitätsberichterstattung, Anreizmechanismen und Kontrollmechanismen zur Qualitätsarbeit. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass sich die Bundesministerin / der Bundesminister in Ausübung ihrer / seiner Aufgaben auf wissenschaftlichen Input unter Sicherung entsprechender Ressourcen stützen kann.

Art. 10 (Gesundheitstelematikgesetz)

Gesellschaftspolitisches Umfeld: Die zunehmende Verwendung von IKT in allen Lebensbereichen wird als Weg in die Informationsgesellschaft bezeichnet. Mit „Gesundheits-Telematik“ wird die Nutzbarmachung und Anwendung dieser Technologien im Gesundheitswesen bezeichnet. Den verstärkten Bemühungen zur Nutzung von Technologien liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass expandierende Informationsmengen (medizinisches Wissen), neue Möglichkeiten der Versorgung auf Grund des rasanten medizinischen und medizintechnischen Fortschritts zu erschließen und der Zwang zu Effizienzsteigerungen nur mit Hilfe adäquater informations- und kommunikationstechnologischer Unterstützung zu bewältigen sein werden. Die Maßnahmen der Europäischen Union zur Beschleunigung des Einsatzes von IKT erweitern den Handlungsbedarf um eine zusätzliche Dimension.

Die besondere Bedeutung der Telematik für das Gesundheitswesen ergibt sich aus der Möglichkeit des multimedialen Datentransfers im Rahmen der medizinischen Vorsorge und Versorgung. Dieser elektronische Datenaustausch deckt sich mit dem, was traditionell erfasst, dokumentiert und ausgetauscht wird: Daten und Abbildungen betreffend den Gesundheitszustand oder den Krankheitsverlauf bzw. zu Erfahrung verdichtetes medizinisches Fachwissen.

Dem evidenten Nutzen des IKT-Einsatzes stehen in der Praxis erhebliche Probleme gegenüber, zu deren Lösung der einzelne Akteur für sich allein aller Voraussicht nach nicht in der Lage ist. Der spezifische Handlungsbedarf zur Erlassung dieses Bundesgesetzes ergibt sich demnach aus der Notwendigkeit,

- das sich beim Transport von Gesundheitsdaten in weitgehend offenen Netzen ergebende Gefahrenpotenzial in Bezug auf mögliche Verletzungen der Vertraulichkeit und der Integrität von Gesundheitsdaten so weit wie möglich zu reduzieren,
- eine österreichweite Harmonisierung unterschiedlicher Ansätze für Datensicherheitsmaßnahmen einzuleiten bzw. den Standard für Datensicherheitsmaßnahmen anzuheben und
- den Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträgern eine breitere Informationsgrundlage für die Bewertung dieser Technologien zur Verfügung zu stellen. Dies nicht zuletzt auch im Hinblick auf die eHealth-Initiativen der Europäischen Union.

Vorarbeiten und Rahmenbedingungen: Von der STRING-Kommission wurden die sogenannten MAGDALENA-Empfehlungen (Medizinisch-administrativer Gesundheitsdatenaustausch-Logisches und Elektronisches Netzwerk Austria) ausgearbeitet, die auch grundlegende Anforderungen an die Sicherheit des elektronischen Gesundheitsdatenaustausches enthalten. Die diesbezüglichen Regelungen des Entwurfs sind daher die normative Umsetzung dieser Expertise.

In Art. 7 der derzeit geltenden Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung haben die Vertragsparteien u.a. vereinbart, „den

Aufbau von Sicherheitsinfrastrukturen“ zu unterstützen und sich damit auf eine kohärente Entwicklung der Gesundheitstelematik in diesem Bereich verständigt.

Im eHealth-Aktionsplan der Kommission (KOM (2004) 356) werden mit ambitionierten zeitlichen Vorgaben gemeinsame Herausforderungen, Pilotprojekte und Aspekte der Zusammenarbeit adressiert, die nicht zuletzt durch die damit verbundene Ergebniskontrolle (Monitoring, Benchmarking und Berichtswesen) die Aktivitäten auf nationaler Ebene beeinflussen.

Maßnahmen zur Verbesserung der Datensicherheit: Im elektronischen Verkehr mit personenbezogenen Daten muss die Identität des Kommunikationspartners bekannt sein. Dies ist im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, weil in einem hohem Ausmaß sensible Gesundheitsdaten Dritter transportiert werden. Der Entwurf sieht daher grundsätzlich eine Identifizierung in elektronischer Form mittels Zertifikaten vor. Ausgenommen davon sollen jene Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner sein, die in den eHealth-Verzeichnisdienst eingetragen sind. Für bestimmte Kommunikationsarten (Server-Server, Client-Server) ist eine abweichende Vorgangsweise aus technischen oder wirtschaftlichen Erwägungen vorgesehen.

Die Kenntnis der Identität des Kommunikationspartners ist allerdings für einen sicheren und vertrauensvollen Transport von sensiblen Gesundheitsdaten nicht ausreichend. Vielmehr dürfen Gesundheitsdaten (schon aufgrund des DSGVO 2000) nur solchen Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartnern zur Verfügung gestellt werden, die zu ihrer Verwendung befugt sind. Dies soll durch den Nachweis bzw. Prüfung ihrer Rolle, die ihre berufliche oder betriebliche Befugnis zur Verwendung der Gesundheitsdaten bescheinigt, sicher gestellt werden. Beim elektronischen Transport der Gesundheitsdaten zwischen berechtigten Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartnern besteht insbesondere in offenen Netzen ferner die Gefahr der unbefugten Einsichtnahme Dritter. Daher sollen in diesen Fällen die von der Informationstechnologie entwickelten kryptographischen Verfahren Anwendung finden. Ein weiteres Gefahrenpotenzial im elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten ist die unbemerkte Veränderung der Daten während des Transports durch Unbefugte. Diese Beeinträchtigung der Datensicherheit soll durch die Verwendung elektronischer Signaturen verhindert werden.

Die qualitativen Anforderungen an die zu verwendenden Zertifikate, Verschlüsselungsmechanismen und elektronische Signaturen werden mit Verordnung präzisiert. Damit soll der außerordentlichen Dynamik in der Entwicklung der IKT und somit auch der Missbrauchsmöglichkeiten mit einer möglichst hohen Flexibilität in der Rechtsanpassung begegnet werden. Die festgelegten bzw. mit Verordnung zu präzisierenden Maßnahmen sind in qualitativer Hinsicht als Mindestanforderungen konzipiert, um eine zweckmäßige Entwicklung des IKT-Einsatzes nicht aus ökonomischen Erwägungen zu behindern, aber doch eine Verbesserung des Status quo zu bewirken. Das bedeutet, dass weder Zertifikate noch Signaturen den besonderen Qualifikationsmerkmalen des Signaturgesetzes entsprechen müssen. Durch die Übergangsbestimmungen wird darüber hinaus die Umstellung ausreichend planbar und der damit verbundene Aufwand in zeitlicher Hinsicht entschärft.

Informationsmanagement: Ein beträchtliches Hemmnis für die Planung und Gestaltung eines bundesweiten Gesundheitsdatenaustausches ist – neben den bekannten Interoperabilitätsproblemen – der Umstand, dass die dafür erforderlichen Strukturinformationen nur unzureichend oder gar nicht verfügbar sind. Von verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens werden Verzeichnisse ihrer Kommunikationspartnerinnen/Kommunikationspartner geführt, die zwar dem eigenen Bedarf entsprechen, deren Führung aber mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Vor dem Hintergrund, auch die Effizienzpotenziale des IKT-Einsatzes in volkswirtschaftlicher Sicht nutzbar zu machen, wurde von der Praxis vehement ein Verzeichnis gefordert, das als Informationsbasis für die technologische Erreichbarkeit der Gesundheitsdiensteanbieterinnen/Gesundheitsdiensteanbieter dienen soll. Nach Meinung von Expertinnen/Experten erscheint hierzu nur ein alle Leistungserstellerinnen/Leistungsersteller umfassendes Directory zweckmäßig zu sein, das insbesondere auch die Integration bestehender Initiativen anstrebt.

Für die Planung und Bewertung des IKT-Einsatzes ist es notwendig, jene Instrumente zu schaffen, mit denen die für die Gesundheitstelematik geeignetsten Aktionsfelder identifiziert und ihre Effekte nachgewiesen werden können. Voraussetzung dafür ist die Erzielung von Transparenz, da erst mit der Verfügbarkeit dieses Wissens eine Absicherung von Entscheidungen ermöglicht wird. Die Grenzen anwenderinnerspezifischer/anwenderspezifischer Grundlagenarbeiten werden insbesondere dann sichtbar, wenn die Sektoren übergreifende Zusammenführung von strukturellen Informationen oder die überregionale Analytik zur Ableitung unterschiedlicher Kenngrößen notwendig bzw. die volkswirtschaftliche Ausrichtung der Entwicklung anhand möglicherweise konfligierender Zielvorstellungen zu forcieren ist. Der Entwurf trägt diesen Erwägungen dahingehend Rechnung, als er die Einrichtung eines speziell auf die IKT im Gesundheitswesen ausgerichteten Monitoring vorsieht. Mit dessen Ergebnissen kann das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen als unmittelbarer Ansprechpartner der Einrichtungen der Europäischen Union und

verschiedener internationaler Organisationen gleichzeitig den Verpflichtungen zur Erteilung entsprechender Auskünfte nachkommen. Insgesamt kann durch die vorliegende Konzeption somit ein mehrfach anfallender Erststellungs- und Wartungsaufwand vermieden, aber der damit erzielte Mehrwert allen Beteiligten zur Verfügung gestellt werden.

Der Gesundheitsausschuss hat die gegenständliche Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 1. Dezember 2004 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich im Anschluss an die Ausführungen des Berichterstatters die Abgeordneten Dr. Erwin **Rasinger**, Manfred **Lackner**, Dr. Kurt **Grünwald**, Theresia **Haidlmayr**, Mag. Johann **Maier**, Ing. Erwin **Kaipel**, Ridi **Steibl**, Elmar **Lichtenegger**, Mag. Christine **Lapp**, Erika **Scharer**, Heidrun **Silhavy**, Karl **Donabauer**, Anna **Höllerer**, Beate **Schasching** sowie die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Maria **Rauch-Kallat** und die Ausschussobfrau Abgeordnete Barbara **Rosenkranz**.

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordneten Dr. Erwin **Rasinger** und Elmar **Lichtenegger** einen Änderungsantrag eingebracht, der wie folgt begründet war:

„Art. 1 (Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten)

Gesetzliche Regelungen über Vorsitzführung und Vertretung sind von Regelungen auf der Ebene interner Geschäftseinteilungen zu unterscheiden.

Art. 2 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes)

Zu Z 1 (§ 84a Abs. 3):

Durch die Änderung des § 84a Abs. 3 ASVG soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass nach Art. 15 Abs. 2 Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Länder und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen vertreten sein sollen, jedoch nicht die Anzahl der Mitglieder festgelegt ist.

Zu Z 2 (§ 84a Abs. 4):

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) nach Art. 26 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Bedarfsfall zu überweisen sind und nicht als Rücklage bereit zu halten sind.

Zu Z 3 (§ 84b Z 3):

Gemäß Art. 11 Abs. 1 Z 6 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sind die Rahmenvorgaben für das Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens in der Bundesgesundheitsagentur im Einvernehmen mit den Ländern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festzulegen. § 84b ASVG soll dahingehend geändert werden, dass den erst einvernehmlich zu beschließenden Rahmenvorgaben nicht vorgegriffen wird.

Art. 7 (Änderung des Ärztegesetzes 1998)

Zu Z 1 und 2 (§ 34):

Die in der Regierungsvorlage vorgeschlagene Adaptierung des § 34 Ärztegesetz 1998 verfolgte das Ziel, aufgetretene Auslegungsprobleme zu beseitigen. Eine jüngst ergangene Berufungsentscheidung zeigt jedoch, dass § 34 leg.cit. in der geltenden Fassung letztlich einer problemlösungsorientierten Auslegung zugänglich ist, sodass sich eine Änderung dieser Bestimmung zumindest derzeit als nicht erforderlich erweist.

Zu Z 3 und 4 (§§ 91 Abs. 4 und 109 Abs. 5):

Die Möglichkeit der Einhebung eines Säumniszuschlags für den Fall, dass Mitwirkungspflichten durch Kammerangehörige verletzt worden sind, wird seitens der ärztlichen Standesvertretung für notwendig erachtet, um letztlich auch einen wirtschaftlichen Ausgleich zwischen jenen Kammermitgliedern, die ihren Verpflichtungen im Zusammenhang mit der Zahlung der Kammerumlage bzw. des Wohlfahrtsfondbeitrags fristgerecht nachkommen und jenen Kammerangehörigen, die diese Verpflichtungen erst nach einer entsprechenden Schätzung, und damit zeitlich verzögert, erfüllen, erreichen zu können.

Art. 10 (Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten und Einrichtung eines Informationsmanagement (Gesundheitstelematikgesetz – GTelG))

Zu Z 1 (§ 1 Abs. 3):

Das Gesundheitstelematikgesetz präzisiert ausschließlich die beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten einzuhaltenden Sicherheitsmaßnahmen. Dass die im DSG 2000 sowie in den verschiedenen Materiengesetzen enthaltenen Bestimmungen, die die Zulässigkeit von Datenanwendungen, die Rechte bzw. den Rechtsschutz der Betroffenen regeln, in keiner Weise berührt werden, wird somit durch den neuen Abs. 3 auch im Gesetzestext klar gestellt.

Zu Z 2 (§ 3):

Die Änderung betrifft lediglich eine sprachliche Präzisierung, die verdeutlichen soll, dass mit dieser Bestimmung keinerlei datenschutzrechtliche Festlegungen getroffen, sondern lediglich auf die technischen Vorgänge im Rahmen der elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten abgestellt werden soll.

Zu Z 3 und 4 (§ 4, § 10 Abs. 1 Z 1 und 6):

Mit den Präzisierungen in den §§ 4 und 10 Abs. 1 Z 1 wird klargestellt, dass die Identifizierung beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten konform zu dem vom E-Government entwickelten und eingeführten Instrumentarium erfolgen soll. Die angestrebte Systemkompatibilität wird damit besonders unterstrichen.

Die Klarstellung in § 10 Abs. 1 Z 6 ist aufgrund einer nicht auszuschließenden raschen Veränderung der Gültigkeit von Verschlüsselungsdaten und der sich daraus ergebenden hohen Verfügbarkeit des eHealth-Verzeichnisdienstes erforderlich. Die Änderung bewirkt demnach, dass nicht die Verschlüsselungsdaten selbst, sondern nur ein Verweis auf ihre Auffindbarkeit in den eHealth-Verzeichnisdienst aufzunehmen ist.“

Bei der Abstimmung wurde der in der Regierungsvorlage enthaltene Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des oben erwähnten Abänderungsantrages der Abgeordneten Dr. Erwin **Rasinger** und Elmar **Lichtenegger** in getrennter Abstimmung teils einstimmig, teils mit Stimmenmehrheit angenommen.

Als Berichterstatter für das Plenum wurde Abgeordneter Dipl.-Ing. Günther **Hütl** gewählt.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle dem **angeschlossenen Gesetzentwurf** die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, 2004-12-01

Dipl.-Ing. Günther Hütl

Berichterstatter

Barbara Rosenkranz

Obfrau