

# Bericht

## des Gesundheitsausschusses

**über die Regierungsvorlage (2243 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegspopferversorgungsgesetz 1957, das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Gesundheitsreformgesetz 2013)**

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit. Die geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, wird einerseits verlängert und andererseits an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst.

Nunmehr sind die für die Umsetzung der genannten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlichen bundesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Im Sinne von Transparenz und Nachvollziehbarkeit erfolgt die Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit – soweit möglich – in einem neuen Gesetz, dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG). Darüber hinaus werden in weiteren Bundesgesetzen die notwendigen Anpassungen vorgenommen.

Mit der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Es wird damit ein wesentlicher Beitrag zur Erfüllung des Österreichischen Stabilitätspakts geleistet. Vor dem Hintergrund der bestehenden Zuständigkeiten verfolgen die nunmehr vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen daher das Ziel, durch moderne Formen einer vertraglich abgestützten Staatsorganisation eine optimale Wirkungsorientierung sowie eine strategische und ergebnisorientierte Kooperation und Koordination bei der Erfüllung der jeweiligen Aufgaben zu erreichen. Es geht um eine den Interdependenzen entsprechende „Governance“ der Zuständigkeiten für die Gesundheitsversorgung, um die Entsprechung der Prinzipien Wirkungsorientierung, Verantwortlichkeit, Rechenschaftspflicht, Offenheit und Transparenz von Strukturen bzw. Prozessen und Fairness und um die Sicherstellung von sowohl qualitativ bestmöglichen Gesundheitsdienstleistungen als auch deren Finanzierung. Durch das vertragliche Prinzip Kooperation und Koordination sollen die organisatorischen und finanziellen Partikularinteressen der Systempartner überwunden werden.

Kern der vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen ist die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems, das eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich garantieren wird sowie die Verpflichtung des Bundes und der gesetzlichen Krankenversicherung an diesem Zielsteuerungssystem mitzuwirken. Im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit stehen die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung im Mittelpunkt. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen solidarischen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr festgelegten Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus geschaffen, der es sicherstellt, Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung an das prognostizierte Wirtschaftswachstum heranzuführen, damit die kontinuierliche Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet und dessen Finanzierung auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

#### **Prinzipien der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheitsreformgesetz 2013):**

- Für Patientinnen und Patienten wird der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig gesichert und ausgebaut.
- Die Steuern und Beiträge der Bevölkerung werden besser zielgerichtet eingesetzt.
- Die Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene werden nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung weiterentwickelt.
- Sowohl Versorgungs- als auch Finanzziele werden festgelegt und ein Monitoring eingeführt, um die Erreichung der Ziele messbar zu machen.
- Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist über die Periode bis 2016 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen (plus 3,6 % pro Jahr).
- Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität.
- Transparente, patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen.
- Verbesserung der Behandlungsprozesse insbesondere durch die Optimierung von Organisationsabläufen und der Kommunikation.
- Forcierung der Einrichtung von multiprofessionellen und integrativen Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen.
- Zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention.

#### **Neue Strukturen im Dienst der Patientinnen und Patienten**

- Die bedarfsorientierte Versorgungs- und Leistungsdichte im akutstationären und ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich wird neu festgelegt.
- Der Anteil der tagesklinischen bzw. der ambulanten Leistungserbringung für festgelegte ausgewählte Leistungen wird erhöht.
- Durch die medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen bzw. in den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien sowie insbesondere niedergelassener Bereich) sollen der vollstationäre Bereich aber auch die Ambulanzen in den Spitälern entlastet werden.
- Zur Sicherstellung der Versorgungswirksamkeit wird der Anteil der ambulanten Versorgungsstruktur mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten und der Anteil interdisziplinärer Versorgungsmodelle in der ambulanten Versorgungsstruktur ausgebaut.
- Die Primärversorgung wird nach internationalem Vorbild auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gestärkt.

#### **Finanzzielsteuerung Neu: Gesicherte Finanzierung des Gesundheitssystems durch Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung**

- Schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,6 %).
- Weiteres finanzierbares Wachstum der Gesundheitsausgaben.
- Vereinbarung eines Ausgabendämpfungspfads, der die qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung wie auch deren nachhaltige Finanzierung sicherstellt.
- Ausgabenobergrenzen und daraus abgeleitete Ausgabendämpfungseffekte in der ersten Periode bis 2016 in der Höhe von 3,430 Mrd. Euro (Länder 2,058 Mrd., SV 1,372 Mrd.).

### **Transparenz und bessere Qualität für die Patientinnen und Patienten**

Ein weiterer wesentlicher Schwerpunkt im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist die Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Dazu wird ein österreichweit einheitliches Qualitätssystem mit folgenden Schwerpunkten auf- und ausgebaut:

- Messung der Ergebnisqualität in Spitälern und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.
- Verpflichtung der Gesundheitsdiensteanbieter zur Sicherstellung der Qualitätsstandards und der Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Unter bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind primär Peer-Review-Verfahren zu verstehen.
- Die Qualitätssicherung im Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erfolgt – wie bisher – durch die Österreichische Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich.
- Die Qualitätsberichte müssen veröffentlicht werden.
- Rechtlich verbindliche Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Bund auf Grundlage des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz).

### **Mehr Prävention und Gesundheitsförderung**

„Länger leben bei guter Gesundheit“ ist eines der Kernziele der Gesundheitsreform 2012/2013. Prävention und Gesundheitsförderung spielen daher eine zentrale Rolle. Um in Zukunft vermehrt auf Prävention zu setzen, wird auf Landesebene jeweils ein gemeinsamer Gesundheitsförderungsfonds von gesetzlicher Krankenversicherung und Land eingerichtet. Die Fonds werden mit insgesamt 150 Millionen Euro für 10 Jahre dotiert. Über die Mittelverwendung entscheidet die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission.

### **Umfassende Kontrolle und Schlichtungsverfahren**

- Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbaren fixe Ziele und verpflichten sich zu einem laufenden Monitoring mit klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten.
- Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen.
- Ein Sanktionsmechanismus wird in folgenden Fällen in Gang gesetzt:
  1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von vereinbarten Zielen,
  2. Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder die Landes-Zielsteuerungsverträge,
  3. Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages oder der Landes-Zielsteuerungsverträge.
- Bei Streitigkeiten über Inhalte des Bundes- und der Landes-Zielsteuerungsverträge ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen.

### **Entscheidungsstrukturen und Organisation**

Im Rahmen der Gesundheitsreform werden folgende Gremien auf Bundesebene durch die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen eingerichtet bzw. verändert:

- Die **Bundesgesundheitskommission (BGK)**: Der an die Reform angepassten Bundesgesundheitskommission werden in Zukunft jeweils neun Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungen angehören und – so wie auch bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie beispielsweise der Österreichischen Ärztekammer und der Patientenanwaltschaft. Für Beschlüsse sind eine Stimmenmehrheit des gesamten Gremiums und eine  $\frac{3}{4}$ -Mehrheit der Vertreterinnen/Vertreter von Bund, Ländern und Sozialversicherung notwendig (doppelte Mehrheit). Zu den Aufgaben der Bundesgesundheitskommission zählen unter anderem die Weiterentwicklung des Systems der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) und die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele für Österreich.
- Die neu geschaffene **Bundes-Zielsteuerungskommission (BZK)**: Zur Umsetzung des Zielsteuerungssystems kommt diesem neu geschaffenen Gremium eine zentrale Rolle zu. Der Bundes-Zielsteuerungskommission gehören je vier Vertreterinnen/Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung an. Beschlüsse werden einvernehmlich gefasst. Zentrale Aufgabe der Bundes-Zielsteuerungskommission ist die Abstimmung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags, sowie beispielsweise die Festlegung des Jahresarbeitsprogramms und die Wahrung von Agenden des Sanktionsmechanismus. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag wird von Bund, Ländern und Hauptverband der Sozialversicherungsträger unterschrieben.

Des Weiteren sollen auf Landesebene auf Basis der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit durch landesgesetzliche Einrichtung bzw. Veränderung folgende Gremien eingerichtet werden:

- Die **Gesundheitsplattform auf Landesebene**: Jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes und der gesetzlichen Krankenversicherung sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes sollen mit Stimmrecht vertreten sein: Weitere Mitglieder – wie bisher – Vertreterinnen/Vertreter der Interessensvertretungen wie etwa der jeweiligen Landesärztekammer und der Patientenanwaltschaft. Die Aufgaben der Gesundheitsplattform korrespondieren mit denen der Bundesgesundheitskommission auf Bundesebene, also etwa das LKF-System und die Gesundheitsziele.
- Die neu geschaffene **Landes-Zielsteuerungskommission (LZK)**: Dem neu geschaffenen Gremium sollen jeweils fünf Vertreterinnen/Vertreter des Landes sowie der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, wobei beide in Kurien organisiert sein sollen, sowie eine Vertreterin/ein Vertreter des Bundes. Um einen Beschluss herzustellen, soll Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sein. Der Bund hat ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (zB Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien, etc.) verstößt. In der Landes-Zielsteuerungskommission wird der Landes-Zielsteuerungsvertrag erarbeitet. Damit werden auf dieser Ebene die Behandlungsprozesse und somit die Strukturen gemeinsam geplant und gesteuert.

#### **Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Landes-Zielsteuerungsverträge**

Auf Grundlage des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird ein Bundes-Zielsteuerungsvertrag ausgearbeitet. Basierend auf diesem Vertrag werden auf Landesebene detaillierte Landes-Zielsteuerungsverträge erstellt und abgeschlossen. Vor dem Hintergrund der privatrechtlichen Natur der Zielsteuerungsverträge ist diese hier vorgenommene inhaltliche Determinierung kompetenz- und verfassungsrechtlich zulässig.

Die bundesgesetzliche Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit sowie der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG, mit der die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, geändert wird, erfolgt im Hinblick auf die zentrale Bedeutung der nunmehr zu implementierenden partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit im wesentlichen durch die Erlassung des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit. Durch die Regelung in einem eigenen Bundesgesetz wird eine entsprechende Transparenz und Nachvollziehbarkeit der einzurichtenden partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit gewährleistet und der Intention der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit einer sektorenübergreifenden gemeinsamen Steuerung und Planung Rechnung getragen, womit auch klar ist, dass eine solche Regelung nicht in einzelnen Materiengesetzen, wie den Sozialversicherungsgesetzen oder dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz erfolgen kann.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen in den Art. 2 bis 16 dieser Sammelgesetznovelle sollen das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Sozialversicherungsrecht (das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz), das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Sonderunterstützungsgesetz, das Heeresversorgungsgesetz, das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 und das Familienlastenausgleichsgesetz 1967, sowie das Gesundheitsqualitätsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie an die geänderte Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die insbesondere auch die Fortschreibung der finanzausgleichsbezogenen Bestimmungen beinhaltet, angepasst werden.

Die Art. 2 bis 16 sehen somit vorwiegend technische Umsetzungen der beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG vor.

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik und somit der partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit ist die Gewährleistung einer für alle in Österreich lebende Menschen frei zugänglichen, regional ausgewogenen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung und deren langfristige Finanzierbarkeit. Eine Grundlage dafür ist eine qualitativ hochstehende Gesundheitsdokumentation, die es ermöglicht, die wesentlichen Faktoren einer integrierten Gesundheitsversorgung transparent zu machen.

Die Zwecke der Dokumentation und der mit der Novellierung einzuführenden Pseudonymisierung gesundheitsbezogener Daten aus dem stationären und dem intramural und extramural ambulanten

Versorgungsbereich sind in § 1 der Neufassung des Dokumentationsgesetzes (Artikel 17 dieser Sammelgesetznovelle) festgelegt.

Mit der vorliegenden Novelle zum Dokumentationsgesetz wird für den ambulanten Bereich ab 2014 eine Datengrundlage geschaffen werden, die zum einen mit der Dokumentation im stationären Bereich vergleichbar ist und damit einen umfassenden und vergleichbaren Überblick über alle Sektoren der Gesundheitsversorgung ermöglicht. Zum anderen sollen krankheitsfallbezogene Behandlungsabläufe episodien- und sektorenübergreifend beobachtet und analysiert werden können. Zur Erreichung dieses Ziels bei gleichzeitiger Wahrung des Datenschutzes wird die Pseudonymisierung sämtlicher Datensätze vorgesehen – in einem ersten Schritt in der Dokumentation des ambulanten Bereichs im Rahmen von Modellprojekten, ab 1. Jänner 2014 bundesweit im intra- und extramuralen ambulanten Bereich und ab 1. Jänner 2015 in allen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen.

Bei der Pseudonymisierung wird ein Pseudonym mittels eines automatisierten Rechenvorgangs erstellt. Mit Hilfe der Pseudonymisierung können Behandlungsabläufe sektorenübergreifend dargestellt werden, ohne dass auf die Identität einzelner PatientInnen rückgeschlossen werden kann. Es wird damit erstmals in Österreich verlässlich festgestellt werden können, wie viele Personen von welchen Krankheiten betroffen sind (dies lässt sich mit Informationen lediglich über die Anzahl an Arztkontakten nicht eruieren) und damit ein Quantensprung für die Schaffung epidemiologischer Informationsgrundlagen erreicht werden. Darüber hinaus wird nachvollziehbar sein, welchen Weg durch das Gesundheitssystem ein und dieselbe Person im ein und demselben Krankheitsfall zurücklegt, wo Versorgungsdefizite bestehen und wo Hemmnisse und Hindernisse einen reibungslosen Behandlungsablauf verzögern (zumal der Zeitfaktor bei der Behandlung vieler Krankheiten eine entscheidende Rolle spielt und daher reibungslose Kooperationen und Abläufe einen Qualitätsgewinn für die PatientInnen und auch einen Effizienzgewinn für das System bedeuten).

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit der bei ihm eingerichteten Pseudonymisierungsstelle ist Dienstleister des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Pseudonymisierung erfolgt bei Pfleglingen bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern unter Nutzung eines bereichsspezifischen Personenkennzeichens gemäß E-Government Gesetz – E-GovG, BGBl. I Nr. 10/2004, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 7/2008, und bei Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern unter Nutzung der Vertragspartnerkennung im Hauptverband als Ausgangsparameter für die Errechnung des eigentlichen Pseudonyms innerhalb eines vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellten Hardware Security Moduls (HSM). Der für die Errechnung des Pseudonyms zu verwendende Algorithmus ist dem Bundesminister für Gesundheit, dem Hauptverband und der im Hauptverband eingerichteten Pseudonymisierungsstelle nicht bekannt.

Die konkreten Prozessschritte des Pseudonymisierungsvorganges sind aus den besonderen Erläuterungen zu Artikel 17 /Z 10 und 12 ersichtlich.

#### **Datenschutzrechtliche Überlegungen**

Gesundheitsdaten sind gemäß § 4 Z 2 Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, als sensible Daten besonders schutzwürdig iSd § 1 Abs. 2 DSG 2000. Für die Verwendung sensibler Daten fordert § 1 Abs. 2 DSG 2000 eine gesetzliche Grundlage, die insbesondere wichtigen öffentlichen Interessen dienen muss und angemessene Garantien zum Schutz des Geheimhaltungsinteresses des Betroffenen festlegt. Dies umfasst ua. die Festlegung von entsprechenden Datensicherheitsmaßnahmen. Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und ökonomisch langfristig abgesicherten Gesundheitsversorgung stellt zudem ein „wichtiges öffentliches Interesse“ dar. Auch die Judikatur des VfGH zum Begriff des „wichtigen öffentlichen Interesses“ sieht dieses als gegeben an, wenn eine Maßnahme zu einer „möglichst kostengünstigen Steuerung des Gesundheitswesens“ beiträgt (VfSlg. 17.869/2006) oder „der Aufrechterhaltung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dient“ (VfSlg. 17.500/2005).

Die vorliegende Gesetzesnovelle bedient sich für die Pseudonymisierung der Pfleglinge bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfänger zum Teil bereits bestehender und etablierter Mechanismen und gesetzlich geregelter Grundlagen aus dem Bereich E-Government. Ausgangsparameter ist dabei ein bereichsspezifisches Personenkennzeichen „Gesundheitsdokumentation“ (bPK „GH-GD“), das ausschließlich für den Zweck der Gesundheitsdokumentation verwendet wird und somit den Datenschutz zusätzlich verstärkt, da damit eine Zusammenführung mit anderen Gesundheitsdaten ausgeschlossen ist. Für die Pseudonymisierung der Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer kommt analog dazu die Vertragspartnerkennung im Hauptverband als Ausgangsparameter zur Anwendung. Die Errechnung des eigentlichen Pseudonyms erfolgt in beiden Fällen innerhalb eines Hardware Security Moduls (HSM).

Da mit der Technik der hier vorgesehenen Pseudonymisierung der Daten von Pfleglingen bzw. Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern sowie Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern die

mit der Gesundheitsdokumentation im Allgemeinen und mit der Zielsteuerung-Gesundheit im Besonderen verbundenen Zielsetzungen erreicht werden können, ist diese als das gelindeste zur Verfügung stehende Mittel anzusehen.

### **Kompetenzrechtliche Ausführungen**

Im Mittelpunkt des vorliegenden Gesetzesentwurfes steht der von Bund, Ländern und Sozialversicherung neu gewählte Ansatz, die Zielsteuerung auf dem Gebiet der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen sowohl im intra- als auch extramuralen Bereich durch privatrechtliche Verträge samt eines darin enthaltenen Sanktionsregimes sui generis vorzunehmen („Zielsteuerung-Gesundheit“). Kompetenzgrundlage sind Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das Bundesgebiet erstrecken“), Art. 10 Abs. 1 Z 11 („Sozialversicherungswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 („Gesundheitswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 15 B-VG („Fürsorge für Kriegsteilnehmer“), Art. 10 Abs. 1 Z 17 B-VG („Lastenausgleich im Interesse der Familien“) und Art. 12 Abs. 1 Z 1 („Heil- und Pflegeanstalten“) B-VG, die auch zu außenwirksamen Regelungen privatwirtschaftlichen Handelns ermächtigen.

Der Gesundheitsausschuss hat die gegenständliche Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 9. April 2013 in Verhandlung genommen. An der Debatte beteiligten sich außer der Berichterstatterin Abgeordnete Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS die Abgeordnete Dr. Andreas **Karlsböck**, Dr. Erwin **Rasinger**, Dr. Kurt **Grünwald**, Dr. Wolfgang **Spadiut**, Karl **Donabauer**, Renate **Csörgits**, Karl **Öllinger**, Dietmar **Keck**, August **Wöginger**, Johann **Hechtl** und Ridi Maria **Steibl** sowie der Bundesminister für Gesundheit Alois **Stöger**, diplômé und die Ausschussobfrau Abgeordnete Dr. Dagmar **Belakowitsch-Jenewein**.

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordnete Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS und Dr. Erwin **Rasinger** einen Abänderungsantrag eingebracht, der wie folgt begründet war:

#### **„Zu Art. 1 (§ 31 Abs. 3 Z 2 G-ZG):**

Die bei Nicht-Zustandekommen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages für ein Jahr befristet festgelegten handlungsleitenden Vorgaben des Bundesministers/ der Bundesministerin für Gesundheit im Hinblick auf bestehende Dissens-Punkte bzw. auf allenfalls fehlende Punkte sind zum Zwecke der Transparenz zu veröffentlichen.

#### **Zu Art. 2 Z 1a und 16; Art. 14 Z 1a (§§ 3a Abs. 4 und 65b Abs. 1 KAKuG; § 52c Abs. 6 ÄrzteG 1998):**

Es handelt sich um die Beseitigung eines Redaktionsversehens bei der Erstellung der Regierungsvorlage. Das Absehen eines neuerlichen Bewilligungs- bzw. Zulassungsverfahrens soll nicht nur für bettenführende Krankenanstalten, sondern auch für selbständige Ambulatorien und Gruppenpraxen gelten.“

Bei der Abstimmung wurde der in der Regierungsvorlage enthaltene Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des oben erwähnten Abänderungsantrages der Abgeordnete Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS und Dr. Erwin **Rasinger** mit Stimmenmehrheit (**dafür:** S, V **dagegen:** F, G, B) beschlossen.

Ein weiterer im Zuge der Debatte von den Abgeordneten Dr. Kurt **Grünwald**, Kolleginnen und Kollegen eingebracht Abänderungsantrag fand keine Mehrheit (**für den Antrag:** G, B **dagegen:** S, V, F).

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordnete Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS und Dr. Erwin **Rasinger**, einen selbständigen Entschließungsantrag gem. § 27 Abs. 3 GOG-NR betreffend Zielsteuerung Gesundheit, Information des Nationalrats eingebracht, der einstimmig beschlossen wurde.

Dieser selbständige Entschließungsantrag war wie folgt begründet:

„Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit werden wesentliche Aufgaben der sektorenübergreifenden Versorgung, Planung und Finanzierung des Gesundheitssystems dem partnerschaftlichen Zielsteuerungssystem übertragen. In diesem Zusammenhang erscheint es erforderlich, für eine der gesundheitspolitischen und finanziellen Bedeutung dieses neu geschaffenen Zielsteuerungssystems entsprechende regelmäßige Information des Nationalrates vorzusorgen.“

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle

1. dem **angeschlossenen Gesetzentwurf** die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen;
2. die **angeschlossene EntschlieÙung** annehmen.

Wien, 2013 04 09

**Dr. Sabine Oberhauser, MAS**

Berichterstatterin

**Dr. Dagmar Belakowitsch-Jenewein**

Obfrau