

Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Doris Bures
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0324-I/A/15/2015

Wien, am 23. November 2015

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 6527/J der Abgeordneten Marcus Franz, Kolleginnen und Kollegen nach
den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Einleitend wird festgehalten, dass zur vorliegenden parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt wurde, die zur Beantwortung einzelner Fragen herangezogen wurde.

Fragen 1 bis 3:

- *Welche Maßnahmen haben Sie gesetzt, um die Prävalenz für Hepatitis C in Österreich präzise berechnen und belegen zu können?*
- *Wenn keine, wann und wie werden die notwendigen Abfragen durchgeführt werden?*
- *Wie hoch ist nunmehr die genaue Prävalenz für Hepatitis B + C in Österreich (im 10-Jahresvergleich sowie im ersten Halbjahr 2015)?*

Surveillancedaten aller in Österreich meldepflichtigen Krankheiten werden über das epidemiologische Meldesystem (EMS) generiert. Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) ist seit Ende 2013 von meinem Ressort mit der Qualitätssicherung der Daten sowie der epidemiologischen Überwachung und Statistik meldepflichtiger Krankheiten beauftragt. Gemäß AGES stehen gegenwärtig folgende Surveillancedaten zu Hepatitis B und Hepatitis C zur Verfügung (Quelle: EMS für meldepflichtige Krankheiten für 2009 bis 2014 und Jahrestabellen/BMG vor 2009). Eine Angabe zur Hepatitis B- und C-Inzidenz ist möglich (neu diagnostizierte Fälle), nicht jedoch der Prävalenz. Da Hepatitis B- und C-Infektionen häufig als chronische Erkrankung verlaufen (~10 % von Hepatitis B Fällen¹ und 80 % von Hepatitis C²),

¹ Lee WM: **Hepatitis B Virus Infection.** *N Engl J Med* 1997, 337:1733-1745

² Lauer GM, Walker BD: **Hepatitis C virus infection.** *N Engl J Med* 2001, 345:41-52

bedarf es für eine Abschätzung der Prävalenz (d.h. Gesamtzahl der an Hepatitis B bzw. C erkrankten Personen in einer definierten Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt) neben den Inzidenzdaten seit dem Jahr der Einführung der Meldepflicht auch der Daten zum Erkrankungsausgang (Heilung, Tod). Diese Daten sind jedoch derzeit nicht Teil der Meldepflicht und daher nur unvollständig erhoben.

Die Zahl der neu diagnostizierten Fälle von Hepatitis B und C und die daraus resultierenden Inzidenzen von Hepatitis B und C (i.e. neu diagnostizierte Fälle von Hepatitis B und C/100.000 Personen) wird seit 2009 mittels epidemiologischem Meldesystem (EMS) erfasst, diese sind in den Tabellen 1 und 2 dargestellt. Für die Jahre 2005 bis 2008 können keine verlässlichen Angaben zur Inzidenz gemacht werden, da eine Entflechtung der Fälle in neudiagnostizierte und prävalente Fälle nicht möglich ist. Der scheinbare Anstieg der Inzidenz im Jahr 2014 ist auf eine Adaptierung des Meldesystems für Laboratorien zurückzuführen: seit Beginn des Jahres 2014 müssen Laboratorien direkt in das elektronische Meldesystem anmelden, daher ist eine zeitnahe Information möglich.

Tabelle 1. Anzahl der im Surveillancejahr neu-diagnostizierten Hepatitis C Fälle und Inzidenz der neu-diagnostizierten Hepatitis C (pro 100.000 Einwohner) nach Bundesland und Österreich gesamt

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Burgenland	N Fälle	28	25	31	24	11	50
	Inzidenz	9.9	8.8	10.9	8.4	3.8	17.4
Kärnten	N Fälle	10	12	32	12	12	28
	Inzidenz	1.8	2.2	5.7	2.2	2.2	5.0
Niederösterreich	N Fälle	281	201	210	224	208	396
	Inzidenz	17.5	12.5	13.0	13.9	12.9	24.4
Oberösterreich	N Fälle	163	130	135	119	152	257
	Inzidenz	11.6	9.2	9.6	8.4	10.7	18.0
Salzburg	N Fälle	71	80	84	60	60	180
	Inzidenz	13.5	15.2	15.9	11.3	11.3	33.7
Steiermark	N Fälle	38	43	33	39	36	85
	Inzidenz	3.2	3.6	2.7	3.2	3.0	7.0
Tirol	N Fälle	29	15	14	35	84	122
	Inzidenz	4.1	2.1	2.0	4.9	11.7	16.9
Vorarlberg	N Fälle	31	32	42	37	22	147
	Inzidenz	8.4	8.7	11.4	10.0	5.9	39.2
Wien	N Fälle	232	323	510	504	384	562
	Inzidenz	13.8	19.1	29.9	29.4	22.1	31.8
Österreich ges.	N Fälle	883	861	1091	1054	969	1827
	Inzidenz	10.6	10.3	13.0	12.5	11.5	21.5

Tabelle 2. Anzahl der im Surveillancejahr neu-diagnostizierten Hepatitis B Fälle und Inzidenz der neu-diagnostizierten Hepatitis B (pro 100.000 Einwohner) nach Bundesland und Österreich gesamt

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Burgenland	N Fälle	13	13	8	13	4	19

	Inzidenz	4.6	4.6	2.8	4.5	1.4	6.6
Kärnten	N Fälle	4	12	10	3	6	3
	Inzidenz	0.7	2.2	1.8	0.5	1.1	0.5
Niederösterreich	N Fälle	160	113	123	161	144	211
	Inzidenz	10	7	7.6	10	8.9	13
Oberösterreich	N Fälle	148	145	128	90	131	151
	Inzidenz	10.5	10.3	9.1	6.4	9.2	10.6
Salzburg	N Fälle	62	58	55	46	51	120
	Inzidenz	11.8	11	10.4	8.7	9.6	22.5
Steiermark	N Fälle	39	12	16	18	21	62
	Inzidenz	3.2	1	1.3	1.5	1.7	5.1
Tirol	N Fälle	35	42	25	48	61	57
	Inzidenz	5	6	3.5	6.7	8.5	7.9
Vorarlberg	N Fälle	29	19	18	18	13	70
	Inzidenz	7.9	5.2	4.9	4.9	3.5	18.7
Wien	N Fälle	228	298	372	444	276	473
	Inzidenz	13.6	17.6	21.8	25.9	15.9	26.8
Österreich gesamt	N Fälle	698	690	734	826	695	1166
	Inzidenz	8.4	8.3	8.8	9.8	8.2	13.7

Die aktuelle Prävalenz der Hepatitis C in der Österreichischen Bevölkerung wird von Expert/inn/en auf etwa 30.000 bis 45.000, die Prävalenz der Hepatitis B auf etwa 42.000 Personen geschätzt.

Expert/inn/en der zuständigen Fachbereiche meines Ressorts und der AGES arbeiten in regelmäßigen Abständen in einer Arbeitsgruppe zum EMS an den Verbesserungen desselben. Die Verbesserung der Datenlage zu Hepatitis C hat dabei hohe Priorität.

Fragen 4 bis 14:

- Welche Schritte hat das BMG bereits gesetzt, die 2014, auch unter österreichischer Beteiligung verabschiedete Empfehlung der WHO zur Implementierung von Strategien gegen Virus-Hepatitis umzusetzen?
- Welche Stellen und Einrichtungen wurden in dieser Sache um eine Mitarbeit bzw. Stellungnahme gebeten?
- Bis wann ist mit einem Entwurf bzw. einer Implementierung zu rechnen?
- Welche Schritte hat das BMG bereits gesetzt, einen österreichweiten Aktionsplan gegen Virus-Hepatitis nach internationalen Vorbildern (wie z.B. Deutschland, Schottland, Frankreich oder Australien) zu erarbeiten und umzusetzen?
- Bis wann ist mit einem Entwurf bzw. einer Implementierung zu rechnen?
- Welche Initiativen zur Erarbeitung und Unterstützung eines Aktionsplanes auf regionaler Ebene regt an und fördert das BMG?
- Wie arbeitet hier das BMG mit den Bundesländern zusammen?
- Welche Initiativen zur Erarbeitung und Unterstützung eines Aktionsplanes auf europäischer Ebene regt an und fördert das BMG?
- Welchem Zeitplan wird hierbei gefolgt?

- *Wenn nein, warum werden solche europäischen Initiativen nicht auch auf nationaler Ebene vom BMG initiiert?*
- *Welche strategischen Überlegungen stellen Sie in Ihrem Ressort an, wie mit Hepatitis C und der Möglichkeit einer vollständigen Ausrottung der Krankheit in Österreich und Europa umgegangen werden kann?*

In der Resolution WHA67.6 gibt die WHO unter anderem Empfehlungen für die Bereiche Prävention, Diagnose, Behandlung und Surveillance viraler Hepatitis. Die Umsetzung der Empfehlungen in den unterschiedlichen Bereichen wird als laufender Prozess gesehen. Aus diesem Grund kann daher auch kein finales Datum genannt werden, bis zu dem ein Entwurf bzw. die Implementierung der WHO-Resolution auf nationaler Ebene umgesetzt sein wird.

Mein Ressort steht unabhängig von den Empfehlungen der WHO zum Zweck der Weiterentwicklung von Maßnahmen auf den Gebieten Prävention, Surveillance und Diagnostik viraler Hepatitis in regelmäßiger Austausch mit einschlägigen Expert/inn/en aus den verschiedenen Disziplinen. Fragestellungen hinsichtlich Therapie obliegen den zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Im Bereich Blutsicherheit werden im Rahmen der Eignungsuntersuchung eines Spenders/einer Spenderin von Blut oder Blutbestandteilen Personen mit einer bestätigten Infektion mit Hepatitis B Virus-HBV (außer HBsAg-negative Personen, deren Immunität nachgewiesen wurde) und Personen mit Hepatitis C Virus-HCV dauernd von der Blutspende ausgeschlossen.

Personen, die infektionsgefährdenden Kontakt mit einer an Hepatitis B oder C erkrankten Person hatten, werden für die Dauer von zwölf Monaten ab diesem Ereignis von der Blutspende ausgeschlossen.

Für die Dauer von 12 Monaten werden von einer Blutspende auch Personen ausgeschlossen, die sich einem Risiko für eine Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere mit HIV und HBV, ausgesetzt haben. Weiters werden Personen, die eine Hepatitis B-Immunglobulingabe erhalten haben, für die Dauer von 12 Monaten nach erfolgter Immunisierung von der Blutspende ausgeschlossen.

Für die Dauer von zwölf Monaten von der Blutspende werden auch Personen ausgeschlossen, die sich außerhalb von medizinischen Einrichtungen Ohren, Nasen oder andere Körperstellen durchstechen ließen (z.B. Piercing) oder einer Tätowierung unterzogen haben.

Darüber hinaus werden Personen, die in den letzten zwölf Monaten eine Bluttransfusion erhalten oder im Rahmen eines chirurgischen Eingriffs oder einer schweren Verletzung große Blutverluste erlitten haben, für die Dauer von sechs Monaten ab diesem Ereignis von der Blutspende ausgeschlossen.

Entsprechend den Empfehlungen der WHO wurde die Hepatitis B-Impfung bereits 1996 in Österreich im Säuglingsalter empfohlen, eine Auffrischung bzw., falls bis dahin noch nicht stattgefunden, eine Grundimmunisierung gegen Hepatitis B wurde bereits damals spätestens zu Beginn des 13. Lebensjahres empfohlen.

Im Jahr 2000 wurde für Säuglinge ein Kombinationsimpfstoff mit Komponenten gegen invasiven Haemophilus influenzae und Hepatitis B (HIB-HBV) empfohlen. Seit 2001 standen schließlich Sechsfach-Impfstoffe kostenfrei im Rahmen des Impfkonzepts zur Verfügung.

Im Schulalter war die Hepatitis B-Impfung seit Beginn des kostenfreien Impfkonzepts im Jahr 1998 empfohlen und enthalten.

Entsprechend dem österreichischen Impfplan 2015 werden Kinder in Österreich derzeit mit dem Sechsfach-Impfstoff gegen Hepatitis B im 3., 5. und 12. Lebensmonat grundimmunisiert, eine Auffrischungsimpfung bzw. Nachholen der Grundimmunisierung ist ab dem vollendeten 6. bis zum vollendeten 15. Lebensjahr empfohlen. Entsprechend den WHO-Empfehlungen soll jeder gegen Hepatitis B geimpft sein, dies ist auch im österreichischen Impfplan verankert.

Weiters wird hinsichtlich Prävention auch auf die „Nadelstichverordnung“ (NastV, BGBl. II Nr. 16/2013) und die „Nadelstichverordnung Bund“ (B-NastV, BGBl. II Nr. 50/2015) verwiesen, welche den sicheren Umgang mit scharfen und spitzen medizinischen Instrumenten im Krankenhaus- und Gesundheitssektor und an vergleichbaren Arbeitsplätzen im Labor- und Veterinärbereich regeln. Durch die Implementierung dieser Verordnungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen Verletzungen durch scharfe oder spitze medizinische Instrumente verhindert und das damit verbundene Risiko einer Übertragung von Hepatitis C minimiert werden.

Einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Hepatitis B- und C-Infektionen leisteten und leisten auch sämtliche HIV/AIDS Präventions- und Aufklärungsaktivitäten vor allem im Bereich von Personengruppen mit erhöhtem Risikoverhalten.

Vor dem Hintergrund der zahlreichen Aktivitäten wird daher derzeit keine fachliche Notwendigkeit zur Erstellung eines Aktionsplans gesehen.

Frage 15:

- *Wie werden die rund EUR 4 Millionen verwendet, die künftig im Gesundheitssystem verbleiben könnten, da rund 30 Leber-Transplantationen pro Jahr durch den Einsatz der neuen HCV Medikamente verhindert werden können?*

Lebertransplantationen werden nicht nur auf Grund von Hepatitis B- und C-Erkrankungen durchgeführt. Die auf Grund der medikamentösen Behandlung

verhinderten Transplantationen könnten zumindest teilweise an Personen durchgeführt werden, die eine Transplantation aus anderen Gründen benötigen. Daher bleibt abzuwarten, wie viele Mittel tatsächlich im Gesundheitssystem verbleiben.

Fragen 16 bis 21:

- Wie rechtfertigen Sie es, dass nur jene HCV-Patientinnen und Patienten eine Therapie erhalten, die den schlechtesten Gesundheitszustand aufweisen?
- Warum wird Patientinnen und Patienten erst dann eine Behandlung genehmigt, wenn diese von jeglichem gesellschaftlichen Leben und dem Berufsleben ausgeschlossen sind?
- Weshalb fördert das BMG Therapien nicht sofort nach Auftreten der Erkrankung, sodass die Patientinnen und Patienten noch möglichst lange am Arbeitsprozess teilhaben können und sie und ihre Familien nicht an den gesellschaftlichen Rand gedrängt werden?
- Welche Änderungen in der Förderung der Krankenbehandlung wird das BMG setzen, angesichts der Tatsache, dass herkömmliche Therapieansätze mit Interferon nur zu rund 40%, neuartige Therapieoptionen mit Protease-Inhibitoren jedoch 95% Heilungserfolg aufweisen?
- Warum sieht das BMG angesichts jener neuen Optionen in vielen Fällen immer noch eine Therapie für ausreichend und zweckmäßig an, die für die Betroffenen oft über die gesamte Therapiedauer von mindestens 12 Monaten schwere Nebenwirkungen und Co-Morbiditäten bedeutet sowie oft Arbeitslosigkeit bzw. -unfähigkeit zur Folge hat?
- Wie setzen Sie sich als zuständige Ministerin – im Zusammenwirken mit den Krankenkassen – für einen Kostenzuschuss bzw. Kostenübernahme im Bereich neuer Medikationen für Hepatitis C-Behandlungen ein?

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger teilt zu diesen Fragen Folgendes mit:

„Zusätzlich zu bisher verfügbaren Kombinationstherapien sind ‚moderne‘ Arzneispezialitäten zur Behandlung von HCV bereits seit letztem Jahr im Rahmen der rechtlichen Bestimmungen zugänglich. Sovaldi befindet sich seit dem 1. November 2014, Harvoni seit 1. August 2015 und Viekirax/Exviera seit 1. Oktober 2015 im Gelben Bereich des Erstattungskodex (EKO). Aktuell wird über eine mögliche Aufnahme von einem weiteren Medikament – Daklinza – in den EKO verhandelt (derzeit im Roten Bereich des EKO).“

Diese neuen Arzneispezialitäten sind mit Verbesserungen in der Behandlung Betroffener verbunden (hohe Heilungsraten bei guter Verträglichkeit), stellen aber erhebliche Kosten für die Sozialversicherung dar. Abhängig vom Krankheitsstadium und anderen Variablen (wie Genotyp, Vortherapien etc.) dauert eine Therapie mit diesen neuen Arzneispezialitäten 8, 12 oder 24 Wochen.

Der Einsatz der modernen Medikamente stellt derzeit bereits den Regelfall dar, die Kombination von Interferon mit Ribavirin alleine ist heutzutage nicht mehr die

Standardtherapie, sondern als besondere Ausnahme zu sehen. Vor dem Hintergrund der bereits im EKO verfügbaren neuen Arzneispezialitäten entspricht eine in der Anfrage beschriebene Therapiedauer von 12 Monaten nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und wird daher auch nicht als zweckmäßig erachtet.

Ergänzend ist aber festzuhalten, dass auch die Kombination bestimmter moderner Medikamente mit den ‚älteren‘ Wirkstoffen (also gemeinsam mit Interferonen und/oder Ribavirin) sehr wirkungsvoll ist (virologisches Ansprechen bei mehr als 90 % der Patienten) und in einigen Konstellationen einen hohen medizinischen Stellenwert hat bzw. auch die modernen Therapien in manchen Fällen über 24 Wochen andauern sollten.

Zum Krankheitsverlauf der Hepatitis C ist festzuhalten, dass es bei einigen HCV-infizierten Personen als Folge der Infektion zu klinisch relevanten Leberkrankheiten (vor allem Zirrhose infolge eines Gewebeumbaus) kommt, während andere HCV-Infizierte auch über viele Jahre oder sogar Jahrzehnte hinweg keine klinisch relevanten Leberveränderungen entwickeln bzw. beschwerdefrei sind.

Die Darstellung, dass nur Personen, die einen schlechten Gesundheitszustand haben oder vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen sind, eine moderne Therapie erhalten, ist unzutreffend. Aktuell werden für die Behandlung mit diesen neuen Medikamenten nicht – wie in der Anfangsphase – Patient/inn/en priorisiert, die eine Therapie am dringendsten benötigen und für die keine anderen Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Vielmehr werden auch solche mit moderaten Leberveränderungen (Fibrosegrad 2) behandelt. Dies trotz der hohen Therapiekosten, die bei der Behandlung von Patient/inn/en mit einer chronischen Hepatitis C anfallen. Zahlreiche andere, darunter auch nord- und westeuropäische Länder, haben einen ähnlichen Weg eingeschlagen. Ein solches Procedere ist im Einklang mit den Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für die Erforschung von Lebererkrankungen (EASL guidelines 2015).

Demgemäß sollen Patienten behandelt werden, die bereits eine Leberzirrhose (entspricht einem Fibrosegrad 4, F4) im Rahmen der chronischen HCV-Infektion entwickelt haben, um den Krankheitsverlauf zu stabilisieren, eine weitere Verschlechterung zu vermeiden und die Entstehung von Folgeerkrankungen (wie Lebertumoren) abzuwenden. Die neuen Therapien sollen aber auch schon für Patient/inn/en bereitgestellt werden, bei denen ein deutlicher Gewebeumbau in der Leber eingesetzt hat (Fibrosegrad 3, F3). Eine Behandlung der HCV-Infektion in dieser Phase ist sinnvoll, um ein weiteres Fortschreiten des Gewebeumbaus, also die Entwicklung einer Leberzirrhose, zu verhindern und somit der Ausbildung von klinisch relevanten Leberfunktionsstörungen und anderen Folgekrankheiten vorzubeugen. Der Einsatz der neuen Therapien wird auch bei einer moderat

fortgeschrittenen Leberveränderung (Fibrosegrad 2, F2) als gerechtfertigt betrachtet und seit August 2015 erstattet.

Dass die Kostenerstattung, wie in der Einleitung zur Anfrage ausgeführt, je nach Krankenkasse unterschiedlich erfolge, ist nicht nachvollziehbar. Die Erstattung orientiert sich bei allen Krankenversicherungsträgern an den einheitlichen, im EKO festgelegten, stringenten Kriterien. Die Erstattungsentscheidung kann sich allerdings z. B. aufgrund individuell unterschiedlicher, klinisch bedeutender Begleitfaktoren differenziert gestalten, was für Außenstehende nicht auf den ersten Blick ersichtlich ist.

Die besonnene und medizinisch nachvollziehbare Vorgangsweise bei der Einführung der modernen Medikamente hat es ermöglicht, bezogen auf die Bevölkerungszahl eine international sehr hohe Zahl von Personen zu behandeln (siehe beiliegenden IMS Bericht, Seite 5). Dies ist eine beeindruckende Leistung des Gesundheitssystems.

Wichtig ist, dass – ungeachtet davon, ob Leberveränderungen nachweisbar sind oder nicht – alle von HCV-betroffenen Personen regelmäßige medizinische Kontrollen wahrnehmen (auch dann, wenn sie völlig beschwerdefrei sind), um im Falle von entsprechenden Veränderungen die richtige Therapie einzuleiten. Ziel der Sozialversicherung ist es, Personen mit Hepatitis C eine gute und moderne medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Die Sozialversicherung hat bereits 2014, dem ersten Jahr der Verfügbarkeit der modernen Therapien, rund € 63 Mio. in die Behandlung von Patient/inn/en mit einer HCV Infektion investiert. Das sind über € 45 Mio. mehr als im Jahr 2013 (also ein Vielfaches). Im Jahr 2015 wird abermals eine deutlich gesteigerte Summe für die Behandlung von Patienten mit HCV zur Verfügung gestellt. Es ist außerdem damit zu rechnen, dass eine höhere Zahl von Patienten behandelt werden kann als 2014.“

Frage 22:

- *Mit welchen Folgekosten wird bei Einsatz der heute im Einsatz befindlichen Hepatitis C-Medikamente vs. neuer Medikationen gerechnet?*

Der Hauptverband teilt dazu mit, dass ihm diesbezüglich keine zuverlässigen, eigenen Daten vorliegen. Eine genaue langfristige Betrachtung bzw. Schätzung wird aufgrund zahlreicher Unsicherheitsfaktoren, zu treffender Annahmen und des sich nach wie vor rasant ändernden medizinischen und ökonomischen Umfeldes erschwert.

Frage 23:

- *Wie steuern das BMG und die Krankenversicherung Kostensteigerungen bei der Versorgung mit heutigen und mit neuen Medikamenten entgegen?*

Dazu führt der Hauptverband in seiner Stellungnahme Folgendes aus:

„Der Hauptverband ist im Rahmen der Verfahren zum EKO laufend bemüht, evidenzbasiert mit höchster Sorgfalt und medizinischer wie ökonomischer Rationalität im Sinne der Versicherten die Ausgaben für Arzneimittel in nachhaltige Bahnen zu lenken. Die Krankenversicherungsträger sind auf regionaler Ebene um höchste Verschreibungsqualität bemüht. Die Vorgehensweise der zentralen Preisverhandlungen und regionaler Umsetzung hat in den letzten Jahren maßgeblich zu einer guten Versorgung bei nur moderaten Kostensteigerungen beigetragen.“

Frage 24:

➤ *Welche Anpassungen werden bei der Finanzierung der Medikamentenversorgung bis zum Ende der Legislaturperiode vorgenommen?*

Vorrangig ist gegenwärtig die Fortsetzung einer Rabattregelung betreffend der Preise der pharmazeutischen Industrie, wie dies am 10. November 2015 zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger mit dem Fachverband der Chemischen Industrie und der Pharmig vereinbart wurde.

Darüber hinaus werden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit im Bereich der Medikamente insbesondere folgende Ziele verfolgt:

- Lösung ausgewählter sektorenübergreifender Probleme im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung mit Blick auf den Best Point of Service sowie Effektivität und Effizienz
- Entwicklung von gemeinsamen Versorgungsmodellen und sektorenübergreifenden Finanzierungskonzepten mit gemeinsamer Finanzverantwortung für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente auf Bundes- und/oder Landesebene

Diese Arbeiten sind derzeit im Gange.

Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser

Beilage

Signaturwert	fI5kFIKWCHGgQq79J0BGW64rXLR5V2pH4tuyiWSbkUJ8xm/Ko/cs/oVffc9W0xKYmSPuN67tcYhnOV/c8dGYYX Eh/qMOOQr1SSZb5rKcdN6rCkhir1s6LGbshAoettPpv66yma7FWb4e9lpRciJ5D12qmrPZPrjOvMk1v24=		
	Unterzeichner	serialNumber=756257306404,CN=Bundesministerium f. Gesundheit,O=Bundesministerium f. Gesundheit,C=AT	
	Datum/Zeit	2015-11-23T09:57:39+01:00	
	Aussteller-Zertifikat	CN=a-sign-corporate-light-02,OU=a-sign-corporate-light-02,O=A-Trust Ges. f. Sicherheitssysteme im elektr. Datenverkehr GmbH,C=AT	
	Serien-Nr.	540369	
	Parameter	etsi-bka-moa-1.0	
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.		
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung der elektronischen Signatur finden Sie unter: http://www.signaturpruefung.gv.at		