

16. Deutsch-Österreichische
Sozialrechtsgespräche 2016 am
28. und 29. Jänner in Passau

Hochpreisige Medikamente – eine Herausforderung für die gesetzliche Krankenkasse



Jährlich treffen sich namhafte österreichische und deutsche Sozialrechtsexperten, um aktuelle Themen der Sozialversicherung „rechtsvergleichend“ zu bearbeiten. Die 16. Sozialrechtsgespräche fanden heuer in Passau statt. Die OÖGKK war durch Franz Kiesel, Christian Rothmayer, Caroline Fritsche und Matthias Tuschek vertreten. Im Mittelpunkt stand das Thema „Hochpreisige Medikamente – eine Herausforderung für die gesetzliche Krankenversicherung“. Unter anderem kritisierte Dr. Josef Probst (HVB-Generaldirektor), dass die Pharmaindustrie durch übertriebene Medikamente hohe Gewinne erwirtschaftete, wodurch jedoch Gesundheitssysteme destabilisiert würden.

Josef Probst **Wie teuer dürfen lebenswichtige Medikamente sein?**

Probst kritisiert die derzeit starke Kostendynamik bei neuen Arzneimitteln. Diese neuen Medikamente gehen meist mit Verbesserungen für die Betroffenen einher, die Kosten dafür sind aber vielfach unverhältnismäßig hoch. Insbesondere hochpreisige spezialisierte Arzneimittel, teure Medikamente mit breiter Indikation und Arzneimittel an der Grenze zur Lifestyle-Medikation treiben die Kosten nach oben. Gründe für die Kostenexplosion gibt es viele.

Die hohen Preise werden von den Pharmaunternehmen immer wieder mit dem Hinweis auf die hohen Forschungskosten argumentiert, allerdings ist die Pharmabranche dessen ungeachtet die profitabelste Branche weltweit. Die Firmen machen hohe Gewinne, vor allem aus öffentlichen Geldern, weil die Finanzierung von Medikamenten aus Pflichtversicherungsbeiträgen der Sozialversicherung oder aus Steuermitteln erfolgt. Ohne diese kollektive Finan-

zierung könnten sich viele Menschen die teuren Medikamente nicht leisten. Dem gegenüber steht die Tatsache, dass multinationale Konzerne häufig eine Steuervermeidungsstrategie betreiben. Diesen Mustern folgen auch einzelne Pharmakonzerne. Die Preisgestaltung mancher Pharmakonzerne kann schlicht als unethisch bezeichnet werden. Sie bringt Gesundheitssysteme in eine finanzielle Schieflage und schließt in vielen Ländern Menschen von notwendigen Behandlungen aus.

Ursache für die zunehmend schwierige Situation sind die Regeln, die dies auf internationaler Ebene, der Ebene der Europäischen Union und auf nationaler Ebene ermöglichen. Auf europäischer Ebene kritisierte Probst die Tatsache, dass die Transparenzrichtlinie die Industrie schützt und im Streitfall die Einkaufsentscheidung nicht mehr bei der Sozialversicherung liegt, die letztendlich für die Arzneimittel aufkommt. Die Rolle der Sozialversicherung bei den Preisverhandlungen wird durch den Umstand, dass die Einkaufsentscheidungen nicht mehr von der Heilmittelbewertungskommission, sondern vom Bundesverwaltungsgericht getroffen werden, geschwächt. Die Situation würde durch raschere EMA-Zulassungen mit beschleunigten Verfahren und bedingten Zulassungen verschärft, so Probst.

Auch im Bereich des Patentrechts sieht Probst Verbesserungsbedarf. Dazu gehören die im Verhältnis zum Amortisierungszeitraum sehr langen Schutzfristen sowie die Frage, was als Innovation gesehen wird. So wäre es etwa gerechtfertigt, das Patentrecht ab dem Zeitpunkt erlöschen zu lassen, an dem z. B. die Forschungskosten erwirtschaftet wurden. Zusätzlich spricht sich Probst für eine Verlängerung der Entscheidungs- und Begutachtungsfristen bei Zulassungsanträgen aus.

Einzelne Pharmakonzerne haben Einfluss auf die Gestaltung der Regeln, nutzen sie bis zur Grenze oder umgehen sie legal oder illegal. Wenn sich daran etwas ändern soll, müssen bestehende Regeln geändert und die Einhaltung der Regeln konsequent eingefordert werden.

Monika Drs **Leistungsanspruch auf Heilmittel in der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich**

Eingangs stellte Prof. Dr. Monika Drs (WU Wien) klar, dass zwischen der Sozialversicherung, den Ärzten und den Patienten ein Interessenkonflikt besteht. Die Patienten erwarten eine bestmögliche Behandlung auf Kosten der SV-Träger, Ärzte fordern die freie Berufsausübung bei Abgeltung erbrachter Leistungen und die SV-Träger dürfen das Prinzip der Wirtschaftlichkeit – zum Schutze aller Versicherten – nicht aus den Augen verlieren. Anschließend führte Drs allgemeine Grundsätze der österreichischen Sozialversicherung näher aus.

Gemäß dem Wirtschaftlichkeitsgebot muss eine Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen allerdings nicht überschreiten. Der Patient hat also keinen Anspruch auf alle verfügbaren Heilmittel oder auf „Wahlmedikamente“, er hat aber Anspruch auf das Generikum, das die Zweckmäßigkeit in gleicher Weise erfüllt und geringere Kosten verursacht. Einen Anspruch auf die vom Arzt verordneten Medikamente hat der Patient jedoch immer.

Bei der Abwägung der Kriterien werden jedoch nicht nur die Kosten herangezogen. Eine Generalisierung erfolgt durch den Erstattungskodex (EKO), die Richtlinie zur ökonomischen Verordnung (RöV) und die Negativliste, doch muss grundsätzlich immer auf den Einzelfall abgestellt werden.

Der Erstattungskodex ist in den grünen, gelben und roten Bereich aufgeteilt. Für die Hepatitis-C-Behandlung hat der Hauptverband zusätzliche Kriterien aufgestellt: Das Medikament ist im gelben Bereich gelistet und bedarf daher der cheftztlichen Genehmigung. Zusätzlich müssen Patienten in Register aufgenommen werden und die Verschreibung darf nur durch bestimmte Fachärzte in ausgewählten spezialisierten Zentren erfolgen. Diese Vorgehensweise ist, weil sachlich gerechtfertigt, zulässig.

Eine Aufnahme in den EKO wird nur bei Vorliegen einer Innovation oder bei Vorliegen eines wesentlichen therapeutischen Nutzens bewilligt. Auch ein ausreichend großer Preisunterschied kann für eine Aufnahme in den EKO ausschlaggebend sein.

Ist das Medikament nicht im EKO gelistet, kann auf die RöV zurückgegriffen werden. Es bedarf der cheftztlichen Bewilligung, wenn die Behandlung aus



zwingenden therapeutischen Gründen notwendig und kein gelistetes Medikament zur Behandlung vorhanden ist. Die RöV begründet keinen Anspruch, bewirkt aber eine einheitliche Anwendung der rechtlichen Kriterien.

Auf der Negativliste befinden sich jene Medikamente, die nicht erstattungsfähig sind, da sie nicht zur Krankenbehandlung geeignet sind (z. B. Bachblüten). Dennoch ist eine Behandlung mit Medikamenten der Negativliste im Einzelfall möglich. Im Ergebnis ist erkennbar, dass EKO, Negativliste, RöV, Krankenordnungen und Gesamtverträge keine generelle Einschränkung des individuellen Anspruchs des Patienten darstellen.

Maximilian Grüne **Leistungs- und Leistungserbringungsrecht im Arzneimittelbereich in Deutschland**

Wie Maximilian Grüne vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, Berlin) ausführte, ist der G-BA das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entsprechen einer untergesetzlichen Rechtsnorm und sind für Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte verbindlich („kleiner Gesetzgeber“). Die Richtlinien sollen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen.

Der G-BA setzt sich aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern (je fünf Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenversicherung, drei unparteiischen Mitgliedern) zusammen; fünf Patientenvertreter haben ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht.

Da alle neu zugelassenen Arzneimittel vom G-BA beurteilt werden, kann dieser auf verschiedene Weise in die Preisregulierung eingreifen.

Ein Instrument unter anderen ist die Frühbewertung des Nutzens neu zugelassener Arzneimittel. Der G-BA beurteilt Arzneimittel in Bezug auf Nutzen und

Zweckmäßigkeit im Vergleich zur aktuellen Standard- bzw. Vergleichstherapie. Die Durchsetzung seiner Beschlüsse bei Unzweckmäßigkeit und mangelnder Wirtschaftlichkeit ist allerdings erschwert: Die Beweislast liegt beim G-BA und nicht beim Hersteller. Der Hersteller muss nur den (Zusatz-)Nutzen beweisen.

Kommt der G-BA zum Entschluss, das Arzneimittel zuzulassen, ist dieses zulasten der Krankenversicherung verordnungsfähig. Nach der frühen Nutzenbewertung kommt es zu Preisverhandlungen des GKV-Spitzenverbands mit den Herstellern. Da bei der Nutzenbewertung nur der medizinische Nutzen und nicht der Preis relevant ist, wird bei einer zweckmäßigen Vergleichstherapie auf das Generikum abgestellt. Dadurch werden Unternehmen bei der Preisverhandlung unter Druck gesetzt.

Eine weitere Möglichkeit, in die Preisgestaltung einzugreifen, ist das Festlegen von Festbeträgen – fixen Preisen, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für das Medikament leistet. (Verlangt der Hersteller für sein Produkt mehr als diesen Fixbetrag, muss der Patient die Mehrkosten aus eigener Tasche bezahlen.) Arzneimittel werden sogenannten „Festbetragsgruppen“ zugeordnet. Diese Gruppen enthalten entweder idente Wirkstoffe (Generika), teilidenten Wirkstoffe (pharmakologisch vergleichbar) oder Wirkstoffe mit vergleichbarem therapeutischem Nutzen. Patentgeschützte Arzneimittel dürfen nur dann dem Festbetragssystem einverleibt werden, wenn bereits eine Gruppe von mindestens zwei patentgeschützten Arzneimitteln besteht.

Die Nutzenbewertung erfolgt innerhalb von sechs Monaten, die Festbetragsverhandlungen innerhalb weiterer sechs Monate. Somit wird ein großer Nachteil ersichtlich: Zwölf Monate lang ist das Arzneimittel in Deutschland zugelassen und wird von den Krankenversicherungen erstattet, ohne dass ein Preis festgesetzt wurde. In dieser Zeit bestimmt der Hersteller den Preis, und Patienten werden auf ein Präparat eingestellt, dessen Verordnung später eventuell verboten wird.

Barbara Klaus **Europarechtliche Regelungen** **und Steuerungsmöglichkeiten** **von Medikamentenpreisen**

Laut Dr. Barbara Klaus (Rechtsanwältin, Mailand) erfolgt in Europa die Preisbildung von Medikamenten äußerst unterschiedlich. Da die Gesundheitspolitik aber Kompetenz der einzelnen EU-Mitgliedstaaten ist, hat die EU keinen direkten Einfluss auf die Erstattung oder Preisfestsetzung von Arzneimitteln. Eine Harmonisierung auf EU-Ebene ist somit nicht möglich.

Indirekten Einfluss hat die EU auf die Gesundheitspolitik aber über Gesetze betreffend den Binnenmarkt, die Sozialpolitik, den Verbraucherschutz und die Wettbewerbspolitik. Diesen EU-Normen dürfen nationale Gesetze nicht widersprechen. So darf z. B. der Online-Handel von verordnungsfreien Arzneimitteln auf nationaler Ebene nicht verboten werden.

Der EuGH beurteilt auch das Festsetzen von Festbeträgen nicht als rechtswidrig, da die Krankenversicherungen für soziale Zwecke verhandeln und nicht als gewinnorientierte Unternehmen zu werten sind. Darum ist in diesem Fall auch kein Kartellrecht anzuwenden.

Auch unterliegen Einkaufskooperationen nicht dem Kartellrecht, wenn sie nicht marktbeherrschend sind und der Verbraucher einen Nutzen daraus zieht. In anderen Worten können große Einkaufsgemeinschaften nicht verboten sein, sie werden aber kartellrechtlich kontrolliert.

Die EU kann keine Agentur zur Preisbildung gründen, da die Preisbildung nicht in der Kompetenz der EU, sondern bei den Mitgliedstaaten liegt. Die Preisbildung unterliegt der unternehmerischen Freiheit, daher kann hier die EU nicht eingreifen. Im Bereich der Zulassung wird zwar auch in die unternehmerische Freiheit eingegriffen, der Eingriff dient aber hier dem Schutz der Gesundheit und fällt dadurch in den Kompetenzbereich der Europäischen Union.

Durch die Transparenzrichtlinie wurden weitere Regeln seitens der Europäischen Union geschaffen, um eine bessere Transparenz für die Preisfestsetzung zu gewährleisten.

Jutta Lichtenecker **Steuerungsmöglichkeiten im Heil-** **mittelbereich durch die gesetzlichen** **Krankenversicherungen in Österreich**

Im Erstattungskodex (EKO) sind zugelassene, erstattungsfähige und gesichert lieferbare Arzneyspezialitäten gelistet, die auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassenen Bereich abgegeben werden können. Der EKO ist in drei Bereiche (Grün, Gelb und Rot) gegliedert, für die unterschiedliche Abgabebedingungen – insbesondere das Erfordernis der Bewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen



Dienst – gelten. MMag. Jutta Lichtenecker (vorm. Piessnegger, HVB Wien) erläuterte den Modus, wonach jedes vertriebsberechtigte Unternehmen für eine Arzneispezialität beim Hauptverband einen Antrag auf Aufnahme in den EKO stellen kann. Die Arzneispezialitäten werden hinsichtlich ihrer Erstattungsfähigkeit geprüft und einer pharmakologischen, medizinisch-therapeutischen und gesundheitsökonomischen Evaluation unterzogen. Dabei wird der Hauptverband von einem unabhängigen und weisungsfreien Beratungsgremium, der Heilmittelbewertungskommission, unterstützt, deren Empfehlungen die Grundlage für die Entscheidungen des Hauptverbands darstellen. Die Entscheidungen haben innerhalb von 180 Tagen zu erfolgen. Für die Aufnahme in den EKO gelten verschiedene Preisregelungen, jedenfalls darf der Preis im EKO den EU-Durchschnittspreis des Produkts nicht überschreiten. Zur Feststellung der erforderlichen Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels wird ferner der medizinisch-therapeutische Nutzen im Verhältnis zu bereits verfügbaren therapeutischen Alternativen bewertet.

Der EKO enthält rund 60 Prozent aller in Österreich vertriebsfähigen Arzneimittel, beschränkt jedoch nicht den Leistungsanspruch der Versicherten. Wenn es für die Krankenbehandlung notwendig ist, können auch Arzneimittel außerhalb des EKO verordnet werden. So stieg innerhalb der letzten zehn Jahre auch der Anteil der Medikamente, die nicht im EKO gelistet sind und daher keiner Preisregelung unterliegen, jedoch im medizinischen Einzelfall auf Kosten der sozialen Krankenversicherung abgegeben werden können, von rund sechs Prozent auf etwa 13 Prozent der Gesamtausgaben. Darüber hinaus ist die soziale Krankenversicherung mit hochpreisigen und spezialisierten Medikamenten konfrontiert, die ein Viertel des gesamten Arzneimittelbudgets bei lediglich 0,4 Prozent der Verordnungen ausmachen (Quelle: maschinelle Heilmittelabrechnung, Kassenverkaufspreis exkl. USt.). Dies betrifft etwa Wirkstoffe gegen Hepatitis C, Krebs und auch solche zur Behandlung seltener Erkrankungen. Auch die Ausgaben für teure Medikamente mit einem breiten Indikationsspektrum (z. B. die neuen oralen Antikoagulantien), von dem viele Patienten betroffen sind, wachsen überproportional. Die vergleichsweise enormen Steigerungsraten der letzten beiden Jahre sowie das Auslaufen des Rahmen-Pharmavertrags mit Ende 2015 führten zur Notwendigkeit, erneut Verhandlungen mit der Pharmawirtschaft aufzunehmen. Diese mündeten im Abschluss des Rahmen-Pharmavertrags 2018, der mit 1. Jänner 2016 rechtswirksam wurde und eine Laufzeit bis Ende 2018 hat. Im Rahmen-Pharmavertrag verpflichtet sich die Pharmawirtschaft zur Zahlung eines Solidarbeitrags für das Jahr 2016 von 125 Mio. Euro und für die Jahre 2017 sowie 2018 jeweils zur



© flashpics - Fotolia.com

Zahlung eines Solidarbeitrags von zehn Mio. Euro pro Prozent an Steigerung der Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für Arzneispezialitäten, jedoch maximal 80 Mio. Euro.

Teil des Rahmen-Pharmavertrags 2018 ist außerdem die Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen rund um den EKO, um zukünftig mit neuen Regelungen auf hohe Heilmittelkostensteigerungen reagieren zu können. Der Fokus liegt insbesondere auf den Kosten für Arzneispezialitäten, die nicht im EKO gelistet sind, und auf der verstärkten Nutzung von Marktmechanismen.

Wolfgang Adolf Steuerungsmöglichkeiten im Arzneimittelbereich durch die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland

Wirkungsvolle Steuerungsinstrumente sind nach Wolfgang Adolf (AOK Bayern, München) in Deutschland unter anderem der Festbetrag, Rabattverträge, die frühe Nutzenbewertung des G-BA sowie Preismoratorien.

Festbeträge (1989): Für bestimmte Arzneimittelgruppen werden Festbeträge mithilfe gesetzlicher Kriterien festgelegt, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet werden. Liegt der Preis des Arzneimittels über dem Festbetrag, muss der Patient die Differenz aufzahlen. Pharmakonzerne haben erkennen müssen, dass ihre Medikamente dann nicht von Patienten in Anspruch genommen werden.

Rabattverträge (2003): Jede GKV kann mit Pharmaherstellern Rabattverträge aushandeln. Allerdings unterliegen diese dem Kartellrecht und müssen deshalb im Zuge eines offenen, europaweiten Ausschreibungsverfahrens entstehen. Rabattierte Preise dürfen nicht offengelegt werden. Seit 2007 müssen Apotheken das billigste Medikament abgeben, außer der Arzt widerspricht begründet. Durch Rabattverträge konnten Einsparungen von etwa zehn Prozent der Gesamtheilmittelkosten erreicht werden.

Preismoratorium (2014): Die GKV macht eine Ausschreibung, um drei Wirkstoffe einer Wirkstoffklasse in die Erstattung aufzunehmen. Deren Preise und Po-

sition werden dann für drei Jahre „eingefroren“. Der starke Konkurrenzkampf der Anbieter ist dabei ein Vorteil für die GKV. Ein Nachteil liegt darin, dass bei Markteinführung eines günstigeren Präparats, dieses in diesen drei Jahren nicht berücksichtigt wird bzw. dass die Preise nach Ablauf der drei Jahre stark ansteigen könnten. Der Wegfall des Preismoratoriums würde Mehrkosten von 17 Prozent für die GKV nach sich ziehen.

Konrad Grillberger **Optionen und Probleme der Steuerung der Arzneimittelpreise durch den „Staat“ in Österreich**

Prof. Dr. Konrad Grillberger (Universität Salzburg) zeigt eine Vielzahl an Möglichkeiten, wie in Österreich der Medikamentenpreis reguliert werden kann. Zwangsrabatte durch Gesetz: Umsatzabhängige, rückwirkende Zwangsrabatte können im Rahmen-Pharmavertrag festgelegt werden. Das ist auch nach Rechtsprechung des VfGH zulässig, da Pharmafirmen von Krankenkassen profitieren. Der Rabatt betrug zwischen 2004 und 2006 zwei Prozent des Umsatzes.

Höchstpreise durch Behörde: Das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) kann im Falle eines Versorgungsengpasses volkswirtschaftlich gerechtfertigte Preise bestimmen. Bei Arzneimitteln wäre das auch ohne Vorliegen eines Engpasses möglich. Allerdings müssen die Entscheidungsgrundlagen ausführlich, vollständig, nachweisbar und gut argumentiert vorgelegt werden können.

Patentrecht: Es ermöglicht eine zeitlich befristete Monopolstellung. Ein Patent bietet ca. 15 Jahre einen effektiven Schutz. Da das Patentrecht im EU-Recht verankert ist, kann es national nicht verändert werden. Allerdings kann in die Patenthöhe eingegriffen werden, sodass Patente nur noch für „echte Innovationen“ vergeben werden (wie z. B. in Indien). In Österreich ist das aber schwer umzusetzen, da die Patenthöhe für alle Erzeugnisse gleich geregelt ist.

Parallelimporte: Wenn ein Arzneimittel in einem EWR-Land günstiger vertrieben wird, könnte es von dort importiert werden. Um zu verhindern, dass Länder mit niedrigen Arzneimittelpreisen für andere Länder Arzneimittel einkaufen, drosselten die Pharmafirmen ihre Lieferungen, sodass jedes Land nur noch für den Eigenbedarf ausgestattet wird. Der EuGH hält dies für zulässig.

Import aus Drittstaaten: In Österreich ist der Import von Arzneimitteln nur dann erlaubt, wenn in Österreich keine Behandlungsalternative erhältlich ist. Patentinhaber können die Einfuhr aber verhindern. Auch durch das Arzneimittel-Einfuhrgesetz ist der Import aus

Drittstaaten grundsätzlich verboten. Zusätzlich ist eine Zulassung (auch für Generika) nach dem Arzneimittelgesetz erforderlich.

Gisbert Selke **Optionen und Probleme der Steuerung der Arzneimittelpreise durch den „Staat“ in Deutschland**

Nach der liberalen Markttheorie müsste sich der faire Preis eines Produkts zwangsläufig und automatisch finden. Allerdings gilt dies laut Gisbert Selke (Mathematiker, AOK Berlin) nur, wenn der Käufer die Entscheidung trifft, das Produkt bezahlt und auch selbst nutzt. Bei Arzneimitteln trifft aber der Arzt die Entscheidung, die GKV bezahlt und der Patient nutzt das Medikament. Daher wirken Maßnahmen wenig bis gar nicht. Die fünf größten Umsatztreiber bewirken Mehrkosten von einer Milliarde Euro.

Mit unterschiedlichen Instrumenten versuchen die Staaten dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Eine entscheidende Frage bzw. ein richtungsweisendes Problem wird bei dieser Diskussion jedoch immer öfter aufgeworfen: Wie viel Gesundheit bzw. Leben geht durch die Umsteuerung der Mittel in die Therapie mit hochpreisigen Medikamenten verloren? Beispiel Krebstherapie: Viele neue, teure Arzneimittel verlängern das Überleben im Durchschnitt um 2,1 Monate. Wie steht dieses Ergebnis im Verhältnis zum volkswirtschaftlichen Nutzen?

Auch Fast-Track-Zulassungen der EMA beinhalten eine gefährliche Entwicklung. Aus kürzeren Produktzyklen mit kleineren Zielpopulationen und höheren Preisen könnte ein immer geringerer volkswirtschaftlicher Gesamtnutzen resultieren.

Fazit

In Österreich und Deutschland wird der Medikamentenpreis bereits durch eine Vielzahl von Steuerungsinstrumenten beeinflusst, um der Entwicklung hin zu immer hochpreisigeren Medikamenten entgegenzusteuern. Weitere Möglichkeiten, die Medikamentenpreise künftig besser in den Griff zu bekommen, könnten unter anderem – bezogen auf Österreich – Eingriffe in die Patenthöhe, neue Rabattmodelle, Preismoratorien sowie das Schließen neuer (großer) Einkaufskooperationen sein.

Die nächsten Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche sind vom 26. bis 27. Jänner 2017 in Linz geplant.

Die ausführlichen Vorträge der einzelnen Referenten werden in den folgenden Ausgaben der Sozialen Sicherheit erscheinen.

Mag. Matthias Tuschek (ÖÖGKK)