

# News-letter

## Schwerpunkte und Netzwerke für Seltene Erkrankungen

**Dritte Stellungnahme und Empfehlung  
der Regierungskommission für eine moderne  
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

## Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

© Regierungskommission [\[1a\]](#)

Konzept aus dem deutschen Gesundheitsministerium (BM Karl Lauterbach) über die zukünftige Finanzierung der Krankenhäuser

### Deutsche Krankenhausreform: Sicht eines österreichischen Patienten.

*Johann Hochreiter*

Im Mai 2022 wurde in Deutschland eine Regierungskommission mit Mitgliedern aus dem Bereich Medizin, Pflege, Ökonomie und Recht eingerichtet [\[1b\]](#), deren dritte Empfehlung einen Vorschlag zur Krankenhausreform behandelte. Dieser Entwurf wurde Anfang Dezember in einer Pressekonferenz präsentiert [\[2\]](#) und kurz darauf auch in einem Webinar der DGIIN (Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin) detailliert begründet [\[3\]](#).

Worum geht es bei dem Reformvorschlag "für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung"? Es geht dabei um die Schaffung von

bundesweit vergleichbaren Krankenhaus-Leveln mit definierten **Mindeststandards**, Definition von **Leistungsgruppen**, die das System der Fachabteilungen bzw. die Fallpauschalen (lt. DRG) [\[4\]](#) ablösen sollen und die Einführung einer **Vorhaltefinanzierung**.

Eine **sehr gute Darstellung** der bestehenden Problemsituation und der Absichten des Reformvorschlages samt Diskussion gibt es ausführlich unter dem Titel "**Das könnte gut werden**" im brainpainblog [\[5\]](#) von Christian Schöps.





Karl Lauterbach (2. v.l.), deutscher BM für Gesundheit, und weitere Mitglieder der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – © Kay Nietfeld/dpa

Karl Lauterbach antwortet auf die Frage, was sich aus Patientensicht ändern wird, dass dort behandelt werden soll, wo es **medizinisch erforderlich und angebracht** ist und nicht, wo es ökonomisch gefordert wird.

Die detaillierte Definition von Leistungsgruppen, für deren Zuordnung der notwendige Krankenhauslevel eine Voraussetzung ist, zielen darauf ab, dass nicht mehr jede Leistung an jedem Standort ausgeführt bzw. refundiert wird. Es geht hier um die simple Binsenweisheit, dass Mindestfallzahlen evident für gute Ergebnisse von Vorteil - für den Patienten - sind.

*Flash: Auch im vorigen Expertenetz-News-Letter 2022-2 [6] war Spezialisierung in der Kinderchirurgie ein drängendes Thema. Es gibt für Laien wie mich (und wohl auch für viele Andere) keine guten Qualitätszahlen nach seltenen Operationen nachzulesen. Der jährliche A-IQI-Bericht (Austrian Inpatient Quality Indicators) [7] ist recht beschönigend grob und weist nur Tod als Endpunkt auf, sagt aber wenig über die Ergebnisqualität für das weitere Leben aus. Pickt man sich trotzdem irgendeinen Posten aus dem Bericht - z.B. 19.23: Magenresektion kombiniert mit komplexem Eingriff am Ösophagus, so findet man für das Jahr 2020 insgesamt 43 Eingriffe an 12 verschiedenen Klinikstandorten, wobei 7 Personen dabei verstorben sind.*

**Warum bei diesen Zahlen nicht bei allen Verantwortlichen Aktionismus von wegen Feuer am Dach und Gefahr für Patienten im Verzug angesagt ist, entzieht sich meinem Verständnis.**

Auch in Deutschland gibt es ein sehr heterogenes Qualitätsbild in der Krankenhauslandschaft, das durch die Auszeichnung mit Versorgungs-Leveln und Leistungsgruppen geordnet werden soll, um Patienten zielgerechter zuweisen zu können und damit die Ergebnisqualität für Patienten zu verbessern. Die Notwendigkeit zeige ein Blick, wie viele Schlaganfälle oder Herzinfarkte auf dafür suboptimal geeigneten Stationen versorgt werden. Analog zu den gestuften **Einteilungen für Notfallstrukturen** [8,9] ist die Einteilung von Krankenhäusern in unterschiedliche **Versorgungs-Level** grundsätzlich nichts Abwegiges.

Auch in Österreich sieht der ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) [10] die Einteilung in Standard-, Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern (sowie Sonderkrankenhäusern und Sanatorium) vor, die Auszeichnung obliegt den Ländern und ist wahrscheinlich nicht gut vergleichbar. Eine zusammenfassende Aufstellung der Krankenhäuser-Einteilung nach Bundesländern kann beim Qualitätssystem-Bericht nachgelesen werden [11]. Salzburg hat dabei zwei Zentral-Krankenhäuser (KA), Kärnten, Burgenland und Vorarlberg haben keine, alle anderen Bundesländer haben eine Zentral-KA ausgewiesen. Dazu kommt noch die Auszeichnung von Zentren innerhalb der Schwerpunkt- und Zentral-KA (Referenz-, Spezial- und Expertisezentren). Letztendlich ist der jeweils gebotene Funktionsumfang pro KA sehr undefiniert und eine sichtbare, bundesweit gültige Spezifikation

wie durch Leistungsgruppen hört sich grundvernünftig an.

Im deutschen Reformvorschlag wird ausgeführt, dass die Erfahrungen der zumindest letzten 20 Jahre in die Konzeptentwicklung eingeflossen wären. Explizit wird vermutlich deshalb auch der Radius für den Standort von Einzelteilen eines **wirksamen Klinikverbundes** auf 5km begrenzt.

Deutschland hat ein Problem mit **profitorientierten Trägern**, die etwa ein Drittel der Kliniken betreiben und sich auf lukrative Eingriffe spezialisiert haben.

In Österreich ist der Anteil von gewinnorientierten Trägern mit der Finanzierung über den PRIKRAF [12] nur etwa halb so groß [13], verursacht aber auch bei uns Gerüchte [14] und Rechnungshofkritik [15].

Deutschland hat den Vorteil, dass es im Vergleich zu Österreich bundesweit rund zehnmals so viele Personen gibt, die sich etwas Sinnvolles überlegen können, nicht nur als Regierungskommission. Eine Thematisierung der Krankenhausfinanzierung findet deshalb auch ab und zu in der satirischen Abendunterhaltung statt, z.B. in *Die Anstalt* vom 5. Mai 2020 zu Krankenhauskonzernen [16a, 16b].

Auf die Frage, warum **nur Experten** und nicht auch Ländervertreter in der Kommission saßen, antwortete Lauterbach sinngemäß, dass das ganze Konzept ohne Störung durch Ministerien und Lobbygruppen erstellt worden sei, andernfalls wäre wohl nach einem halben Jahr nichts herzuzeigen gewesen. Inhaltliche Argumente von Interessensgruppen wurden mit strukturierten Befragungen erfasst, eingearbeitet oder es wurde im Text ausgeführt, warum diese oder jene Begehrlichkeit keine Berücksichtigung fand.

Was denkt sich jetzt ein naiver Laie und Patient aus dem Bereich der Seltenen Erkrankungen (SE) wie ich zu diesem Thema?

Wir vergleichen uns oft mit Deutschland und verdrängen dabei geflissentlich, dass wir gerade einmal die Einwohnerzahl von Bayern ohne Franken haben. Wir sind Spitzenreiter bei **Intransparenz**, wenn es um Gesundheitsthemen geht, schreibt Transparency International Austria [17].

Wir haben oft kritisierte Schnittstellen-Probleme an der Finanzierungsgrenze zwischen Niedergelassenen- und Krankenhausbereich, die so unverrückbar existieren, dass selbst Gesundheitsstadträte daran zu verzweifeln scheinen. Wie ich anfangs von einem dritten **Finanzierungstopf** gelesen hatte, wollte ich meinen Augen nicht trauen [18]. Nach der Erwähnung des vierten und fünften Topfes beim Vienna Health Talk [19] war ich mir dann aber sicher, dass diese schon ins Absurde führende Überzeichnung nur **Satire** sein konnte und eigentlich die Forderung nach einer Finanzierung aus einer Hand unterstützen sollte.

Im ganzen deutschen Reformvorschlag kommen seltene Erkrankungen nur an einer Stelle vor. Trotzdem sind uns unsere Lieblingsnachbarn mit der Versorgung von SE gefühlt viele Jahre voraus. Seit 2012 gibt es dort die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) [20] mit einer wachsenden Anzahl an Indikationen. Vor kurzem wurde das Deutsche Referenznetzwerk Lunge (DeRN-Lunge) [21] zur nationalen Integration der europäischen ERN-Lung-Struktur aus der Taufe gehoben. Und bei uns?

Es muss sich auch bei uns auf der Insel der Seligen endlich etwas ändern - und zwar mit den Interessen der Patienten im Mittelpunkt hin zum gesetzlich zugesicherten **Best Point of Service** und nicht, um ideologische oder persönliche Befindlichkeiten zu befriedigen. Wie es weitergehen soll mit der Entwicklung unseres Gesundheitssystems? Ernest Pichlbauer als Experte kann sich Sarkasmus nicht verkneifen und bittet alle an einen Tisch [22], Franz Fiedler entlocken die Ambitionen unseres Gesundheitsministers [23] angesichts der beginnenden 15a-Verhandlungen angeblich einen Schmunzler [24].

Ich kann nur hoffen!! Im Konkreten hoffe ich, **dass der deutsche Reformvorschlag letztendlich einfach von uns übernommen wird und fertig**. Wenn es in Wirtschaftsfragen unumgänglich ist, dem deutschen Weg zu folgen, dann kann man das auch bei einleuchtenden Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitssystems machen.

**Haftungseinschränkung:** Obiger Text ist **meine Meinung als Bürger und Patient** und er ist mit keiner Patientenorganisation (PO) abgesprochen. Dieser Hinweis scheint notwendig, weil viele POs auf jährliche Fördergelder aus unterschiedlichen Töpfen angewiesen sind und es ihnen zum Nachteil gereichen könnte, unliebsame Themen öffentlich anzusprechen.

(jh)

---

#### Weitere Informationen:

- ⇒ Empfehlung für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung [1a]
- ⇒ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung [1b]
- ⇒ Karl Lauterbach dringt auf Krankenhaus-Reform [2]
- ⇒ Webinar Reformvorschläge [3]
- ⇒ Fallpauschalen lt. DRG [4]
- ⇒ Das könnte gut werden: Gedanken zur Empfehlung der Regierungskommission für eine Reform der Krankenhausvergütung [5]
- ⇒ Expertisenetze News-letter 2022-2 [6]
- ⇒ Gesundheit - Ergebnisqualitätsmessung [7]
- ⇒ Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern [8]

- ⇒ Qualitätsmonitor 2020 [9]
- ⇒ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) [10]
- ⇒ Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern [11]
- ⇒ Privatkrankeanstalten-Finanzierungsfonds- (PRIKRAF) [12]
- ⇒ Präsentation Spitalsträgerschaft [13]
- ⇒ Privatklinik Währing: Ein Kantersieg ... [14]
- ⇒ Rechnungshof vermisst Transparenz bei PRIKRAF [15]
- ⇒ Krankenhauskonzerne [16a] (2020-05-05, Die Anstalt mit Faktencheck [16b])
  
- ⇒ Informationstransparenz im Gesundheitswesen [17]
- ⇒ Wie die Länder ein Grundübel im Gesundheitssystem beseitigen wollen [18]
- ⇒ 6. Vienna Health Talk [19]
- ⇒ Ambulante spezialfachärztliche Versorgung [20]
- ⇒ Deutsches Referenznetzwerk Lunge [21]
- ⇒ Jetzt aber alle an einen Tisch! [22]
- ⇒ Gesundheitsminister Rauch spricht in der "ZiB 2" über seine Machtlosigkeit [23]
- ⇒ Österreich und der Föderalismus: Land der Fürstentümer [24]

## Einhaltung des Kriteriums „Mindestfallzahlen“ in Österreich

### Grundlagen und Umsetzung der „Mindestfallzahlen pro Krankenhausstandort“ gemäß ÖSG

*Fülöp, G., Paretta, P. (beide Gesundheit Österreich GmbH – GÖG)*

Am 6.12.2022 wurde in Deutschland von Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach ein von der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ erstelltes Konzept für eine „große Krankenhausreform“ vorgestellt, das u.a. einheitliche Mindestvoraussetzungen für bestimmte Krankentypen bzw. Krankenhausleistungen vorsieht, darunter auch die Anforderung von „bestimmten **Mindestmengen**“ [25]. In Zukunft sollen die Kosten für seltene/komplexe/technisch aufwendige Erkrankungen nur dann ersetzt werden, wenn eine gewisse Mindestzahl pro Jahr pro Abteilung erreicht wird - dies führt automatisch zu einer Konzentration von bestimmten Therapien/Erkrankungen an definierten Zentren [26].

Analoge Regelungen gibt es seit mehreren Jahren auch in Österreich, nämlich im Rahmen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) [27] bzw. der sog. „**Leistungsmatrix-stationär**“ [28]. Im Wege dieser Matrix werden die für bestimmte Einzelleistungen erforderlichen Qualitätskriterien zur „Mindestversorgungsstruktur“ (z.B. Referenz-

zentrum, Abteilung) definiert und darüber hinaus „**Mindestfallzahlen pro Jahr und Krankenhaus-**



**Standort (MFS)**“ zu ausgewählten Leistungsbündeln festgelegt. Solche MFS werden für Bündel komplexer oder risikoreicher medizinischer Leistungen dann festgelegt, wenn ausreichende wissenschaftliche **Evidenz** für die qualitative Verbesserung des medizinischen Outcomes an Krankenhaus-Standorten mit höheren Fallzahlen vorhanden ist – konkret derzeit für insgesamt 18 derartiger Leistungsbündel, wobei diese MFS zum Teil verbindlich einzuhalten sind und zum Teil Empfehlungscharakter insbesondere für die Angebotsplanung haben.

Die Einhaltung der MFS ist jährlich auf Basis des Mittelwerts der drei vorangegangenen Jahre zu beurteilen, um jährliche Schwankungen bei kleinen Fallzahlen auszugleichen. Die für die Leistungserbringung geeigneten KH-Standorte **sind** im Rahmen der „Leistungsangebotsplanung“ durch den zuständigen **Landesgesundheitsfonds** im Voraus **festzulegen**. Diese KH-Standorte sind dann auch zur **Abrechnung** der Leistungen **berechtigt**. KH-Standorten, an denen zum Zeitpunkt, ab dem eine MFS in Geltung ist, bereits die von der MFS umfassten Leistungen erbracht werden, die jedoch die MFS im 3-jährigen Durchrechnungszeitraum nicht erreichen, sowie KH-Standorten, an denen ein an MFS gebundenes Leistungsspektrum neu aufgenommen werden soll, kann ggf. vom Landesgesundheitsfonds dann eine zunächst **befristete Genehmigung** für die Leistungsabrechnung gewährt werden (max. 2 Jahre), wenn im Bundesland ein Bedarf an diesen Leistungen nachgewiesen wird und die Abdeckung des Bedarfs an bestehenden

Leistungsstandorten (ggf. auch in einem benachbarten Bundesland) nicht ausreichend gewährleistet werden kann.

Von KH-Standorten, an denen ein an MFS gebundenes Leistungsspektrum **neu aufgenommen** werden soll, **kann** der Landesgesundheitsfonds in diesem 2-Jahreszeitraum halbjährlich Berichte bezüglich Fallzahlen, Intensivraten, Komplikationen, Mortalitätsraten und Verweildauer zu erbrachten Leistungen einfordern.

Die Umsetzung dieser Regelung zeitigt(e) in all jenen Bundesländern gute Erfolge, die bei Nichteinhaltung der verbindlichen MFS **finanzielle Nachteile** in der Abrechnung gesetzt haben. Dabei wurden – je nach Bundesland - unterschiedliche **Varianten** der Nicht-Abrechenbarkeit wie z.B. nur die Kürzung der Leistungskomponenten oder aber die Streichung der gesamten Fallpauschale bis hin zur Inklusion zugehöriger Betriebsabgangsanteile in die finanzielle Sanktionierung gewählt. Es ist jedoch festzuhalten, dass eine Steuerung allein über nachteilige finanzielle Wirkungen nicht immer zum gewünschten Verhalten führt. Zusätzlich bedarf es auch entsprechender Überzeugungsarbeit seitens der Landesgesundheitsfonds im Gespräch mit den Leistungserbringer:innen bzw. KH-Trägern, um die gewünschten Ergebnisse auch nachhaltig abzusichern.

Während der **Covid-19-Pandemie** entstand an bestimmten KH-Standorten das Problem, dass durch das Pandemiegeschehen elektive Eingriffe in weniger dringlichen Fällen reduziert bzw. zeitlich verschoben oder an andere KH verlagert wurden und damit an manchen KH-Standorten die Gesamtzahl der Leistungen unter die MFS-Vorgabe zurückging. Dazu erfolgte die (vorübergehende) Regelung, dass jenen KH-Standorten, die die MFS im 3-jährigen Durchrechnungszeitraum beeinflusst durch die Pandemie knapp nicht erreichen, vom Landesgesundheitsfonds eine **befristete Genehmigung** für einen Zeitraum von 2 Jahren für die Leistungsabrechnung gewährt werden kann. Dabei musste jedoch sichergestellt sein, dass die für die Leistungserbringung erforderlichen Voraussetzungen (z.B. Vorhandensein des qualifizierten Personals für diese Leistungen) weiterhin gegeben sind. Gleichzeitig wurde generell empfohlen, auf eine Bündelung der Leistungserbringung an Standorten mit hohen Fallzahlen bzw. mit im mehrjährigen Durchschnitt deutlich über den MFS-Vorgaben liegenden Fallzahlen hinzuwirken und den nachhaltigen Bedarf an Leistungsstandorten im jeweiligen Bundesland spätestens nach der Pandemie zu prüfen.

In Bezug auf die Versorgung von **Kindern und Jugendlichen** ist darauf hinzuweisen, dass die MFS zwar theoretisch auch zur Forcierung der regionalen Bündelung von (komplexen) Eingriffen bei **seltenen Erkrankungen** im Bereich der Kinder- und Jugendchirurgie sinnvoll eingesetzt werden könnten, dass aber die Gültigkeit der MFS in der „Leistungsmatrix-stationär“ des ÖSG auf Personen im Alter über 15 Jahren eingeschränkt ist, sodass Bündelungen in diesem Bereich derzeit primär im Wege der sog. „überregionalen Versorgungsplanung - **ÜRVP**“ im Rahmen des ÖSG forciert werden [\[29\]](#). Im Rahmen dieser ÜRVP sind bezogen auf Kinder/Jugendliche derzeit Standorte und Kapazitäten u.a. bezüglich der Kinder-Herzzentren, der pädiatrisch-onkologischen Versorgung oder der Expertisezentren für seltene kinderurologische Erkrankungen festgelegt.

(gf, pp)



**Gerhard Fülöp**

©A.Bruckner

Abt. Planung und Systementwicklung, GÖG



**Petra Paretta**

©R.Ettl,

#### Weitere Informationen:

- ⇒ Krankenhauskonzept der dt. Regierungskommission [\[25\]](#)
- ⇒ Bestehende Mindestmengenregelungen in Deutschland [\[26\]](#)
- ⇒ ÖSG - Österreichischer Strukturplan Gesundheit [\[27\]](#)
- ⇒ Leistungsmatrix-stationär [\[28\]](#)
- ⇒ ÜRVP - überregionalen Versorgungsplanung [\[29\]](#)

## Österreichs Umgang mit hochpreisigen Medikamenten und Behandlung von Seltenen Erkrankungen

*Clemens Martin Auer*

Natürlich zählt es zu den großen Ärgernissen und Frustrationen von betroffenen Personen, egal ob es sich dabei um die behandelnde Ärzteschaft, die Eltern von erkrankten Kindern oder die Patientinnen und Patienten handelt, dass sie im Falle einer vielversprechenden neuen oder innovativen Therapie oft nicht wissen, wer und wie die Kosten dafür übernommen werden. Und wir reden dabei nicht selten von sehr viel Geld, das nicht so ohne weiteres in den einzelnen Töpfen vor Ort zur Verfügung steht.

Ohne hier auf Beispiele aus anderen Ländern oder die oft unbefriedigenden industriepolitischen Implikationen einzugehen: Die ganz praktische und wenig theoretische Antwort auf diese ärgerliche Frage findet sich zunächst innerhalb des österreichischen Finanzierungssystems des Versorgungssystems. Schon jetzt ist es möglich, sehr aufwendige und kostenintensive Therapien im Rahmen der sogenannten „Überregionalen Versorgung“ unterzubringen. Das bedingt, dass in der Bundeszielsteuerungskommission eine Festlegung erfolgt, an welchen – ausgesuchten – Behandlungsorten die Therapie stattfindet oder von wo sie ausgeht. Da solche Therapien meistens wegen der entsprechend hohen Kosten in der „Regelfinanzierung“ z.B. eines Krankenhauses nicht unterzubringen sind, gibt es dazu einen Finanzierungstopf, aus dem die Kosten getragen werden können. Dafür gibt es in den letzten Jahren erste gute Beispiele, dass ein solches Vorgehen, zumindest wenn die Therapien in österreichischen Kliniken stattfinden, auch funktioniert. Bei den politischen Landesgesundheitsreferenten ist es weitgehend Konsens, dass dieses Instrument der Überregionalen Versorgung mit den entsprechenden Sonderfinanztopfen ausgebaut werden muss.

Offen bleibt die Lösung für das Ärgernis, dass insbesondere medikamentöse Therapien nicht immer zwingend ein klinisches Setting verlangen und auch ambulant erfolgen können. Dann beginnen für die betroffenen Personen die lästigen Fragen nach der Kostentragung, nach der nicht immer klar zuordenbaren Antwort „drinnen oder draußen“. Auch hier gilt: Diese Therapien müssen aus der Regelfinanzierung herausgenommen werden und durch

geregelt Sonderfinanzierungstopfe anhand klarer und einfacher Indikatoren und Festlegungen erfolgen. Es ist davon auszugehen, dass die bevorstehenden Verhandlungen zu den sogenannten 15a-Verträgen im Gesundheitsbereich eine abschließende Antwort und Lösung finden werden.

Wichtig sind Regelungen: Das beginnt dabei, dass Seltene Erkrankungen nicht überall behandelt werden können, sondern ausgesuchte und verortbare Spezialisierung verlangt. Ob das dann in Österreich ein, zwei oder drei Behandlungsorte sein werden, ist zu klären; es können aber nicht siebenundzwanzig sein. Das überfordert die Finanzierung und auch die Qualität der Behandlung. Und es braucht Transparenz und Objektivität, WIE Entscheidungen fallen, in welchen Fällen die Notwendigkeit einer



**Clemens Martin Auer, langjähriger Sektionschef im österr. Gesundheitsministerium**

Überregionalen Versorgung besteht und wie die Kostentragung im Einzelnen ausschaut. Da gilt es in Österreich mit geordneten Verfahren nachzuschärfen. Es wird sich aber, und das mag vielleicht für einige Ohren irritierend klingen, immer um „kollektive“ Entscheidungen handeln und nicht um die von Einzelpersonen, zum Beispiel die des behandelnden Arztes oder eines Chefarztes einer Krankenversicherung.

Mit der notwendigen Empathie im Einzelfall und dem klaren Blick für die Notwendigkeit, Therapien von Seltenen Erkrankungen im Versorgungssystem ermöglichen zu müssen, werden sich optimierte Instrumente der Finanzierung in Österreich ergeben. Das ist gewiss. Die Ansätze gibt es, erste Erfahrungen liegen vor.

(ca)

## Weitere Informationen:

- ⇒ Berichte in News Letter 2021-1/2 [30a] und 2021-3 [30b]
- ⇒ Finanzierung von Med. für SE [31]
- ⇒ ÖSG - Österreichischer Strukturplan Gesundheit [27]

## Zugang zu teuren Medikamenten – Wo aktuelle Ansätze einschließlich Managed Entry Agreements an Grenzen stoßen

*Beitrag der Gesundheit Österreich GmbH: Sabine Vogler und Herwig Ostermann*

Im Newsletter „Schwerpunkte und Netzwerke für Seltene Erkrankungen“ wurden in den letzten zwei Ausgaben [32,33] Managed Entry Agreements (MEAs), insbesondere Performance Based Managed Entry Agreements (PBMEAs) als möglicher Ansatz diskutiert, um Patientenzugang zu hochpreisigen Medikamenten bei gleichzeitiger Wahrung der Finanzierung der Solidarsysteme zu ermöglichen.



**Sabine Vogler**, Abteilungsleiterin für Pharmäökonomie GÖG ©R.Ettl

Seit über einem Jahrzehnt kommen in zahlreichen europäischen Ländern MEAs zur Anwendung; so auch in Österreich. Dabei vereinbaren ein Pharma-Unternehmen und der öffentliche Zahler die Finanzierung eines Medikaments (mit einer hohen Preisforderung und/oder unsicherer Evidenz) zu einem rabattierten Preis unter definierten Bedingungen, z. B. Koppelung an bestimmte „Erfolgsparameter“ in der Therapie im Falle von PBMEAs.

Trotz ihres zunehmenden Einsatzes wissen wir nicht, ob die MEAs die an sie geknüpften Ziele erfüllen. Veröffentlichte Bewertungen liegen kaum

vor (eine fundierte Evaluation der MEAs in Belgien wurde nach Klagsdrohungen abgebrochen [34]). Fehlende Evidenz über den Impact von MEAs ist auch der Vertraulichkeit rund um dieses Instrument geschuldet. Nahezu immer sind die verhandelten Rabatte und damit die „Echtpreise“ vertraulich.

Die daraus resultierende Informationsasymmetrie zwischen dem Unternehmen, das die „Echtpreise“ für sein Produkt in allen Ländern kennt, und den Zahlern, wirkt sich in der Praxis der Preisfestsetzung aus: Denn die meisten europäischen Länder (so auch Österreich für Medikamente im niedergelassenen Sektor) ziehen in einem ersten Schritt die (fiktiven) Preise des Arzneimittels in anderen Ländern heran, um den nationalen Preis festzulegen (sogenannte externe Preisreferenzierung). Da die auf diesem Weg ermittelten Preise bei teuren Medikamenten für viele Staaten nicht leistbar sind, wählen diese in der Folge häufig Preisverhandlungen, die in MEAs münden.

Die Aussage der Industrie, dass dank der Preisdiskriminierung ökonomisch schwächere Staaten Zugang zu leistbaren Arzneimitteln erhalten, kann



**Herwig Ostermann**, Geschäftsführer der GÖG ©R.Ettl

nicht überprüft werden.

Die Hypothese liegt nahe, dass zur Kompensation der Rabatte die Unternehmen die offiziellen Listenpreise höher ansetzen. Dies wurde auch in einer empirischen Arbeit nachgewiesen [35].

MEAs, insbesondere PBMEAs, können einen Beitrag leisten, Real World-Daten zu generieren. Allerdings ist enttäuschend, wenn die Datensammlung nicht wie geplant erfolgt und somit definierte Forschungsfragen nur unzureichend beantwortet werden, wie Analysen von MEAs in Belgien [36] und in den Niederlanden [37] aufzeigten.

Ein wichtiger Hebel ist Transparenz – und zwar in mehreren Dimensionen. Wie auch die OECD betonte, sollten jedenfalls die mittels PBMEAs gewonnenen Daten mit den Zahlern und Behörden in anderen Ländern geteilt werden [38]. Zentral ist weiters die Preistransparenz, um Zahlern zu ermöglichen, ihre Preisentscheidungen auf Basis wahrer Daten zu treffen. Um der Forderung nach Transparenz (bei Arzneimittelpreisen, über den Aufwand für Forschung und Entwicklung und zu weiteren Komponenten im Pharmamarkt) Gewicht zu verleihen, haben 2019 die WHO-Mitgliedstaaten eine entsprechende Resolution [39] verabschiedet. Die Umsetzung dieser WHO-Resolution ist ein langer Weg. Daher sind Zahler:innen und Entscheidungsträger:innen zwischenzeitlich auf Second Best-Ansätze, wie etwa die MEAs, angewiesen, um Patientenzugang zu Medikamenten zu schaffen. Falls PBMEAs gewählt werden, sollten Zahler:innen die im Bericht von AIHTA vorgestellten Good-Practice-Anregungen [40] beachten.

(sv, ho)

#### Weitere Informationen:

- ⇒ Expertisenetze News-letter 4/2021 [32]
- ⇒ Expertisenetze News-letter 1-2/2022 [33]
- ⇒ How to improve the Belgian process for managed entry agreements? [34]
- ⇒ The impact of managed entry agreements on pharmaceutical prices. [35]
- ⇒ An evaluation of managed entry agreements in Belgium [36]
- ⇒ Implementing managed entry agreements in practice: The Dutch reality check. [37]
- ⇒ Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: [38]
- ⇒ World Health Assembly. Resolution WHA 72.8: [39]
- ⇒ Praxis Organisationsmodelle für die öffentliche Finanzierung von hochpreisigen Therapien unter Verwendung von Anwendungsevidenz [40]

## Nachschau zum 6. Vienna Health Talk: Wie kommt Innovation in unser Gesundheitssystem?

Peter Hacker (Stadtrat und Vorsitzender der Konferenz der GesundheitsreferentInnen), Ines Vancata (Generalsekretärin FOPI), Herwig Ostermann (Geschäftsführer GÖG) und Arno Melitopoulos (ÖGK Bereichsleiter) erzählen und geben **Aussichten auf das kommende Jahr** [19] – eine Nachschau-Empfehlung.

(jh)

⇒ 6. Vienna Health Talk [19]

### Short News

⇒ [12. Rare Diseases Dialog](#) [41]

Sind Innovation, Standort und langfristiger Zugang in Gefahr?

Zusammenfassung vom 19.10.2022

⇒ [Es braucht eine neue Vergütungs- und Planungsstruktur](#) [42]

Pressekonferenz nach Bund-Länder-Gruppe (5.1.2023)

▶▶▶▶▶ Save the Date ◀◀◀◀◀◀

28.2.2023

⇒ [Vienna Health Talk zu Seltenen Erkrankungen](#) [19]

Hybrid, 18:00 – 20:00 (Save the Date)

21. & 22. 4.2023

⇒ [15. Jahrestagung der Politischen Kindermedizin](#) [43]

Salzburg

15.4.2023

⇒ [Pro Rare Austria - Vernetzungstreffen](#) [44]

Wien, 14:00 – 17:00

▶▶▶▶▶ Save the Date ◀◀◀◀◀◀

Mit wegweisenden Therapien komplexen Krankheiten begegnen.

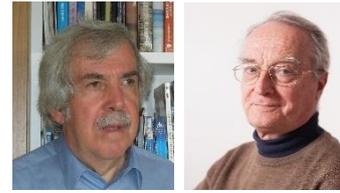
morbus FABRY   MPS I   morbus GAUCHER   morbus POMPE

IHR PARTNER BEI LYSOSOMALEN SPEICHER-KRANKHEITEN

www.genzyme.at

SANOFI GENZYME

## Editorial



Die Probleme der seltenen, komplexen und oft aufwendigen Therapien für Seltene Erkrankungen (SE) sind offensichtlich ganz oben angekommen. Wenn Themen von den Gesundheitspolitikern nicht nur in Sonntags- und Wahlreden angesprochen werden, sondern auch konkrete Lösungs- und vor allem Finanzierungsmodelle vorgelegt werden, dann wird es vielleicht doch einmal ernst. Denn auch in der Medizin gilt: „Money makes the world go around“ [45]

Karl Lauterbach weist schon seit nahezu zwei Jahrzehnten auf die Binsenweisheit hin, dass in der Medizin – wie im übrigen Leben - gilt: Übung macht den Meister [46]. Jetzt ist er deutscher Gesundheitsminister und sein Ministerium schlägt einen konkreten Finanzierungsautomatismus vor, der die Erbringung von sehr spezifischen Leistungen an wenigen Standorten konzentrieren soll [1a]. Einer der Koordinatoren dieses News-Letters, ein langjähriger Beobachter der österreichischen Gesundheits-Szene und letztlich selbst Betroffener, stellt Lauterbachs Konzept vor und versucht es in das medizinische Umfeld einzuordnen. Anschließend folgt durch zwei Spezialisten der Gesundheit Österreich GmbH. eine Darstellung der österreichischen Versuche das Problem über den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in den Griff zu bekommen. Der langjährige Direktor für öffentliche Gesundheit weist voll Zuversicht auf die zunehmende Bereitschaft in den österreichischen Bundesländern zur gemeinsamen Finanzierung von überregionalen Projekten hin und erwartet einen Niederschlag bei den gerade laufenden 15a Verhandlungen zwischen Bund und Ländern (siehe vorhergehende Beiträge und [47])

Wieder viel Hoffnungen, aber letztlich entscheidend wird sein, ob in einigen Jahren weiter zwei Brüder mit gleicher Erkrankung völlig unterschiedliche Behandlungsmodalitäten erfahren, nur weil sie zwei verschiedene Krankenversicherer haben [48] oder Kinder mit spezifischem operativen Therapiebedarf weiter ihre Operationen an Abteilungen bekommen, die 1 bis 2 derartige Prozeduren per Jahr durchführen und dadurch natürlich keine Qualitätszertifikate vorlegen können [29].

Ein Beitrag zur Preisgestaltung der manchmal sehr teuren Medikamente für SE schließt unsere Serie zu diesem Thema (siehe oben). Klar, wir paar Österreicher werden die Preisgestaltung der weltweit agierenden Pharmariesen kaum beeinflussen können. Trotzdem, auch wir sollten verstehen, wie die Mechanismen der Preisgestaltung ablaufen und wo wir unser Scherflein beitragen können. Aus der Gesundheit Österreich GmbH kommt dazu ein zentraler Beitrag. Der Industrie muss klar sein, dass ihre Produkte leistungsfähig sein müssen, uns muss klar sein, dass die pharmazeutische Industrie in einem gewinnorientierten System überleben muss. Klare Transparenz sollte Verdächtigungen den Boden entziehen und das Miteinander weiterentwickeln. Transparenz, Transparenz!!!

Franz Waldhauser

Hans Deutsch

### Weitere Informationen:

- ⇒ „Money, Money“ aus Cabaret [45]
- ⇒ Gesundheitsökonomie und Pädiatrie 2006 [46]
- ⇒ Verhandlungen über die 15a Vereinbarungen von Bund und Ländern [47]
- ⇒ Behandlung eines MPS-Brüderpaar in NÖ [48]

---

### Impressum/ Offenlegung (§§ 24, 25 MedienG)

Medieninhaber und Herausgeber : Franz Waldhauser, 1060 Wien, Amerlingstrasse 4 /20; E-Mail: [nl@expertisenetze.at](mailto:nl@expertisenetze.at)

Für Inhalt und Zusammenstellung verantwortlich: Univ.-Prof. Dr. Franz Waldhauser (*fw*), Univ.-Prof. Dr. Johann Deutsch (*hd*).

Weitere Beiträge sind gekennzeichnet und in Verantwortung der jeweiligen Autoren:

Johann Hochreiter (*jh*), Gerhard Fülöp (*gf*), Petra Paretta (*pp*), Clemens Martin Auer (*ca*), Sabine Vogler (*sv*), Herwig Ostermann (*ho*).

Für Layout und elektronische Betreuung verantwortlich: DI Dr. Johann Hochreiter.

Kontakt, Informationsaustausch oder Beendigung der Zusendung des Newsletters unter: [nl@expertisenetze.at](mailto:nl@expertisenetze.at)

Erklärung über die grundlegende Richtung iS des § 25 Abs 4 MedienG siehe:

[http://www.expertisenetze.at/NL/2017-02/Erklaerung\\_iS\\_MedienG.pdf](http://www.expertisenetze.at/NL/2017-02/Erklaerung_iS_MedienG.pdf)

## Detaillierte Adressen der Links:

- [1a] Empfehlung für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf)
- [1b] Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>
- [2] Karl Lauterbach dringt auf Krankenhaus-Reform (Pressekonferenz, 2022-12-06)  
[https://www.youtube.com/watch?v=mPxnrvFV\\_50](https://www.youtube.com/watch?v=mPxnrvFV_50)
- [3] Webinar Reformvorschläge (2): Prof Christian Karagiannidis (2022-12-09)  
<https://www.youtube.com/watch?v=uKK-kRymn8k>
- [4] Fallpauschalen lt. DRG  
<https://flexikon.doccheck.com/de/DRG-System>
- [5] Das könnte gut werden: Gedanken zur Empfehlung der Regierungskommission für eine Reform der Krankenhausvergütung (Blog brainpainblog, 2022-12-12)  
<https://brainpainblog.org/2022/12/12/das-konnte-gut-werden-gedanken-zur-empfehlung-der-regierungskommission-fur-eine-reform-der-krankenhausvergutung/>
- [6] Expertenetze News-letter 1-2/2022  
[https://www.expertisenetze.at/NL/2022-02/News-letter\\_SelteneErkrankungen\\_2022-2.pdf](https://www.expertisenetze.at/NL/2022-02/News-letter_SelteneErkrankungen_2022-2.pdf)
- [7] Gesundheit - Ergebnisqualitätsmessung  
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html>
- [8] Gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (2021; Notfallstufen)  
[https://www.arztrecht.org/app/uploads/2021/12/Krankenhaus\\_Gestuftes-System-von-Notfallstrukturen-in-Krankenhaeusern.pdf](https://www.arztrecht.org/app/uploads/2021/12/Krankenhaus_Gestuftes-System-von-Notfallstrukturen-in-Krankenhaeusern.pdf)
- [9] Qualitätsmonitor 2020 (WIdO)  
<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/qualitaetsmonitor/2020/>
- [10] Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)  
<https://goeg.at/OESG>
- [11] Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern (2017)  
[https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:24e90142-0a5c-4416-b5cc-172376c6c23a/qualitaetssysteme\\_in\\_akutkrankenhaeusern\\_2017.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:24e90142-0a5c-4416-b5cc-172376c6c23a/qualitaetssysteme_in_akutkrankenhaeusern_2017.pdf)
- [12] Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds-(PRIKRAF)  
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Institutionen/Der-Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds-\(PRIKRAF\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsicherung/Institutionen/Der-Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds-(PRIKRAF).html)
- [13] Präsentation Spitalsträgerschaft (Monika Riedel, Thomas Czypionka; 2019-03-11)  
[https://www.ordensgemeinschaften.at/images/1medienbuero/texte/2019\\_03\\_11\\_Pr%C3%A4sentation\\_Spitalstr%C3%A4gerschaftV3\\_FINAL.pdf](https://www.ordensgemeinschaften.at/images/1medienbuero/texte/2019_03_11_Pr%C3%A4sentation_Spitalstr%C3%A4gerschaftV3_FINAL.pdf)
- [14] Privatklinik Währing: Ein Kantersieg ... (Gerald Loacker, 2020-06-05)  
<https://gerald-loacker.eu/privatklinik-waehring-ein-kantersieg-der-oevp/>
- [15] Rechnungshof vermisst Transparenz bei PRIKRAF (ORF, 2022-10-14)  
<https://orf.at/stories/3289759/>
- [16a] Krankenhauskonzerne (2020-05-05, Die Anstalt)  
<https://youtu.be/X4Hoas8CiK4>
- [16b] Faktencheck zu *Die Anstalt* vom 2020-05-05  
<https://www.zdf.de/assets/faktencheck-5-mai-2020-100~original?cb=1672319548366>

- [17] Informationstransparenz im Gesundheitswesen (TI Austria, 2022-03)  
[https://ti-austria.at/wp-content/uploads/2022/03/Informationstransparenz-im-Gesundheitswesen\\_Maerz\\_2022-002.pdf](https://ti-austria.at/wp-content/uploads/2022/03/Informationstransparenz-im-Gesundheitswesen_Maerz_2022-002.pdf)
- [18] Wie die Länder ein Grundübel im Gesundheitssystem beseitigen wollen (derstandard, 2022-12-16)  
<https://www.derstandard.at/story/2000141836198/wie-die-laender-ein-grunduebel-im-gesundheitssystem-beseitigen-wollen>
- [19] 6. Vienna Health Talk: Wie kommt Innovation in unser Gesundheitssystem? (2022-12-01)  
<https://www.viennahealthtalks.at/>
- [20] Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (GBA)  
<https://www.g-ba.de/themen/asv/>
- [21] Deutsches Referenznetzwerk Lunge (DeRN-Lunge)  
<https://dern-lunge.de/mission/>
- [22] Jetzt aber alle an einen Tisch! (Wiener Zeitung, 2022-12-30)  
<https://www.wienerzeitung.at/meinung/gastkommentare/2173076-Jetzt-aber-alle-an-einen-Tisch.html>
- [23] Gesundheitsminister Rauch spricht in der "ZiB 2" über seine Machtlosigkeit (derstandard, 2022-11-24)  
<https://www.derstandard.at/story/2000141154308/gesundheitsminister-rauch-spricht-in-der-zib-2-ueber-seine-machtlosigkeit>
- [24] Österreich und der Föderalismus: Land der Fürstentümer (derstandard, 2022-12-31)  
<https://www.derstandard.at/story/2000142184719/oesterreich-und-der-foederalismus-land-der-fuerstentuemer>
- [25] Krankenhauskonzept der dt. Regierungskommission  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-krankenhaus-konzept-vor.html>
- [26] Bestehende Mindestmengenregelungen in Deutschland  
<https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>
- [27] ÖSG - Österreichischer Strukturplan Gesundheit (Stand 2022-10-07)  
[https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG\\_2017\\_-\\_Textband%2C\\_Stand\\_07.10.2022.pdf](https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2017_-_Textband%2C_Stand_07.10.2022.pdf)
- [28] Leistungsmatrix-stationär  
[https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG%202017\\_Leistungsmatrix%20station%C3%A4r%202023%20%28Tabellen%20zu%20Anhang%208%29\\_07.10.2022.xlsx](https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG%202017_Leistungsmatrix%20station%C3%A4r%202023%20%28Tabellen%20zu%20Anhang%208%29_07.10.2022.xlsx)
- [29] ÜRV - überregionalen Versorgungsplanung  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00608-020-00803-3>
- [30] Berichte in News Letter 2021-1/2 und 2021-3  
[https://www.expertisenetze.at/NL/2021-02/News-letter\\_SelteneErkrankungen\\_2021-2.pdf](https://www.expertisenetze.at/NL/2021-02/News-letter_SelteneErkrankungen_2021-2.pdf)  
[https://www.expertisenetze.at/NL/2021-03/News-letter\\_SelteneErkrankungen\\_2021-3.pdf](https://www.expertisenetze.at/NL/2021-03/News-letter_SelteneErkrankungen_2021-3.pdf)
- [31] Finanzierung von Med. für SE  
<https://doi.org/10.1007/s00608-019-0686-6>
- [32] Expertisenetze News-letter 4/2021  
[https://www.expertisenetze.at/NL/2021-04/News-letter\\_SelteneErkrankungen\\_2021-4.pdf](https://www.expertisenetze.at/NL/2021-04/News-letter_SelteneErkrankungen_2021-4.pdf)
- [33] Expertisenetze News-letter 1-2/2022  
[https://www.expertisenetze.at/NL/2022-02/News-letter\\_SelteneErkrankungen\\_2022-2.pdf](https://www.expertisenetze.at/NL/2022-02/News-letter_SelteneErkrankungen_2022-2.pdf)
- [34] Gerkens Sophie, Neyt Mattias, San Miguel Lorena, Vinck Irm, Thiry Nancy, Cleemput Irina. How to improve the Belgian process for managed entry agreements? An analysis of the Belgian and international experience. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), 2017.  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/T%C3%A9%20charg%C3%A9%20le%20rapport%20en%20anglais%20\(75%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/T%C3%A9%20charg%C3%A9%20le%20rapport%20en%20anglais%20(75%20p.).pdf) S. 7

- [35] Gamba S, Pertile P, Vogler S. The impact of managed entry agreements on pharmaceutical prices. *Health Economics*. 2020;29(51): 47-62.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.4112>
- [36] Neyt M, Gerkens S, San Miguel L, Vinck I, Thiry N, Cleemput I. An evaluation of managed entry agreements in Belgium: A system with threats and (high) potential if properly applied. *Health Policy*. 2020;124(9): 959-64.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.007>
- [37] Makady A, van Veelen A, De Boer A, Hillege H, Klungel O, Goettsch W. Implementing managed entry agreements in practice: The Dutch reality check. *Health Policy*. 2019;123(3): 267-74.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.016>
- [38] Wenzl M, Chapman S. Performance-based managed entry agreements for new medicines in OECD countries and EU member states: How they work and possible improvements going forward. *OECD Health Working Papers*, No. 115. Paris: OECD Publishing, 2019.  
<https://doi.org/10.1787/6e5e4cof-en>
- [39] World Health Assembly. Resolution WHA 72.8: Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products. 28 May 2019. Geneva: World Health Assembly, 2019.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329301/A72\\_R8-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329301/A72_R8-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- [40] Wohlh fner, K, Wild, C. (Gute) Praxis Organisationsmodelle für die  ffentliche Finanzierung von hochpreisigen Therapien unter Verwendung von Anwendungsevidenz. HTA-Projektbericht 138. Wien: 2021.  
<https://eprints.aihta.at/1329>
- [41] 12. Rare Diseases Dialog, Kurzfassung  
<https://www.pharmig.at/themen/seltene-erkrankungen/rare-diseases-dialoge/>
- [42] Krankenhausreform - Lauterbach: Es braucht eine neue Vergütungs- und Planungsstruktur (2023-01-05)  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-4-sitzung-bund-laender-gruppe-fuer-die-krankenhausreform.html>
- [43] 15. Jahrestagung der Politischen Kindermedizin  
<http://www.polkm.org/>
- [44] Pro Rare Austria - Vernetzungstreffen  
<https://www.prorare-austria.org/news/veranstaltungen/event/save-the-date-pro-rare-austria-vernetzungstreffen-2023/>
- [44] Pro Rare Austria – Vernetzungstreffen 2023  
<https://www.prorare-austria.org/news/veranstaltungen/event/save-the-date-pro-rare-austria-vernetzungstreffen-2023/>
- [45] "Money, Money" aus Cabaret  
[https://de.wikipedia.org/wiki/Money,\\_Money](https://de.wikipedia.org/wiki/Money,_Money)
- [46] A. Gerber und K. Lauterbach: Gesundheitsökonomie und Pädiatrie, Schattauer, Stuttgart 2006  
<https://www.amazon.de/Gesundheits%C3%B6konomie-P%C3%A4diatrie-Andreas-Gerber/dp/3794524497>
- [47] Verhandlungen über die 15a Vereinbarungen von Bund und Ländern  
<https://www.derstandard.at/story/2000141937378/finanzausgleich-grosses-feilschen-um-steuermilliarden-beginnt>
- [48] Behandlung eines MPS-Brüderpaar in N   
[https://www.expertisenetze.at/NL/2021-02/News-letter\\_SelteneErkrankungen\\_2021-2.pdf](https://www.expertisenetze.at/NL/2021-02/News-letter_SelteneErkrankungen_2021-2.pdf)