

02 VAD kompakt

Der Politikbrief der Arzneimittel-Importeure

Im Blickpunkt I

Diskussion um Importförderung nach Diskussionspapier zum Pharmadialog

Die Regierung hält an der Importförderregelung fest. Ein nicht abgestimmtes Diskussionspapier von vier Parlamentariern der CDU/CSU- und SPD-Bundestagsfraktion erwägt jedoch Anpassungen: Apotheken sollen importierte Arzneimittel nur noch dann bevorzugt abgeben, wenn der Preisunterschied zum deutschen Originalpräparat 15 Prozent beträgt. Der alternative 15-Euro-Preisabstand soll entfallen. Eine Forderung, die das deutsche Gesundheitswesen jedoch mehr kosten als ihm nutzen würde.

Kaum hatte der Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe (CDU) den offiziellen Bericht zum Pharmadialog vorgestellt, machte sich im gesundheitspolitischen Berlin Unruhe breit. Der Grund: ein überraschendes und zeitgleich veröffentlichtes Papier der Regierungsfractionen von CDU/CSU und SPD, das Ergebnisse des Pharmadialogs konkretisiert, punktuell widerspricht und neue Forderungen beinhaltet, darunter die Regelung zur Importförderung, die im Dialog zwischen den zuständigen Ministerien und der Pharmaindustrie zumindest nicht offiziell berührt worden war. Die Sprecher und Berichterstatter der jeweiligen Fraktionsarbeitsgruppe Gesundheit können sich vorstellen, dass der Preisunterschied der importierten Arzneimittel zum deutschen Original immer mindestens 15 Prozent betragen soll, um bevorzugt abgegeben werden zu können. Ein Teil der derzeit gültigen „15/15-Regelung“ nach § 129 Absatz 1 Nr. 2 SGB V, wonach der Import alternativ dazu mindestens 15 Euro preiswerter sein kann, entfielen somit.

Die Intention der Gesundheitspolitiker ist es, mit dieser Modifikation höhere Einsparungen insbesondere im hochpreisigen Arzneimittelmarkt erzielen zu wollen. Gleichlautende Äußerungen wurden bereits vom CDU-Abgeordneten Michael Hennrich getätigt, der zu den vier Verfassern gehört. Nicht erst mit dem Pharmadialog wurde das Ziel gesetzt, eine gute und vor allem bezahlbare Arzneimittelversorgung in Deutschland zu stärken.

Während das Gesundheitsministerium im Bericht zum Pharmadialog mitteilte, dafür unter anderem eine Umsatzschwelle für neue Medikamente einführen zu wollen, bei deren Überschreiten der Erstattungsbetrag auch im ersten Jahr nach der Markteinführung gelten könne, gehen die Forderungen des Fraktionspapiers weiter. Die Deckelung des prozentualen Anteils des Apothekenhonorars oder eben die dargelegte Änderung der Importförderklausel gehören beispielsweise zu den vorgeschlagenen Maßnahmen der CDU/CSU- und SPD-Abgeordneten.

Letzterer Vorschlag führt jedoch nicht zur gewünschten Kosteneinsparung. Vielmehr gefährdet er den notwendigen und bestehenden Wettbewerb zwischen Importeuren und Originalherstellern, der sich in der Preisgestaltung niederschlägt und allein den gesetzlichen Krankenkassen jährlich direkte und indirekte Einsparungen von über drei Milliarden Euro bringt. Würde der Preisabstand ausschließlich bei 15 Prozent über alle Arzneimittel hinweg angelegt werden, könnten insbesondere viele innovative hochpreisige Präparate nicht mehr wirtschaftlich importiert werden, da die nötigen Preisunterschiede im Einkauf innerhalb der Europäischen Union nicht mehr gegeben wären. Es ist eine einfache Rechnung: Das importfähige Volumen bei allen Arzneimitteln mit einem Preis von über 100 Euro sinkt, wenn der Preisabstand von 15 Euro auf 15 Prozent steigen muss.

Editorial



Liebe Leserin,
lieber Leser,

etwa eineinhalb Jahre dauerten die Beratungen der Bundesregierung, Verbände, Gewerkschaften, Krankenkassen und Forschung, jetzt stehen

die Ergebnisse des Pharmadialogs fest – und erhitzen die Gemüter. Während einige Branchenvertreter zu offene Formulierungen im 44-seitigen Bericht monieren, sehen andere bestimmte Punkte als zu beschränkend und dikierend an. Ein Potpourri von Meinungen, das durch die Veröffentlichung eines separaten Diskussionspapiers von vier Mitgliedern der CDU/CSU- und der SPD-Bundestagsfraktion zum Kochen gebracht wurde.

In dem innerhalb der Fraktionen nicht abgestimmten Papier wurden Forderungen laut, die im Ergebnis des Pharmadialogs keine Rolle gespielt hatten. Darunter der Wegfall des 15-Euro-Mindestabstands zwischen Import- und Originalpräparaten zur bevorzugten Abgabe in Apotheken. Damit würde jedoch das Marktvolumen importierter Arzneimittel gerade im hochpreisigen Segment deutlich schrumpfen, der preisdämpfende Wettbewerbseffekt gegenüber dem Original bliebe aus. Ein gefundenes Fressen für die Originalhersteller, um sich von einem wirtschaftlichen Konkurrenten befreien zu können. Das deutsche Gesundheitssystem müsste die folglich Mehrkosten tragen, statt durch Einsparungen über den Arzneimittel-Import entlastet zu werden. Die kommende gesundheitspolitische Diskussion wird zeigen, ob dieser Impuls mehrheitsfähig ist.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Ihr Prof. Edwin Kohl
Vorstandsvorsitzender des VAD

Weniger preisgünstige Importe bedeuten mehr teurere Originale am Arzneimittelmarkt.

Da sich die Einsparungen durch Importe aus dem Produkt von Preisunterschied und verfügbarer Menge ergeben, würden die Ersparnisse für die Versicherungsgemeinschaft deutlich sinken und somit die Versorgungskosten der Krankenkassen steigen. Die Bemühungen der Politik und der Kostenträger, die explodierenden Ausgaben für Arzneimittel in Grenzen zu halten, wären damit konterkariert. Am Ende würde nur die pharmazeutische Industrie profitieren, die eine lästige Konkurrenz los wäre.

Daher ist es nur verständlich, wenn Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbands, aktuell davon spricht, auf das „Sparpotenzial“ von Reimporten nicht verzichten zu wollen, auch wenn der Verband für eine Neujustierung der Importförderregelung plädiert. Zu wünschen ist jedoch, dass die aktuelle Regelung von der Politik beibehalten wird, die die unterschiedlichen Preissegmente bei patentgeschützten Arzneimitteln unter dem Aspekt der Einsparungen und des Wettbewerbes ausgewogen berücksichtigt. Eine sinnvolle Änderung wäre nur, den gesetzlich festgelegten Preisabstand zu verkürzen. Bereits die Prognos-Studie 2014 zum Import von Arzneimitteln zeigte ein erhebliches zusätzliches Einsparpotenzial von bis zu 100 Millionen Euro auf, wenn Import-Arzneimittel grundsätzlich immer abzugeben sind, wenn sie preiswerter sind als das Original – unabhängig von einem preislichen Mindestabstand. Dazu muss jedoch der Marktanteil von Importpräparaten, deren Preisabstand geringer als 15 Prozent ist, erhöht werden. Dies würde zu mehr Einsparungen, aber auch zu einem einfacheren Abgabeverfahren führen.

In über 40 Jahren haben sich Importe als wichtige Wettbewerber im patentgeschützten Segment etabliert und als funktionierendes Sparinstrument bewährt. Daher werden sie auch weiterhin ihre Berechtigung haben und sollten gegebenenfalls ausgeweitet werden, um die Arzneimittelkosten im Gesundheitswesen im Rahmen zu halten. Es gehört natürlich zu unserer Demokratie dazu, sich mit unterschiedlichen Ansichten zum Thema auseinanderzusetzen. Das schließt auch das Diskussionspapier der vier CDU/CSU- und SPD-Parlamentarier ein, das innerhalb der Fraktionen noch nicht konsentiert, aber sicherlich in die Beratung zur kommenden Gesetzgebung einfließen wird. Es diene „als Anregung für die parlamentarische Debatte“, wie Maria Michalk (CDU), Mitverfasserin und gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, auf dem 53. Wirtschaftsforum

des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) formulierte. Auch Bundesminister Gröhe betonte auf einer Veranstaltung des Branchenverbands Pro Generika, es sei „das Natürlichste der Welt“, im parlamentarischen Verfahren über Lösungen gemeinsam zu diskutieren und um Standpunkte zu ringen. Der VAD wird dies für die deutschen Importeure tun. ■



Meldung

Der Pharmadialog: Gestaltungsinstrument oder Wunschzettel für Big Pharma?

Die Motivation war groß, die Intention eine gute: Ende 2014 riefen das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie den Pharmadialog ins Leben, in dessen Rahmen, gemeinsam mit Vertretern aus Wirtschaft und Forschung, der Gesundheitsstandort Deutschland „ausgestaltet“ werden sollte. Eineinhalb Jahre später wurde ein 44-seitiger Abschlussbericht präsentiert.

Ob Pharmaindustrie, Apotheker oder Krankenkassen: Die Kritik an dem Bericht ist groß. Neben der Tatsache, dass zentrale Stakeholder trotz Behandlung „ihrer“ Themen kein Gehör fanden, stoßen sich viele an der mangelnden Konkretisierung des Berichts.

Kontrovers diskutiert wurden die sogenannten Mondpreise, die Nutzenbewertung, die Vertraulichkeit bei der Preisbildung sowie Antibiotika und Lieferengpässe.

Die zentralen Punkte zusammengefasst:

- Einigkeit besteht in Sachen wirkungsvolle Bekämpfung von Volkskrankheiten sowie vernachlässigte Erkrankungen. Hier soll die Forschung intensiviert und dafür gesorgt werden, dass Innovationen schneller beim Patienten ankommen. Instrumente wie Public Private Partnership oder Open-Innovation-Modelle sollen ausgebaut werden.
- In der Diskussion um den rückwirkenden Erstattungsbetrag ist nun die Einführung einer Umsetzschwelle bei neuen, hochpreisigen Medikamenten angedacht. Überschreiten Hersteller diese noch nicht weiter definierte Grenze, gilt bereits vor Ablauf der Jahresfrist der Erstattungsbetrag.
- Rabattierte Erstattungsbeträge sollen künftig der Geheimhaltung unterliegen. Nur noch „Institutionen des deutschen Gesundheitswesens“, die dies zur Erfüllung ihrer gesetz-

lichen Aufgaben benötigen, sollen auf die Preisinformationen zugreifen können.

- Zwischen Vergabe und Umsetzung eines Rabattvertrages sollen künftig sechs Monate liegen. So sollen sich Generika-Hersteller besser auf die Umsetzung vorbereiten können.

- In Sachen Lieferengpässe soll eine Liste besonders versorgungsrelevanter engpassgefährdeter Arzneimittel entwickelt werden. Ein Jour fixe soll für die Aktualität der Liste sorgen.

- Das BMG verzichtet zwar auf Mehrfachausschreibungen, spricht jedoch einen Appell gegenüber den GKV'en aus, um selbst gegen Lieferengpässe vorzugehen.

- Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung sollen leichter und schneller für Ärzte zugänglich gemacht werden, wofür ein Arztinformationssystem aufgebaut werden soll.

- Eine Biosimilarsverordnung soll für mehr Klarheit in der Verordnung und für Einsparungen im deutschen Gesundheitssystem sorgen.

- Das Projekt securPharm, das System zur Echtheitsprüfung von Arzneimitteln, soll weiter ausgebaut werden.

- Um der Resistenzentwicklung entgegenzuwirken, soll die Entwicklung neuer Antibiotika gefördert werden. Zudem sollen die strengen Wirtschaftlichkeitsregeln des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) bei Antibiotika entschärft werden.

- In Anlehnung an Orphan Drugs sind Erleichterungen bei der frühen Nutzenbewertung bei Kinderarzneimitteln geplant. Dadurch soll die Zahl der für Kinder zugelassenen Arzneimittel erhöht werden.

Im Blickpunkt II

Erneuter Vorwurf manipulierter Zulassungsstudien in Indien

Nach Quest Life Sciences und GVK Biosciences stehen jetzt zwei weitere indische Pharmadienleister unter dem Verdacht, Zulassungsstudien gefälscht zu haben. Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat eine Überprüfung von Medikamenten, die in Studien von Semler Research und Alkem analysiert worden sind und zum Teil auch in Deutschland kursieren, eingeleitet.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte bei der Prüfung von zwei Standorten der Semler Research Centre Private Limited im vergangenen Jahr kritische und gravierende Abweichungen von der Guten Herstellungspraxis (GMP) und der Guten Klinischen Praxis (GCP) festgestellt: Fünf Studien zu den Wirkstoffen Atazanavir, Acetazolamid, Celecoxib, Saquinavir und Lamivudin zeigten Datenmanipulationen auf; zudem gab es Unstimmigkeiten bei durchgeführten Chromatografien. Nach Dialogbemühungen empfahl die WHO, verschiedene Zulassungsverfahren auch für weitere Produkte einzustellen, bis die Probleme geklärt seien.

Auf Basis eigener Untersuchungen äußerte auch die US-amerikanische Behörde für Lebens- und Arzneimittel (FDA) Bedenken gegenüber der Datenintegrität von bioanalytischen und klinischen Studien von Semler Research, woraufhin die EMA die Reliabilität von Semler-Research-Studien grundsätzlich

infrage stellte. Zentral zugelassene Arzneimittel wurden zwar nicht getestet, jedoch wurden auf nationaler Ebene Medikamente nach Semler-Research-Studien zugelassen. Der zuständige Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) prüft nun, welche Arzneimittel betroffen sind und welche Maßnahmen getroffen werden müssen. Ein entsprechendes Anhörungsverfahren ist laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in Deutschland gestartet.

Das BfArM verdächtigt zudem den indischen Top-Ten-Pharmakonzern Alkem Laboratories Limited der Manipulation von Zulassungsstudien nach einer Inspektion des Werks in Taloja bei Mumbai. Wie schon in den Manipulationsfällen der indischen Firmen GVK Biosciences und Quest Life Sciences aus den Jahren 2014 und 2015 soll auch Alkem Elektrokardiogramm-Befunde in Bioäquivalenzstudien verfälscht haben, indem Daten einer Person verschiedenen Patienten zugeordnet wurden.

Betroffen seien Produkte mit den Wirkstoffen Cefuroxim und Rituzol, die in Arzneimitteln zur Behandlung von neurologischen Erkrankungen genutzt werden. Dazu zählen auch Cefuroxim-Präparate des slowenischen Pharmakonzerns Krka. Nach Aussagen von Alkem seien Fehler vonseiten der Vertragspartner begangen worden, die sich nicht an die Qualitätsvorgaben des indischen Pharmaunternehmens gehalten hätten. Das BfArM wies darauf hin, dass Alkems Qualitätssystem diese Fehler weder verhindert noch entdeckt habe.

Die EMA prüft auch hier, ob die Zulassung für betroffene Produkte erhalten bleibt, abgeändert, zurückgezogen oder für ruhend erklärt wird. Eine Entscheidung des CHMP zu Alkem wie auch Semler Research ist in den kommenden Sommermonaten zu erwarten, die schließlich von der EU-Kommission rechtlich bindend beschlossen werden muss. ■

Aus aktuellem Anlass

VAD wehrt sich gegen Angriffe der Liaison DAV und AOK

Mit zunehmendem Unverständnis reagieren wir auf die Angriffe des DAV-Vorsitzenden, Fritz Becker, und des Vorstandsvorsitzenden der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann. Die Liaison zwischen dem DAV und dem „Vater der Rabattverträge“ gegen Importarzneimittel überrascht. Schließlich gibt es kein Instrument der Preissenkung, das in vergleichbarer Weise die Entscheidungsfreiheit der Apotheker begrenzt und bürokratischen Aufwand bewirkt hat wie die Rabattverträge bei Generika.

Jahrelang hat insbesondere der DAV-Vorsitzende Becker den durch die Rabattverträge ausgelösten Mehraufwand inklusive des Retaxierungsrisikos in der Apotheke kritisiert und gar ein gesondertes Beratungshonorar gefordert. Gleiches gilt für die unter Versorgungsexperten seit Jahren diskutierten negativen Auswirkungen auf die Adhärenz aufgrund des regelmäßigen Wechsels der beliefernden Hersteller nach erneuter Ausschreibung. Beides scheint Herr Becker heute vergessen zu haben.

Beide scheinen ebenso vergessen zu haben, warum es eine seit Jahren erfolgreich übererfüllte und bewährte Importquote (ca. 11 %) gibt. Sie ist das Ergebnis eines zwischen den Organen der Selbst-

verwaltung geschlossenen Vertrages zur sachgerechten Präzisierung und geregelter Umsetzung der Importförderung des Sozialgesetzbuches im Apothekenalltag. Herr Becker hat diese für den DAV direkt verhandelt, Herr Dr. Hermann ist mit der AOK Baden-Württemberg Mitglied des Spitzenverbandes Bund, dem zweiten Verhandlungspartner. Wollte Herr Becker ernsthaft den „bürokratischen Aufwand“ in der Apotheke verbessern, könnte er mit seinem Vertragspartner beispielsweise die Erfüllung der Importquote über alle Kassen anstreben. Jedoch ist zum 01.06.2016 ein modifizierter Rahmenvertrag in Kraft getreten, der die Importregelung in keiner Weise berührt, weshalb diese Scheindiskussion nun sehr verwundert.

Es ist zudem erstaunlich, dass insbesondere Herr Hermann staatliche Eingriffe („Markt-dirigismus“) in den Gesundheitsmarkt kritisiert. Dieser ist ein besonderer Markt, da er beitragsfinanziert ist und die Nachfrage nach Leistungen einschließlich Medikamenten nicht in der freien Verbraucherentscheidung liegt, sondern sich aus der Morbidität respektive der ärztlichen Verschreibung ergibt. Wenn Herr Hermann ein grundsätzliches Problem mit staatlichen Eingriffen beziehungsweise Rahmengesetzgebungen hat, müssten auf seiner Agenda gegen „wettbewerbswidrigen Markt-dirigismus“ beispielsweise auch Forderungen nach Abschaffung des Herstellerabschlages oder des Apothekenabschlages stehen, die gleichsam zu Einsparungen für die Kassen führen. ■

Expertenbeitrag

Dialog ist hilfreich – Intransparenz nicht



Jörg Geller ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KOHL MEDICAL AG und Geschäftsführer der kohlpharma GmbH

Ein Dialog ist immer hilfreich. Er gibt Gelegenheit, eigene Positionen zu formulieren und zu diskutieren. Die Pharmaindustrie ist aber nicht der einzige Akteur im Arzneimittelmarkt. Es gibt die Leistungserbringer Ärzte und Apotheker, den pharmazeutischen Großhandel, die Arzneimittel-Importeure und nicht zuletzt Patienten und Krankenkassen, die ebenfalls gewichtige Interessen haben.

Wenig überraschend war die frühe Nutzenbewertung ein Thema im Pharmadialog. Sicherlich kann man darüber streiten, ab wann ein schlussendlich vereinbarter Preis gelten soll. Die Industrie hat naturgemäß ein Interesse daran, bei Markteinführung einen möglichst hohen Preis aufzurufen. Das führt zu höheren Preisen im Ausland zulasten der dortigen Versicherten. Spätestens nach einem Jahr wird dann aber ein Preis maßgeblich, der sich an dem Nutzen orientiert. Sicherlich wird bei gegebenem Zusatznutzen dieser Preis nicht unterhalb desjenigen der relevanten Vergleichstherapie liegen können. Wie weit darüber er liegt, hängt nicht zuletzt am Verhandlungsgeschick der Vertragspartner.

Wer allerdings glaubt, durch Vertraulichkeit der Preise einen Vorteil für die Kassenseite zu bewirken, hat die Grundlagen betriebswirtschaftlichen Handelns nicht

verstanden. Vielmehr ist die Kenntnis von real gezahlten Preisen gerade die Basis jeder Preisverhandlung.

Wie eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) und der Technischen Universität Berlin zeigt, liegen die Preise für patentgeschützte Arzneimittel in Deutschland noch immer deutlich über dem europäischen Niveau. Demnach sind die Herstellerabgabepreise in den Vergleichsländern durchschnittlich 16 bis 27 Prozent niedriger als in Deutschland. Dabei wird der europäische Preisvergleich jedoch dadurch erschwert, dass die pharmazeutischen Hersteller abweichende nationale Erstattungspreise nicht angeben müssen. Um die Aussagekraft von europäischen Preisvergleichen künftig zu erhöhen, sollten in ganz Europa die tatsächlich gezahlten Herstellerpreise transparent gemacht werden, so das WiDO in einer Mitteilung.

Die Verhandlungsführer auf Kassenseite sind also gut beraten, die Auslandspreise in ihre Überlegungen einzubeziehen und allen voran von der Politik Transparenz der deutschen Erstattungspreise zu fordern. Anders als der Bundestagsabgeordnete Michael Henrich unlängst behauptet hat, ist Deutschland nicht das letzte Land mit transparenten Preisen. Sonst würden alle Referenzpreissysteme ins Leere gehen und zu überhöhten Preisen führen, wenn dafür nicht wirklich gezahlte Listenpreise maßgeblich wären. Tatsächlich wäre Deutschland das erste Land, das dem verständlichen aber inadäquaten Verlangen der Industrie nach Intransparenz nachgibt.

Das sogenannte Koalitionspapier ist bislang vor allem als Ausdruck der durchaus verständlichen Verärgerung der Parlamentarier darüber zu verstehen, in den Dialog nicht von vornherein einbezogen gewesen zu sein. So wie die Mischkalkulation für die Apotheke wichtig ist, so ist auch die 15-Prozent-/15-Euro-Regel für die Importeure eine wichtige Basis, tatsächlich ernst zu nehmen den Wettbewerb zu den Originalherstellern bieten zu können. Dass Preisabstände von 15 Prozent plus 7 Prozent Herstellerrabatt plus Kennzeichnungs- und Vertriebskosten gerade im hochpreisigeren Bereich selten erzielbar sind, weiß jeder, der sich ein wenig mit den transparenten europäischen Preisen beschäftigt hat. Damit ist klar, wessen Interessenlage hier bedient werden soll, erneut nicht die der Patienten und Kassen, sondern die der Industrie, die Wettbewerb scheut. ■

Termine

13.09.2016

1. Arzneimittel-Forum der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen (GWQ)

Der GWQ informiert Arzneimittelexperten über die wichtigsten Trends des Verordnungsgeschehens, wie zum Beispiel im Bereich Off-Label-Use. Was zudem von der Politik im kommenden Jahr zu erwarten ist, erläutert der Gesundheitspolitiker Michael Henrich (CDU), MdB.

www.gwq-serviceplus.de

29.09.2016

7. Berliner Symposium der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen (GWQ)

Auf dem Symposium der GWQ wird der Frage nachgegangen, mit welchen gesundheitspolitischen Zielen die politischen Parteien in den Bundestagswahlkampf 2017 ziehen. Neben den gesundheitspolitischen Sprechern der Bundestagsfraktionen diskutieren auch Experten aus der Wissenschaft und Vertreter des GKV-Spitzenverbandes.

www.gwq-serviceplus.de

05. – 07.10.2016

15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung

Unter dem Motto „Wissen schaf(f)t Nutzen“ werden Beispiele für gute Versorgungsforschung aus den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dargestellt und diskutiert. Der Kongress ermöglicht einen Austausch zwischen Forschern, Entscheidern und Umsetzern im Bereich der Gesundheitspolitik und -versorgung.

www.dkvf2016.de



Impressum

Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V. (VAD)

Prof. Edwin Kohl
Vorstandsvorsitzender des VAD
Im Holzhau 8
66663 Merzig
Deutschland

Telefon: 0 68 61/900-13 01
Fax: 0 68 61/900-13 03
E-Mail: kontakt@vad-news.org