

03 VAD kompakt

Der Politikbrief der Arzneimittel-Importeure

Im Blickpunkt I

Stakeholder: Zurückhaltend bis enttäuscht Gesetzentwurf schwächt den Wettbewerb

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die Ergebnisse des Pharmadialogs umsetzen soll. Die meisten Stakeholder reagieren zurückhaltend oder enttäuscht auf das Papier vom 25. Juli 2016. Andere kündigen unverhohlenen Widerstand an.

Zu den zentralen Streitpunkten des Pharmadialogs gehörte die seit 2010 geltende Preisbremse für innovative Medikamente. Sie gesteht den Krankenkassen einen Preisabschlag in der Höhe zu, in der ein Hersteller den Abgabepreis eines Arzneimittels über den Preisstand vom 1. August 2009 erhöht. Laut Gesetzentwurf vom 25. Juli 2016 soll das Moratorium um weitere fünf Jahre bis Ende 2022 verlängert werden. Außerdem kommt zur Preisbremse bei Bestandsmedikamenten im Entwurf des BMG eine Umsatzbremse für Neueinführungen hinzu. Wenn ein Anbieter im ersten Jahr mit einem Präparat mehr als 250 Millionen Euro umsetzt, darf er den Kassen weitere Verkäufe nur noch zu einem verhandelten Preis berechnen.

Für die Krankenkassen sind das gute Nachrichten. Sie hoffen, dadurch die Arzneimittelkosten zu deckeln. Die Industrie dagegen dürfte diese neuerlichen Eingriffe in marktwirtschaftliche Mechanismen nicht ohne Gegenwehr hinnehmen. Mehrere Verbände sehen die Berufsausübungsfreiheit der Unternehmer beschnitten und sprechen offen von Planwirtschaft. Sollte die Industrie das Bundesverfassungsgericht anrufen, werden die Richter die weitere Beschneidung der Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmer sehr wahrscheinlich verhindern.

Auch die Idee, der Industrie künftig einen Inflationsausgleich zuzubilligen, dürfte an der Grundhaltung der Unternehmen wenig

ändern. Mehr noch: Was als Zugeständnis an die Wirtschaft gedacht scheint, erbot wiederum die Krankenkassen. Durch den Inflationsausgleich reduziere sich die Ersparnis des Moratoriums um 200 Millionen Euro, beschwerte sich der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes Johann-Magnus von Stackelberg gegenüber dem Handelsblatt.

Noch weniger als die Industrie und die Kassen können die Importeure der geplanten Regelung abgewinnen. Die Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro wäre in ihren Planungen eine große Unbekannte – und damit ein Geschäftsrisiko. Es lässt sich schlicht nicht absehen, wann ein Medikament den festgesetzten Umsatz erreicht. Da das Erreichen einer Umsatzschwelle nicht im Vorhinein berechnet werden kann, drohen erhebliche nachträgliche Erstattungen. Das würde aus Sicht des VAD dazu führen, dass neue Arzneimittel den Markt später als bisher durchdringen. Der unmittelbare Wettbewerbseffekt bliebe aus.

Ähnlichen Zündstoff wie das Preismoratorium birgt der folgende kurze Passus des Gesetzentwurfs: „Der vereinbarte Erstattungsbetrag darf nicht öffentlich gelistet werden. Er darf nur solchen Institutionen mitgeteilt werden, die ihn zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen.“ Preise im Hinterzimmer auszuhandeln und geheim zu halten, ist verständlicherweise nach Gusto der Pharmaindustrie. Denn sie fürchtet eine international

Editorial



Liebe Leserin,
lieber Leser,

zwei Jahre lang hat das Bundesgesundheitsministerium einen Dialog mit der Pharmabranche und anderen Stakeholdern geführt.

Eines der erklärten Ziele war es, den Standort Deutschland für die Industrie attraktiver zu machen. Der kürzlich vorgelegte Gesetzentwurf aus dem Haus von Minister Gröhe erregt nun allerdings Verwunderung beim Dialogpartner: Nutznießer im Gesetzesentwurf zur Umsetzung des Pharmadialogs sind am ehesten die Krankenkassen, die beim Dialog nicht mit am Tisch saßen. Die Preisbremse für Arzneien soll bis 2022 verlängert werden und die Hersteller dürfen den Preis eines neuen Medikaments nur bis zu einem Umsatz von 250 Millionen Euro selbst bestimmen. Auch sind Teile des Entwurfes nicht konsequent geraten. So sollen die Rabattvereinbarungen zwischen den Herstellern und den Kassen geheim bleiben.

Dies steht jedoch im Widerspruch zur nötigen Transparenz im Gesundheitswesen und nicht zuletzt zu dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches, nach dem u.a. Ärzte wirtschaftlich verordnen müssen und Apotheker wirtschaftlich zu dispensieren haben. Aber auch die Arzneimittel-Importeure sind auf die Kenntnis der relevanten Erstattungspreise angewiesen, um ihrerseits die von ihnen gesetzlich geforderte Preisgünstigkeit überhaupt gewährleisten zu können. Wir werfen in dieser Ausgabe von VAD kompakt einen nüchternen Blick in das 39-seitige Dokument.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Ihr Prof. Edwin Kohl
Vorstandsvorsitzender des VAD

abwärts gerichtete Preisspirale, sollten die verhandelten niedrigeren Erstattungsbeträge des Referenzlandes Deutschland öffentlich zugänglich sein. Für andere Stakeholder kommt das Vorhaben aber überraschend, galt die Geheimhaltung vor dem Pharmadialog doch als ausdiskutiert. Sie war bereits vom Tisch. Im Gesetzentwurf heißt es nun, man wolle sich über die Details mit den Kollegen im Bundesministerium für Wirtschaft und Energie einigen.

Das Wirtschaftsministerium dürfte allerdings den einen oder anderen Einwand erheben, denn eine wissenschaftliche Untersuchung legt nahe, dass die Industrie in Deutschland überhöhte Preise abrufen. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat gemeinsam mit der Technischen Universität Berlin herausgefunden, dass patentgeschützte Medikamente in europäischen Ländern mit ähnlicher Wirtschaftskraft bis zu 27 Prozent weniger kosten als in Deutschland.

Es gibt aber noch einen weiteren Grund, weshalb die geplante Änderung von § 130b SGB V wenig Aussicht auf Erfolg haben dürfte. Er liegt in der oben zitierten, recht nebulösen Formulierung: Institutionen mit gesetzlich geregelten Aufgaben erhalten Kenntnis vom Erstattungsbetrag. Diese Institutionen werden zwar nicht aufgelistet. Es handelt sich de facto aber um eine breite Riege. Der BKK Dachverband nennt in seiner Stellungnahme zur Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss Mitte August unter anderem die Ärzte, den G-BA, die Krankenkassen, die Apotheken und auch die Importeure. Warum auch die Importeure nicht nur für den BKK-BV dazugehören, verrät ein Blick in § 129 SGB V. Dort steht, dass Importarzneimittel mindestens 15 Prozent oder 15 Euro günstiger sein müssen als der Preis des Bezugsarzneimittels. Die Grundlage der Berechnung ist ausdrücklich der Erstattungsbetrag. Nur mit seiner Kenntnis können die Importeure ökonomisch seriöse und dem Wettbewerb dienliche Preise kalkulieren. Im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots werden die Importeure auch in Zukunft ihren Beitrag für eine effiziente und bezahlbare Arzneimittelversorgung leisten, ist man sich beim VAD sicher. Neben den direkten Einsparungen in Höhe von 240 Millionen Euro pro Jahr (PROGNOS-Studie 2014) führt Schätzungen zufolge allein der Wettbewerbsdruck durch Importarzneimittel ab Markteintritt zu Einsparungen von circa drei Milliarden Euro jährlich. Angesichts steigender Kosten im Gesundheitswesen sind Arzneimittel-Importe ein effizientes Instrument zur nachhaltigen Finanzierung der Arzneimittelversorgung.

Meldung

Rabattverträge: Segen oder Fluch?

Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen mit Herstellern von Arzneimitteln Rabatte aushandeln. Die Versicherten erhalten anschließend in der Apotheke automatisch Produkte vertraglich gebundener Hersteller, es sei denn, der Arzt widerspricht aus therapeutischen Gründen. Das klingt nach einer vernünftigen Idee, weil die Kassen Geld sparen. Langfristig gesehen scheint das Rabattvertragssystem aber das Gegenteil zu erreichen. Verschiedene Patientenschützer kritisieren, dass der häufige Wechsel des Vertragspartners die Patienten verunsichert und die Therapietreue mit entsprechenden gesundheitlichen und finanziellen Folgen gefährdet. So fordert Wolfram-Armin Candidus, Präsident des gemeinnützigen Vereins Bürger Initiative Gesundheit, seit Jahren für eine seriöse Beurteilung der Gesamtwirkungen der Rabattverträge, dass diese

Folgekosten den von den Kassen publizierten monetären Einsparungen entgegengestellt werden.

Der Chefpapotheker der Universitätsklinik Tübingen, Dr. Hans-Peter Lipp, erläuterte den Zusammenhang gegenüber dem Ärzteblatt so: Verträge kommen vor allem mit marktmächtigen Konzernen zustande, unter anderem weil sie den Kassen bestimmte Arzneimittel zu Kampfpreisen anbieten. Immer mehr kleine Hersteller sehen sich gezwungen, ihre Produktion einzustellen. Das führt zu Lieferengpässen. Darüber hinaus entledigen sich die Konzerne unliebsamer Konkurrenz. Lipps Vermutung: Früher oder später ziehen die Preise von Arzneimitteln stark an, weil sich die Hersteller über das Rabattvertragssystem eine Monopolstellung erarbeitet haben.



Foto: isack/miriam-doeber

Im Blickpunkt II

Könnte, wäre, würde: Die Gesundheitswirtschaft und der Brexit

Nach dem Brexit-Votum von 51 Prozent der britischen Wähler schossen rasch Spekulationen ins Kraut, unter anderem über die möglichen Folgen für das Gesundheitswesen. Die sachliche Grundlage fehlt allerdings nach wie vor. Bisher haben die regierenden Konservativen lediglich den Premier und einige Minister ausgewechselt. Noch könnte das britische Parlament das nicht bindende Referendum verwerfen, denn der Antrag auf Austritt aus der EU gemäß Artikel 50 des Vertrags von Lissabon ist von der britischen Regierung noch nicht gestellt. Und selbst dann werden die Verhandlungen noch geschätzte zwei Jahre dauern (Verlängerungen auf Antrag möglich), bevor klar ist, welches Paket das britische Parlament sowie der Rat der EU mit qualifizierter Mehrheit und nach Zustimmung des EU-Parlamentes letztlich zu ratifizieren haben. Scheitern die Austrittsverhandlungen, kommt es zu einem sogenannten „ungeregelten Austritt“ nach zwei Jahren.

Option 1: Großbritannien als Drittstaat

Möglich, aber nach Ansicht von Beobachtern kaum wahrscheinlich ist es, dass Großbritannien als Drittstaat aus den Verhandlungen hervorgeht. Sein Status entspräche dann beispielsweise dem Kanadas oder der Ukraine. Hintergedanke der EU-Gegner ist es, in diesem Zuge die Einwanderung zu stoppen. Sollte die britische Regierung darauf eingehen, würde den Krankenhäusern nach Ansicht einer Gruppe von gut 200 britischen Ärzten, Wissenschaftlern und Gesundheitsexperten akuter Personalmangel erwachsen.

Auch die Pharmaindustrie wäre betroffen – diesseits und jenseits des Kanals. Wie zeit- und kostenintensiv Zulassungsverfahren sein können, ist europäischen Herstellern vom Beispiel USA hinlänglich bekannt. Britische Hersteller wiederum wären gezwungen, für jeden Wirkstoff ein Zertifikat ihrer nationalen Zulassungsbehörde zu erwirken, wenn sie Handel mit der EU treiben wollen. Bei ihren europäischen Partnerunternehmen sorgt das derzeit für Verunsicherung. Alternativ könnte London beantragen, auf die Weiße Liste jener Staaten gesetzt zu werden, denen dieses Prozedere erspart bleibt, da sie über anerkannte, vergleichbare Prozesse und Standards verfügen.

Option 2: EFTA

Möglich, aber ebenfalls nicht ausgemacht, ist die Rückkehr Großbritanniens in eine einst mitgliedstarke Freihandelsorganisation: Großbritannien gehörte bis 1973 zur Europäischen Freihandelsassoziation EFTA, die sich heute aus der Schweiz, Island, Liechtenstein und Norwegen zusammensetzt. Diesen Ländern steht der europäische Binnenmarkt offen, ohne EU-Mitglied zu sein.

Grundlage dafür sind zwei Modelle, mit der EU zusammenzuarbeiten. Die Schweiz regelt sämtliche Fragen in bilateralen Verträgen.

Die Entscheidungen der Arzneimittelüberwachung beispielsweise werden auf beiden Seiten sehr weitgehend anerkannt. Die übrigen Mitglieder der EFTA sind in den Europäischen Wirtschaftsraum integriert. Das heißt: Sie zahlen Beiträge an die Union und nehmen sich die Freiheit, Brüsseler Vorgaben in nationales Recht umzusetzen oder nicht. De facto halten sich Norwegen, Liechtenstein und Island an fast alle Entscheidungen Brüssels, ohne selbst am Verhandlungstisch gesessen zu haben. Das gilt auch für die Gesundheitswirtschaft.

Option 3: Unbekannt

Passt Großbritannien zur EFTA? Norwegen zweifelt daran öffentlich und ohne diplomatischen Deckmantel. Das Verdikt: Die widerspenstigen Briten würden sich innerhalb der Organisation genauso verhalten wie gegenüber Brüssel. Sie würden Abstimmungen verschleppen, Entscheidungen torpedieren und die Schuld an nationalen Übeln in Oslo suchen. Es könnte also sein, dass die Verhandlungen zwischen Großbritannien und der EU auf eine dritte Option hinauslaufen. Wie sie aussehen könnte, weiß niemand seriös zu beantworten. ■

Im Blickpunkt III

Grenzenloser Schutz

Mit der Delegierten Verordnung 2016/161 findet die Gesetzgebung zum Schutz vor gefälschten Arzneimitteln innerhalb der legalen Lieferkette vorläufig ihren Abschluss. Bereits im Vorfeld haben die relevanten Akteure auf der europäischen Ebene das EMVS (European Medicines Verification System) konzipiert und implementiert, das einen Teil dieser Verordnung umsetzen soll. In Deutschland hat securPharm eine Vorreiterrolle übernommen und das deutsche nationale System zur Umsetzung der Fälschungsrichtlinie entwickelt. Seit Januar 2013 wird dieses System im Pilotbetrieb mit einer stetig wachsenden Anzahl unterschiedlicher Teilnehmer im Alltag erfolgreich getestet.



Johannes Reinert ist Mitglied der Geschäftsleitung der kohlpharma GmbH und unter anderem zuständig für den Beitrag des Unternehmens am securPharm Pilotprojekt

Die Sicherheit der Arzneimittelpackungen soll durch das EMVS gewährleistet werden. Hierzu werden die eindeutigen Codes einer jeden von der Richtlinie betroffenen Arzneimittelpackung in das System eingespeist. Innerhalb der Lieferkette wird eine Arzneimittelpackung dahingehend geprüft, ob der darauf aufgebrachte Code innerhalb des Systems bekannt ist. Arzneimittelpackungen dürfen nur dann an einen Patienten abgegeben werden, wenn die Code-Verifikation erfolgreich war und wenn innerhalb des Systems kein Ereignis dokumentiert ist, das eine Abgabe verhindert. Solche Ereignisse sind beispielsweise: Abgabe einer Packung an einen Patienten, Export einer Packung außerhalb der EU, Entnahme einer Packung als Muster für eine Behörde usw. Am Ende der Lieferkette (bei Abgabe an den Patienten) ist also zwingend die Echtheit und Abgabefähigkeit jeder betroffenen Packung zu prüfen.

Den Akteuren innerhalb der Lieferkette fallen unterschiedliche Aufgaben zu: Hersteller müssen die Codes der Packungen in das System einspeisen, Großhändler kontrollieren nach vorgegebenen Regeln und sie dokumentieren die Entnahme von Packungen im System (z.B. wenn Packungen beschädigt sind) und Apotheken verifizieren Arzneimittelpackungen unmittelbar vor der Abgabe an den Patienten und kennzeichnen sie im nationalen System als „abgegeben“.

Die Akteure verbinden sich mit unterschiedlichen Teilsystemen:

- Großhändler und Apotheken mit dem für sie vorgesehenen nationalen System
- Hersteller entweder direkt mit nationalen Systemen oder aber mit dem EU-Hub

Arzneimittel-Importeure haben in dieser Betrachtung eine Doppelrolle. Auf der einen Seite sind sie Großhändler und auf der anderen Seite sind sie Hersteller. Sie müssen sich aber auf jeden Fall direkt an den EU-Hub anbinden, weil die in der Regulierung vorgeschriebene „Dokumentation“ der Parallelhandelsaktivitäten hier stattfindet (elektronische Verlinkung von Originalcharge mit Importcharge und Hinterlegung der jeweiligen Mengen von Packungscodes).

Der Importeur verifiziert beim Wareneingang eingekaufter Arzneimittel jede einzelne Packung gegen das EMVS. Spätestens vor der Umverpackung/Kennzeichnung der Ori-

ginalpackungen werden die Packungen beim EU-Hub abgemeldet. Durch diesen Schritt wird dokumentiert, welche Charge eines Arzneimittels vom Importeur eingekauft worden ist. Diese Dokumentation soll in Zukunft auch dazu benutzt werden, schneller und gerichteter europaweit über Rückrufe von Originalchargen zu informieren. Bevor der Importeur die neu verpackten/umgekennzeichneten Arzneimittel für die Abgabe an Patienten freigibt, muss er die von ihm aufgebrachten Codes an den EU-Hub melden. Zusammen mit den Märkten, in denen die neuen Produkte verkauft werden sollen. Der EU-Hub verteilt die entsprechenden Packungsdaten in die betroffenen nationalen Systeme.

Der Schutz der legalen Lieferkette vor dem Eindringen gefälschter Arzneimittelpackungen macht nicht an den Grenzen der Mitgliedsstaaten halt. Durch die Architektur des Systems und der darin abgebildeten Prozesse und Funktionen haben Parallelhändler ein Werkzeug, mit dem sie Identifikation und Verifikation der parallel gehandelten Arzneimittel einfacher und sicherer gestalten können. Das System wird aber erst dann vollständig seinen Zweck erfüllen können, wenn alle Mitgliedsstaaten der EU die Arzneimittelfälschungsrichtlinie umgesetzt haben und alle zu diesem Zeitpunkt nicht mit den neuen eindeutigen Seriennummern versehenen Arzneimittelpackungen in den jeweiligen Märkten abverkauft sind. ■

Expertenbeitrag

Transparenz – Wettbewerb – Wirtschaftlichkeit



Prof. Dr. Martin Dietrich *Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management des Gesundheitswesens an der Universität des Saarlandes*

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland basiert aus gutem Grund auf dem Prinzip des solidarischen Wettbewerbs. Er soll eine möglichst hohe und kostengünstige Versorgungsqualität sicherstellen, ohne dass der Staat diskretionär in die Selbstverwaltung eingreifen muss. So auch auf dem Arzneimittelmarkt, auf dem die Patienten respektive Konsumenten als Versichertengemeinschaft nicht in der Lage sind, eine Wettbewerbsposition aufzubauen, aus der heraus die Marktmacht der Anbieter wirkungsvoll begrenzt werden kann.

Deshalb müssen andere Mechanismen gefunden werden, mit denen die Nachfrage der Versichertengemeinschaft nach hochwertiger und wirtschaftlicher Versorgung und die unternehmerischen Ziele der Arzneimittelhersteller sowie aller anderen beteiligten Akteure ausbalanciert werden können.

Mit den bisherigen Regulierungen zu den Importen in der deutschen Arzneimittelversorgung ist dem Gesetzgeber hierzu ein guter Beitrag gelungen. Durch Importe und den damit verursachten Wettbewerbsdruck lassen sich Kosteneinsparungen realisieren, die vor dem Hintergrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklung wichtig für die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems sind.

Allein mit den direkten Effekten der Importe lassen sich jährlich Kosten in Höhe von circa 240 Millionen Euro für die Versichertengemeinschaft einsparen. Und das, ohne die im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Position der deutschen Arzneimittelversorgung hinsichtlich Marktzugang, Verfügbarkeit und Erstattungsniveau zu gefährden.

Diese Balance zwischen den Interessen kann nur dadurch erreicht werden, dass die Einheit aus Transparenz, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung gewahrt wird. Diese Einheit zerfällt aber durch die Intransparenz im Falle der Geheimhaltung von effektiven Erstattungspreisen für Originalpräparate. Ohne Transparenz lassen sich bei patentgeschützten Arzneimitteln deutlich geringere Wettbewerbseffekte erzielen und die Preisentwicklung sowie die Belastungen für die sozialen Sicherungssysteme können weniger begrenzt werden. Dass noch viel Raum für Wettbewerb unter Herstellern patentgeschützter Arzneimittel ist, lässt sich an ihren hohen Gewinnen und Überrenditen sehen. Dabei sollen Gewinne und Renditen als notwendiger Anreiz für die Übernahme von unternehmerischen Risiken nicht infrage gestellt werden. Die Frage, die aber gestellt werden muss, ist, wie lange die für dieses Ausmaß an Gewinnen und Renditen notwendigen zusätzlichen Kostenbelastungen für die sozialen Sicherungssysteme noch tragbar sind. Um die Balance zwischen den Interessen aller an der Arzneimittelversorgung Beteiligten zu wahren sowie für den Wettbewerb und für die Wirtschaftlichkeit ist es deshalb unerlässlich, die effektiven Erstattungspreise für Arzneimittel allen relevanten Akteuren der Arzneimittelversorgung offenzulegen.

Zudem ist es nur durch Preis-Transparenz möglich, dem Wirtschaftlichkeitsgebot im SGB V nachzukommen und die gesetzliche Importquote zu erfüllen. Überhaupt wären auch geheime Entgelte in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung unvorstellbar. Wäre es im Sinne der Wirtschaftlichkeit denkbar, dass Krankenhäuser mit Krankenkassen geheime Entgelte für DRG-Leistungen vereinbaren oder Kassenärztliche Vereinigungen mit einzelnen Krankenkassen geheime EBM-Entgelt-Regelungen treffen würden? Die Geheimhaltung der effektiven Erstattungspreise zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen dient vielen Interessen – der Einheit von Transparenz, Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung dient sie nicht. ■

Termine

25.10–27.10.16

21. Handelsblatt Jahrestagung „HEALTH 2016“

Beim Strategie-Gipfel der Gesundheitswirtschaft diskutieren Experten aus Politik, Wirtschaft und dem Gesundheitswesen die künftigen Herausforderungen an die Gesundheitsbranche und beleuchten Ansätze für eine moderne und effiziente Gesundheitsversorgung.

www.veranstaltungen.handelsblatt.com

27.10.16

Technologie und Gesundheit – eHealth in Interaktionen

Die erstmalig von der Hochschule für Gesundheit in Bochum organisierte Konferenz „Technologie und Gesundheit“ stellt die Integration von eHealth in den Behandlungsalltag in den Mittelpunkt. In Vorträgen werden die Möglichkeiten neuer Technologien und Ansätze zu deren Anwendung und Akzeptanz in medizinischen Interaktionen vorgestellt.

www.hs-gesundheit.de

14.11.–17.11.16

MEDICA 2016

Auf dem Weltforum für Medizin präsentieren rund 5.000 nationale und internationale Aussteller ihre neuesten Geräte, Produkte und Systeme für die ambulante und stationäre Versorgung. Neben den Ausstellern laden Kongresse und Foren zum fachlichen Austausch ein.

www.medica.de



Foto: iStock/Polimir

Impressum

Politikbrief Ausgabe 3/16

Herausgeber:

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

Im Holzhau 8, 66663 Merzig

Vorstandsvorsitzender:

Prof. Edwin Kohl

Ansprechpartner: (v.i.S.d.P.)

Karsten Wurzer

Im Holzhau 8, 66663 Merzig

Telefon: 06867 920-1301

E-Mail: kwurzer@vad-news.de

Grafik: Michael Klein

© Verband der Arzneimittel-Importeure Deutschlands e.V.