

Editorial: Einfache Wahrheiten



München – In dieser Ausgabe beschäftigen wir uns eingehend mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG): Dabei geht es nicht zuletzt um die spannende Frage, wie die Paragraphen des Gesetzes mit Leben gefüllt werden – und welche Konsequenzen das für Patienten hat. Letzteres ist insbesondere bei der frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel eine noch schwierig zu beantwortende Frage. Das Bundesgesundheitsministerium verspricht eine Balance zwischen „Innovation und Bezahlbarkeit“. Ob es wirklich so einfach ist, bleibt abzuwarten.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Government & Business Relations

Schwerpunkt: AMNOG aus Patientensicht

▪ Warum AMNOG?

Berlin – Anfang dieses Jahres ist es in Kraft getreten: das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, kurz AMNOG. Was die Politik mit diesem Gesetz bezweckt. » [Seite 2](#)

▪ Was alles im Gesetz steht

Berlin – Ob UPD oder Mehrkostenregelung, ob Integrierte Versorgung oder frühe Nutzenbewertung – hinter dem Kürzel AMNOG verbergen sich zahlreiche neue Regelungen, die Patienten kennen sollten. Ein Überblick über die wichtigsten. » [Seite 3](#)

▪ Das AMNOG in der Praxis

Berlin – Paragraphen sind das eine, ihre konkreten Auswirkungen auf die Versorgungsrealität das andere. Entscheidend ist: Welche Konsequenzen hat das AMNOG für Patienten? » [Seite 5](#)

▪ Selbsthilfeorganisationen müssen zur Aufklärung über das AMNOG beitragen

München – Als Vorsitzender der Deutschen Leukämie- und Lymphomhilfe e.V. erfährt Ralf Rambach frühzeitig von Sorgen und Nöten der Patienten. Im Interview mit dem Patientenbrief gibt er einen Einblick in die Auswirkungen der neuen Gesetzgebung und berichtet, was er sich langfristig vom AMNOG verspricht. » [Seite 8](#)

▪ Länder gehen voran

Berlin – Ein Gesetzentwurf der Bundesregierung zu dem lang angekündigten Patientenrechtegesetz lässt auf sich warten. Unterdessen einigten sich die Gesundheitsminister von zehn Bundesländern auf gemeinsame Eckpunkte. » [Seite 9](#)

▪ Expertenwissen der Patienten nutzen

Berlin – „Die große Stärke war und bleibt die Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene auf Augenhöhe.“ So beschreibt die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Ulrike Flach, auf dem Selbsthilfekongress 2011 der Barmer GEK den Stellenwert der Selbsthilfe aus Sicht der Bundesregierung. » [Seite 11](#)

▪ Bundeskabinett beschließt Eckpunkte

Berlin – Das Bundeskabinett hat die Eckpunkte zur Pflegereform von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr beschlossen. Das gab der Minister in Berlin bekannt. Von Opposition, Gewerkschaften und Verbänden hagelt es Kritik. » [Seite 12](#)

Einführung

Warum AMNOG?

Berlin – Anfang dieses Jahres ist es in Kraft getreten: das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, kurz AMNOG. Was die Politik mit diesem Gesetz bezweckt.

Auf den Weg gebracht hat das AMNOG Dr. Philipp Rösler, Vorgänger des amtierenden Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr. Röslers Ziel war es, damit die Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu begrenzen. Diese seien in den vergangenen Jahrzehnten stark angewachsen und hätten sich zu einem „Dauerproblem für die gesetzliche Krankenversicherung entwickelt“, heißt es begründend auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). So waren im Jahr 2009 die GKV-Arzmittelausgaben um 5,3 Prozent je Versicherten gestiegen – dies entspricht einem Zuwachs von rund 1,5 Milliarden Euro.

Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit

Als problematisch sieht das Ministerium insbesondere den Ausgabenanstieg bei der Markteinführung neuer Arzneimittel an. Sowohl bei der Preisbildung für innovative Medikamente als auch bei deren Zusatznutzenbewertung gebe es einen grundlegenden Korrekturbedarf, heißt es. Ein zentrales Element des AMNOG ist daher die frühe Nutzenbewertung für frisch auf den Markt gekommene Präparate. Die Hersteller müssen seit Jahresbeginn für alle Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen Nachweise über deren Zusatznutzen für die Patienten vorlegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheidet, ob und welchen Zusatznutzen ein neues Arzneimittel hat und unter welchen Voraussetzungen es verordnet werden darf (mehr dazu in dem Artikel „Was alles im Gesetz steht“). Nach der Verabschiedung des Gesetzes im Deutschen Bundestag im vergangenen Jahr zeigt sich Rösler überzeugt: „Wir schaffen eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit von Medikamenten.“ Zusatznutzen und Wettbewerb bestimmen künftig den Preis.

AMNOG ist mehr als frühe Nutzenbewertung

Allerdings sollte das AMNOG nicht allein auf die frühe Nutzenbewertung reduziert werden. Das Gesetz enthält darüber hinaus eine Fülle weiterer Bestimmungen, die überblicksartig in den folgenden Artikeln dargestellt werden. Rösler hebt beispielsweise hervor, dass das AMNOG Ärzte von bürokratischen Pflichten entlaste und weiterhin für mehr Information der Bürger Sorge, indem die Unabhängige Patientenbeteiligung in die Regelversorgung übernommen wurde.

Das Arzneimittel-Sparpaket

Die jüngsten Reformen des Arzneimittelsektors gehen nicht allein auf das AMNOG zurück. Während dieses vor allem strukturelle Veränderungen initiiert, zielt das GKV-Änderungsgesetz, das bereits am 1. August 2010 in Kraft getreten ist, eher auf schnelle Einsparungen. So wurde der Rabatt, den pharmazeutische Unternehmen für Arzneimittel ohne Festbetrag den Krankenkassen einräumen müssen, von 6 auf 16 Prozent des Abgabepreises erhöht. Außerdem ist im Gesetz ein Preisstopp für zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittel festgelegt. Die Regelungen gelten für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis Ende 2013.

Quelle:

www.bmg.bund.de

Überblick

Was alles im Gesetz steht

Berlin – Ob UPD oder Mehrkostenregelung, ob Integrierte Versorgung oder frühe Nutzenbewertung – hinter dem Kürzel AMNOG verbergen sich zahlreiche neue Regelungen, die Patienten kennen sollten. Ein Überblick über die wichtigsten.

Die neuen Bestimmungen des AMNOG wirken sich nicht nur auf Arzneimittelhersteller, sondern auch auf die Patienten aus. Nachfolgend die wichtigsten Inhalte des Gesetzes.

UPD wird Regelversorgung

Bisher wurde sie in Modellvorhaben erprobt, mit dem AMNOG gehört die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) zur Regelversorgung. Sie soll dem Patienten als Lotse im Versorgungssystem dienen. Zu den beratenden Experten gehören Mediziner und Juristen. Die UPD ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss unabhängiger Beratungsstellen, getragen wird sie vom Sozialverband VdK Deutschland, von der Verbraucherzentrale Bundesverband und dem Verbund unabhängige Patientenberatung. Ihre Finanzierung ist im Paragraph 65b Sozialgesetzbuch (SGB) V geregelt, der besagt, dass Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung jährlich mit insgesamt 5.113.000 Euro durch die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützt werden.

Mehrkostenregelung: Was bedeutet das genau?

Mit dem in Kraft treten des AMNOG können Patienten sich auch für ein anderes als das rabattierte Medikament ihrer Kasse entscheiden. Wer diesen Weg gehen möchte, bezahlt zunächst sein Wunschmedikament in der Apotheke aus eigener Tasche. Dann kann er die Rezeptkopie bei seiner Krankenkasse zur Erstattung einreichen. Die Differenz zwischen Rabatt- und Wunschmedikament muss er aber auf jeden Fall selbst tragen.

Im Einzelnen bedeutet diese Regelung: Der Versicherte zahlt in der Apotheke den Apothekenverkaufspreis (Listenpreis) des gewählten Arzneimittels in bar und reicht das Rezept bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung ein. Egal, wie hoch der Listenpreis des gewählten Arzneimittels ist: Erstattet wird der Listenpreis des rabattbegünstigten Arzneimittels, maximal bis zum geltenden Festbetrag. Abgezogen von diesem Betrag werden Zuzahlungen auf den Listenpreis des rabattbegünstigten Arzneimittels. Ist das rabattbegünstigte Arzneimittel zuzahlungsfrei, entfällt dieser Abzugsbetrag. Abgezogen wird außerdem eine Pauschale für entgangene Vertragsrabatte und Verwaltungskosten. Die Krankenkasse regelt diese Pauschale und alle Einzelheiten für die Kostenerstattung in ihrer Satzung und erstattet auf dieser Grundlage. Die Satzung muss von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Die Versicherten sind von den Kassen über die Abzugsbeträge zu informieren.

Veröffentlichungspflicht für Ergebnisse klinischer Studien

Von den Herstellern, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, wird mit dem AMNOG mehr Transparenz verlangt: Sie müssen innerhalb von sechs Monaten nach Zulassung alle Berichte und Ergebnisse der klinischen Prüfungen veröffentlichen, z. B. im Internet. Dazu gehören auch ungünstige, unvollständige oder frühzeitig abgebrochene Studien, deren Veröffentlichung unter Umständen nicht im Interesse des Herstellers liegt.

Integrierte Versorgung: auch pharmazeutische Hersteller dürfen teilnehmen

Bei der Integrierten Versorgung (IV) werden Patienten idealerweise qualitätsgesichert und in sektoren- bzw. fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken und andere zur Versorgung berechnete Leistungserbringer können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Hierzu schließen Krankenkassen mit ihnen entsprechende Verträge. Neu ist mit dem AMNOG: Auch pharmazeutische Hersteller dürfen direkte Partner eines IV-

Vertrages werden. Bisher konnten sie nur im Rahmen von Rabattverträgen an der Integrierten Versorgung teilnehmen. „Da die Versorgung mit Arzneimitteln wesentlicher Bestandteil integrierter Versorgungskonzepte sein kann, ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass pharmazeutische Unternehmer Vertragspartner einer integrierten Versorgung sein können. Dies gilt auch für die Versorgung mit Medizinprodukten, sodass auch den Herstellern von Medizinprodukten die Möglichkeit zum direkten Vertragsabschluss einzuräumen ist“, heißt es zur Begründung in einem Änderungsantrag der Regierungsfractionen zum AMNOG.

Frühe Nutzenbewertung für neue Arzneimittel

Das AMNOG führt für neue Medikamente eine frühe Nutzenbewertung ein. Diese läuft wie folgt ab: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bewertet innerhalb von sechs Monaten nach Markteinführung eines neuen Arzneimittels, ob ein Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt wird. Die Hersteller legen dem Gremium dazu ein Dossier vor. Der G-BA kann mit der Bewertung des Dossiers das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder Dritte beauftragen. Das Ergebnis der Nutzenbewertung wird drei Monate nach Markteinführung im Internet veröffentlicht – pharmazeutische Unternehmer, Verbände und Sachverständige erhalten die Gelegenheit, schriftlich und mündlich zu dem Ergebnis Stellung zu nehmen. Nach weiteren drei Monaten trifft der G-BA einen Beschluss auf Basis der Nutzenbewertung und der eingegangenen Stellungnahmen, der vor allem Aussagen über das Ausmaß des Zusatznutzens, über die zur Behandlung in Frage kommenden Patientengruppen, über Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und über die Therapiekosten des Arzneimittels enthält.

Mit diesem Beschluss entscheidet der G-BA auch über das weitere Verfahren zur Preisfindung für das neue Medikament. Dabei gibt es folgende Optionen: Bei Arzneimitteln mit erwiesenem Zusatznutzen verhandeln der GKV-Spitzenverband und der jeweilige pharmazeutische Unternehmer innerhalb von sechs Monaten einen Erstattungsbetrag für die GKV als Rabatt auf den ursprünglichen, durch das Unternehmen selbst festgelegten Abgabepreis. Kommt es zu keiner Einigung, setzt eine Schiedskommission den Erstattungsbetrag fest. Maßstab soll dabei unter anderem das europäische Preisniveau sein. Danach können beide Seiten – GKV-Spitzenverband oder Unternehmer – eine Kosten-Nutzen-Bewertung verlangen. Diese soll eine weitergehende empirische Fundierung der Grundlagen für die Vereinbarung eines Erstattungsbetrages ermöglichen. Kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass das neue Arzneimittel keinen Zusatznutzen aufweist, wird es nach Markteinführung innerhalb von sechs Monaten in das Festbetragssystem überführt. Wenn ein Medikament ohne Zusatznutzen allerdings keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, wird ebenfalls ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten jedoch nicht höher sind als bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Für die Bildung einer Festbetragsgruppe mit ausschließlich patentgeschützten Arzneimitteln ist es Voraussetzung, dass mindestens drei Arzneimittel mit demselben oder einem pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoff dieser Gruppe zugeordnet werden.

Quellen:

www.bmg.bund.de

www.unabhaengige-patientenberatung.de

www.g-ba.de

Analyse

Das AMNOG in der Praxis

Berlin – Paragraphen sind das eine, ihre konkreten Auswirkungen auf die Versorgungsrealität das andere. Entscheidend ist: Welche Konsequenzen hat das AMNOG für Patienten?

Da das AMNOG erst seit einem knappen Jahr in Kraft ist, sind derzeit nur vorläufige Aussagen darüber zu treffen, welche Konsequenzen das Gesetz für Patienten hat.

UPD: Kontinuität und erweitertes Angebot

Was die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) betrifft, so dürfte deren Übernahme in die Regelversorgung für mehr Sicherheit sorgen, dass dieses Angebot dauerhaft den Patienten zur Verfügung steht. Wichtig zu wissen: Auch die Private Krankenversicherung beteiligt sich jetzt an der Finanzierung, seit einigen Monaten bietet die UPD daher auch Beratungen in russischer und türkischer Sprache an. Der Kreis derer, die von den Leistungen der UPD profitieren, erweitert sich somit um zwei große Migrantengruppen. Neu ist außerdem die Seismographen-Funktion der UPD. Diese soll Wolfgang Zöllner, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, über die zugetragenen Beschwerden berichten. „Damit ist die Voraussetzung geschaffen, notwendige Handlungsoptionen mit den Beteiligten direkt oder durch Gesetzesänderungen durchzusetzen“, sagt Zöllner. Ob sich das so in der Praxis realisieren wird, bleibt abzuwarten.

Vernetzung mit der Selbsthilfe?

Unstrittig ist, dass angesichts eines immer komplexer werdenden Versorgungssystems der Bedarf an verlässlicher Beratung steigt. Aus Sicht von Betroffenenorganisationen müsste jedoch gewährleistet werden, dass die UPD mit der maßgeblichen indikationsspezifischen Beratungsstruktur, der Selbsthilfe, hinreichend vernetzt ist. Zudem müsste im entsprechenden Paragraphen (§ 65b Sozialgesetzbuch V) neu festgelegt sein, dass auch ausreichende Mittel für die Vernetzung und insbesondere die indikationsspezifischen Beratungsangebote vorgehalten werden. Diese Forderungen erhebt beispielsweise die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe).

Mehrkostenregelung: mehr Freiheit und mehr Risiko?

Stichwort Mehrkostenregelung: Diese schafft für Versicherte zwar mehr Wahlmöglichkeiten, Kritiker wenden jedoch ein, dass dadurch das Kostenerstattungsprinzip anstelle des Sachleistungsprinzips tritt. Für die BAG Selbsthilfe hat das Kostenerstattungsprinzip gravierende Nachteile für die Betroffenen. Darauf macht die Patientenorganisation bei der Anhörung zum AMNOG im Bundestag im vergangenen Jahr aufmerksam. In der Stellungnahme der BAG Selbsthilfe heißt es: „Erfahrungen aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung belegen, dass dieses Prinzip hohe Steigerungsraten bei den Kosten der Versorgung zur Folge hat, wovon die Patientinnen und Patienten voraussichtlich einen großen Anteil selbst bezahlen müssen. Zudem müssen Patientinnen und Patienten in diesem System notwendigerweise in Vorleistung gehen, was gerade für sozial Schwache, chronisch Kranke oder Menschen mit hohen Krankheitskosten oftmals nicht leistbar ist.“ Überdies verlagere dieses Prinzip das Prozessrisiko auf die Patienten; vor dem Hintergrund der ohnehin bestehenden, oft gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung belaste dies die Patienten zusätzlich.

Offizielle Zahlen, in welchem Ausmaß Patienten von der neuen Mehrkostenregelung Gebrauch machen, liegen derzeit noch nicht vor.

Veröffentlichungspflicht: mehr Transparenz zu Studien

Es ist noch zu früh, um über konkrete Auswirkungen der Veröffentlichungspflicht von klinischen Studien zu berichten. Allerdings ist davon auszugehen, dass diese Regelung für mehr Transparenz sorgen und damit den wissenschaftlichen Diskurs über Studienergebnisse fördern wird. Außerdem können Ärzte

und Patienten auf diese Weise mehr über die Eigenschaften von Arzneimitteln – wie ihren Nutzen oder ihre Risiken – erfahren. Das dürfte auch für Selbsthilfeorganisationen ein wichtiger Umstand sein, da sie ihre Mitglieder über die Möglichkeit einer Studienteilnahme aufklären. Für eine verantwortungsvolle Beratung ist Offenheit die Voraussetzung.

Neue IV-Versorgung für Epilepsie-Patienten

Wie sieht es mit der durch das AMNOG geschaffenen Möglichkeit aus, Pharmafirmen an Verträgen zu Integrierten Versorgung (IV) zu beteiligen – nur eine Option auf dem Papier oder wird der Paragraph mit Leben gefüllt? Ende Oktober erfährt die Öffentlichkeit vom bundesweit ersten IV-Konzept, bei dem ein Hersteller mit im Boot sitzt: Der Krankenversicherer Knappschaft, die Desitin Arzneimittel GmbH sowie die Managementgesellschaft Deutsche Gesundheitssystemberatung (GSB) haben einen Vertrag abgeschlossen, durch den die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die an Epilepsie leiden, verbessert werden soll. Medizinische Leistungserbringer und Partner sind das Norddeutsche Epilepsiezentrum Raisdorf für Kinder und Jugendliche und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Kiel. In den IV-Vertrag können sich Hausärzte und niedergelassene Neuropädiater einschreiben. Durch eine lückenlose Verlaufskontrolle und die damit verbundenen Transparenz im Behandlungsprozess sollen eine optimale Therapie-Einstellung erreicht und die Zahl der Arztbesuche reduziert werden. In einem elektronischen Tagebuch können Eltern betroffener Kinder Informationen zur Erkrankung ihrer Kinder vermerken, auf die während der Behandlung zugegriffen werden kann. Hintergrund ist die geringe Zahl entsprechender Fachärzte: In ganz Schleswig-Holstein sind nur elf Neuropädiater tätig. Die Knappschaft sieht darin einen der Gründe für die Defizite in der Epilepsiebehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Inwieweit der IV-Vertrag seine hoch gesteckten Ziele erreichen kann, muss allerdings noch abgewartet werden.

Konsequenzen der Nutzenbewertung

Hoch gesteckte Ziele verbindet die Politik auch mit der durch das AMNOG eingeführten frühen Nutzenbewertung. Nach offizieller Lesart durch das Bundesgesundheitsministerium schafft man damit die Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit. In der Praxis hat die neue Vorschrift allerdings dazu geführt, dass ein neues Präparat Patienten hierzulande nicht zur Verfügung steht. Boehringer Ingelheim und Lilly, Partner in einer weltweiten Diabetes-Allianz, werden ein neues orales Antidiabetikum in Deutschland vorerst nicht zur Verfügung stellen. Diese Entscheidung stehe im Zusammenhang mit dem AMNOG-Prozess zur Bewertung neuer Arzneimittel, so die beiden Unternehmen. Sie gehen davon aus, dass die Auswahl der Vergleichstherapie und die Bewertung zu einer nicht ausreichenden Berücksichtigung des therapeutischen Nutzens und der positiven Eigenschaften des Wirkstoffs führen werde. Als Folge drohe ein Erstattungsbetrag, der dem Innovationscharakter des Medikaments nicht gerecht werde. Ein blutdrucksenkendes Präparat der Firma Novartis wurde wenige Monate nach Markteinführung vom Markt genommen. Laut Unternehmen konnte eine frühzeitige Abstimmung mit dem G-BA nicht erfolgen, da dieser Daten anforderte, die in der Zulassungsstudie noch nicht erhoben werden konnten. Weiterhin war die Wahl der zweckmäßigen Vergleichstherapie ein strittiger Punkt.

Erste Analyse ist abgeschlossen

Unterdessen hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die erste frühe Nutzenbewertung abgeschlossen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übergeben. Für den Wirkstoff Ticagrelor hat es einen „beträchtlichen Zusatznutzen für bestimmte Patienten“ festgestellt. Das Institut kommt konkret zu dem Ergebnis, dass Ticagrelor für Patienten mit einem „leichteren“ Herzinfarkt ohne typische EKG-Veränderungen (NSTEMI) oder mit einer instabilen Angina pectoris (IA) einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber Clopidogrel habe, da Ticagrelor das Risiko für Todesfälle und Herzinfarkte senke. „Allerdings gibt es auch Belege für einen höheren Schaden, etwa in Form von häufiger auftretender Atemnot. Diese Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen ist schwierig“, erklärt Institutsleiter Prof. Jürgen Windeler. Er betont, dass Werturteile in die Analyse einfließen. Eine all-

gemein anerkannte wissenschaftliche Methodik, wie man solche Abwägungen treffen könne, gebe es bislang nicht, sagt er. Der Gemeinsame Bundesausschuss bereitet derzeit die Beschlussfassung vor.

Die Perspektive der Patienten

Zweifelsohne hat das AMNOG G-BA und IQWiG mit der frühen Nutzenbewertung neue Aufgaben und damit auch einen erheblichen Machtzuwachs beschert. Der G-BA-Vorsitzende Dr. Rainer Hess hat jedoch in der Vergangenheit stets betont, dass es sich bei der neuen Bewertung um ein lernendes System handle und damit Offenheit für Modifikationen signalisiert (siehe auch Infokasten „Nutzenbewertung: Industrie will mehr Transparenz“). Für die Beteiligung von Patienten gilt derzeit folgendes Prozedere: Nachdem das IQWiG vom G-BA das Hersteller-Dossier übermittelt bekommt, sendet das Institut einen standardisierten Fragebogen sowie ein Formblatt zu möglichen Interessenkonflikten an den Sprecher des Koordinierungsausschusses der maßgeblichen Patientenorganisationen. Von dort wiederum werden die beiden Dokumente an die in Frage kommenden Organisationen/Verbände postalisch und per Mail geschickt. Das Feedback in Form des Fragebogens wird laut IQWiG bei der Dossierbewertung berücksichtigt und soll damit eine Einbeziehung der Patientenperspektive gewährleisten. Weiterhin werden Patientenvertreter im Unterausschuss Arzneimittel und im Plenum des GBA in die Entscheidungen zur Nutzenbewertung eingebunden. Bis heute ist ihnen hier jedoch kein Stimmrecht eingeräumt.

Nutzenbewertung: Industrie will mehr Transparenz

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) hat sich für eine enge Begleitung des Nutzenbewertungsverfahrens durch die Politik ausgesprochen. Es reiche nicht aus, wenn der Gesetzgeber die im AMNOG vorgesehene frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln einführe, sich um die Umsetzung aber nicht kümmere und das anderen überlasse, sagt VFA-Hauptgeschäftsführerin Birgit Fischer kürzlich anlässlich der Vorstellung des Arzneimittel-Atlas 2011 in Berlin. Ihr sei zwar bewusst, dass das vom Verfahren her so vorgesehen sei, „aber ich glaube, dass man diesen Prozess politisch begleiten muss“, sagt sie. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) plädiert für mehr Mitsprachemöglichkeiten. Dazu gehöre auch, dass beim G-BA ein wissenschaftlicher Beirat in die Diskussionen um die Vergleichstherapie eingebunden werden solle und dass man eine Ombudsstelle einrichte, bei der gegen Entscheidungen des G-BA Beschwerde eingereicht werden kann.

Quellen:

Die Stellungnahme der BAG Selbsthilfe zum AMNOG kann im Internet nachgelesen werden:

<http://www.bag-selbsthilfe.de/news/items/amnog-und-gkv-fing-stellungnahmen-der-bag-selbsthilfe.html>

Laut Bundesgesundheitsministerium werden die Ergebnisberichte über klinische Prüfungen beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information veröffentlicht.

<http://www.dimdi.de>

Auf der Website des G-BA findet sich eine Übersicht von Wirkstoffen, für die der Ausschuss eine Frühbewertung durchführt oder bereits abgeschlossen hat.

<http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>

Der Fragebogen zur Beschreibung einer Erkrankung und deren Behandlung für Patienten und Patientinnen bzw. Patientenorganisationen im Rahmen der frühen Nutzenbewertung des IQWiG.

https://www.iqwig.de/download/Fragebogen_Patientenbeteiligung_AMNOG_IQWiG_Muster.pdf

Interview

Selbsthilfeorganisationen müssen zur Aufklärung über das AMNOG beitragen

München – Als Vorsitzender der Deutschen Leukämie- und Lymphomhilfe e.V. erfährt Ralf Rambach frühzeitig von Sorgen und Nöten der Patienten. Im Interview mit dem Patientenbrief gibt er einen Einblick in die Auswirkungen der neuen Gesetzgebung und berichtet, was er sich langfristig vom AMNOG verspricht.

Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen hinsichtlich des AMNOG's und seinen Auswirkungen auf den Patienten?

Ralf Rambach: Der zugrunde liegende Prozess der im AMNOG verankerten Kosten-Nutzen-Bewertung (Festlegen der zweckmäßigen Vergleichstherapie, Nutzenbewertung und Einpreisung) dauert ein Jahr und hat vor zehn Monaten begonnen. Auswirkungen auf die Patienten können also noch nicht vorliegen. Jedoch sind einige Medikamente gar nicht erst eingeführt worden... möglicherweise zum Nutzen der Patienten, da die Feststellung eines Zusatznutzens nicht angestrebt wurde.

Erleben Sie bereits erste konkrete Reaktionen von Patienten auf die bisherigen Ergebnisse des AMNOG's?

Rambach: Wie schon gesagt, befinden wir uns noch am Anfang der Umsetzung. Aber wir nehmen eine gewisse Sorge wahr, dass der Zugang zu notwendigen Arzneimitteln zukünftig erschwert werden könnte. In diesem Zusammenhang ist es sehr wichtig, dass die Selbsthilfeorganisationen zur Aufklärung beitragen.

Welche Vor- und Nachteile für den Patienten sehen Sie?

Rambach: In der Zukunft werden Medikamente mit nachgewiesenem Zusatznutzen schnell zu verhandelten Preisen als Regelleistung zur Verfügung stehen. Der Versuch einiger Firmen, durch Verzicht einer Dossiereinreichung für ein zugelassenes Medikament „sich dem deutschen Markt zu versagen“ und damit deutschen Patienten suggerieren zu wollen, das AMNOG sei fortschrittsfeindlich, ist kurzsichtig und untauglich.

Welche Herausforderungen aber auch Chancen für den Patienten leiten sich daraus ab?

Rambach: Aus Patientensicht ist es eine große Chance, dass der durchschnittliche Nutzen der auf dem Markt befindlichen Medikamente steigen wird und Firmen (hoffentlich) zukünftig ihre Forschung und Entwicklung noch gezielter darauf ausrichten werden. Es ist aber natürlich eine große Herausforderung für die Patienten, sich mit den Grundlagen der evidenzbasierten Medizin, der Nutzen- sowie der Kosten-Nutzen-Bewertung auseinanderzusetzen.

Neben dem großen Thema der Kosten-Nutzen-Bewertung beinhaltet das AMNOG ebenfalls die Übernahme der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland in die Regelversorgung. Wie sehen Sie dadurch die Situation der Patienten beeinflusst?

Rambach: Mir scheint das ein Schritt in die richtige Richtung zu sein, allerdings wünsche ich mir dringend, gleiches auch für die Finanzierung der Selbsthilfe zu realisieren. Hier werden durch die begrüßenswerte Einbindung von immer mehr Patientenkompetenz die Möglichkeiten des Ehrenamtes über

Gebühr strapaziert. Problematisch bleibt, dass die Finanzierung der Selbsthilfe (-organisationen) immer noch nicht grundsätzlich gesichert ist.

Die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e.V. (DLH)

Die DLH ist der Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien und Lymphomen. Sie wurde im Mai 1995 gegründet und steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe. Die Geschäftsstelle befindet sich in Bonn. Ein Arbeitsschwerpunkt ist es, lokale und regionale Selbsthilfeinitiativen für Leukämie- und Lymphombetroffene zu fördern. Die DLH unterstützt die Initiativen bei speziellen Fragen, die in der Betreuung von Betroffenen und Angehörigen auftreten, durch Seminare und Foren zur Fortbildung und zum Erfahrungsaustausch sowie bei organisatorischen Fragen. Ziel ist, das Netz örtlicher Initiativen so eng wie möglich zu knüpfen. Ein wesentlicher weiterer Bestandteil darüber hinaus ist die Vertretung kollektiver Patientenrechte und Interessen gegenüber Politik, Wirtschaft und Krankenkassen sowie der Ärzteschaft. Weitere Informationen unter www.leukaemie-hilfe.de

Kontakt Geschäftsstelle

Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Telefon: 0228 / 33 88 9-200
Telefax: 0228 / 33 88 9-222
E-Mail: info@leukaemie-hilfe.de

Patientenrechtegesetz

Länder gehen voran

Berlin – Ein Gesetzentwurf der Bundesregierung zu dem lang angekündigten Patientenrechtegesetz lässt auf sich warten. Unterdessen einigten sich die Gesundheitsminister von zehn Bundesländern auf gemeinsame Eckpunkte.

Die Vertreter von Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Thüringen erhöhen damit den Druck auf Wolfgang Zöller (CSU), den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, der seit der Vorstellung seiner Eckpunkte im März einen Gesetzentwurf vorlegen will.

Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) lobt zwar, dass das von der Bundesregierung erarbeitete Grundlagenpapier richtige Vorschläge enthält. Sie kritisiert jedoch, dass es in vielen Punkten vage bleibe und wichtige Probleme völlig auslasse. Ein Grund mit, warum sich die Bundesländer auf ein umfassenderes Papier verständigt hätten. „Wir haben nun den Maßstab formuliert, den wir an ein Patientenrechtegesetz anlegen. Wenn die Bundesregierung jetzt nicht handelt, kann aus den Eckpunkten auch eine Gesetzesinitiative werden“, sagt Prüfer-Storcks.

Patientenrechte und -sicherheit stärken

Oberstes Ziel der Landespolitiker ist es, mit einem Gesetz die Patientenrechte und -sicherheit zu stärken und die Situation von Geschädigten bei Behandlungsfehlern zu verbessern. Patienten sollen demnach künftig einen Rechtsanspruch auf Einsicht in Patientenakten, auf Beratung durch neutrale Institutionen, eine Zweitmeinung, umfassende Aufklärung sowie einen Patientenbrief mit Therapieinformationen erhalten. Informationen über Behandlungsqualität sind verständlich aufzubereiten und zu veröffentlichen. Medizinische Einrichtungen, vor allem Krankenhäuser, sollen ein Risikomanagement einschließlich eines

Meldesystems für kritische Ereignisse (CIRS) einführen beziehungsweise sich daran beteiligen. Beschäftigte, die Fehler melden, werden vor negativen Folgen geschützt. Kranken- und Pflegekassen müssen ihre Versicherten bei Schadensfällen unterstützen, dazu gehört auch ein kostenloses Gutachten des Medizinischen Dienstes. Darüber hinaus soll mit einem Härtefallfonds Opfern von Behandlungsfehlern unbürokratisch geholfen werden, denen die Durchsetzung eines Schadensersatzanspruches nicht oder erst nach sehr langwierigen Verfahren gelingt. Kontrollmechanismen sollen sicherstellen, dass Ärzte ausreichend haftpflichtversichert sind. Medizinische Behandlung muss in angemessener Frist gewährleistet sein, so sollen Wartezeiten verkürzt werden. Bei Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) ist geplant, die Aufklärung und den Schutz vor überhöhten Honoraren zu verstärken. Eine gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit von 24 Stunden vor einer IGeL-Leistung halten Prüfer-Storcks und auch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Bündnis 90 / Die Grünen) für angemessen. Das soll Ärzten „mehr Rechtssicherheit und einen klaren Rahmen für ihr Handeln bringen, ohne sie unnötiger Bürokratie auszusetzen“, heißt es.

G-BA: Patientenvertreter sollen Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten

Mit den Vorschlägen gehen die Länder zum Teil deutlich über die Planungen der Bundesregierung hinaus. Das gilt auch für den Vorschlag, die kollektiven Patientenrechte, also die Beteiligung von Patientenvertretern in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens auf Bundes- und Landesebene und somit auch im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), auszubauen. Patientenvertreter sollen „ein Stimmrecht in Verfahrensfragen“ erhalten. Auf Länderebene „sollte die bisher nur vereinzelt geregelte Beteiligung in Planungsverfahren verbindlich für den stationären und ambulanten Bereich analog der Patientenbeteiligung auf Bundesebene geregelt werden“. Nicht einigen konnten sich die Länder auf eine Beweislastumkehr auch bei nicht groben Behandlungsfehlern. Auch die Länder-Eckpunkte seien ein Kompromisspapier, bei dem alle hätten Abstriche machen müssen, betont die NRW-Gesundheitsministerin. Wenn die Maßnahmen nicht reichen sollten, „werden wir irgendwann wieder über das Thema reden müssen“, sagt sie. Zöller hat wiederholt verlautbart, „innerhalb der nächsten Wochen“ einen Referentenentwurf vorzulegen. Anfang 2012 solle das parlamentarische Verfahren beginnen, so der Patientenbeauftragte zuletzt am 21. November auf einem Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin.

Das Eckpunktepapier „Patientenrechte in Deutschland“ der Gesundheitsminister und -senatoren der Länder vom 16. November 2011 ist zu finden unter

<http://www.hamburg.de/contentblob/3152236/data/bgv-patientenrechte-grundlagenpapier.pdf>

Das Grundlagenpapier „Patientenrechte in Deutschland“ des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums der Justiz vom 22. März 2011 ist zu finden unter

http://www.patientenbeauftragter.de/front_content.php?idart=56

Selbsthilfekongress 2011

Expertenwissen der Patienten nutzen

Berlin – „Die große Stärke war und bleibt die Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene auf Augenhöhe.“ So beschreibt die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Ulrike Flach, auf dem Selbsthilfekongress 2011 der Barmer GEK den Stellenwert der Selbsthilfe aus Sicht der Bundesregierung.

Aus diesem Grund sei die Selbsthilfe auch zu einer wichtigen Säule bei der gesundheitlichen Versorgung herangewachsen. Dr. Martin Danner, Bundesgeschäftsführer der BAG Selbsthilfe, macht deutlich: „Gegenseitige Unterstützung im Umgang mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, die gemeinsame Interessenvertretung und das strukturierte Einbringen von Betroffenenkompetenz in das Gesundheitssystem, das sind die Kernelemente der Selbsthilfebewegung in Deutschland.“ Damit sei sie das Schwungrad für mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Darüber hinaus habe sich die Selbsthilfe als fester Partner der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert. Erfahrungen und Eigeninitiative der Betroffenen seien generell für die Gesundheitsversorgung unverzichtbar geworden. Das wiederum stelle die Selbsthilfe auch zunehmend vor Probleme, merkt Danner an. Selbsthilfeorganisationen seien an der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien beteiligt, zertifizierten bestehende Versorgungsangebote, unterstützten die Forschung an Arznei- und Hilfsmitteln und vieles andere mehr. Er forderte die Selbsthilfeorganisationen auf, „auch einmal Nein zu sagen“. Die Selbsthilfe könne entscheiden, welchen Aufgaben sie sich stelle, wofür sie Ressourcen einsetze und mit wem sie kooperiere. Wenn das Gesundheitssystem der Selbsthilfe neue Aufgaben übertrage, dann müssten auch ihre Ressourcen gestärkt werden, mahnt der Vertreter der BAG Selbsthilfe. Bei den Kommunen sei die Tendenz spürbar, sich aus der Finanzierung der Selbsthilfe zurückzuziehen.

Kassen-Vize: Geld ist gut angelegt

Die gesetzlichen Krankenkassen werden in diesem Jahr rund 40 Millionen Euro für die Selbsthilfeförderung ausgeben. Größter Einzelförderer der Selbsthilfe ist die Barmer GEK. Deren stellvertretender Vorstandsvorsitzender Dr. Rolf-Ulrich Schlenker sieht das Geld gut angelegt: „Dadurch nutzen wir das Expertenwissen von chronisch kranken oder behinderten Menschen für eine patientengerechte Versorgung.“ Die Selbsthilfeförderung liege im gesamtgesellschaftlichen Interesse, ein insgesamt stärkeres Engagement auch von Ländern und Kommunen sei daher wünschenswert. „Auch ein angemessener und stabiler Beitrag der privaten Krankenversicherung ist längst an der Zeit.“

Selbsthilfe heute

Schätzungen gehen von 70.000 Selbsthilfegruppen in Deutschland mit rund 3 Millionen Mitgliedern aus. Rund acht Prozent der Erwachsenen haben schon einmal an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. Die Selbsthilfeförderung, zunächst als Kann-Leistung 1992 ins Sozialgesetzbuch aufgenommen, ist seit 2008 für alle gesetzlichen Krankenkassen obligatorisch. Vordringliche Aufgabe der rund 250 Selbsthilfeorganisationen hierzulande ist die gegenseitige Information, Beratung und Unterstützung. Außerdem fungiert die Selbsthilfe als gesundheitspolitische Interessenvertretung und Politikberatung der Betroffenen. Mit dem Prozess ihrer Aufwertung ging eine Institutionalisierung einher. So sitzen seit 2004 Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem gemeinsamen Selbstverwaltungsgremium von Ärzten, Kliniken und Krankenkassen. Seitdem wird immer wieder diskutiert, ob die Rechte der Patientenvertreter im G-BA zu erweitern seien – beispielsweise ein Stimmrecht anstelle des Mitberatungsrechtes einzuführen.

Pflegereform

Bundeskabinett beschließt Eckpunkte

Berlin – Das Bundeskabinett hat die Eckpunkte zur Pflegereform von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr beschlossen. Das gab der Minister in Berlin bekannt. Von Opposition, Gewerkschaften und Verbänden hagelt es Kritik.

Die wesentlichen Inhalte: Die Pflegebeiträge werden ab dem 1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte erhöht. Damit liegen diese bei 2,05 Prozent und 2,3 Prozent für Kinderlose. Insgesamt sollen rund eine Milliarde Euro zusätzlich zur Verfügung stehen. Diese Mittel sollen die Reform finanzieren und vor allem für die Betreuung Demenzkranker verwendet werden. Darüber hinaus seien weitere Verbesserungen in der Pflege zu erreichen, betont Minister Daniel Bahr; es gehe dabei unter anderem um mehr Wahlfreiheiten, eine Stärkung des Grundsatzes Reha vor Pflege und neue Wohnformen. Pflegend Angehörige sollen sich leichter eine „Auszeit“ nehmen können. Vorgesehen ist zudem die Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen auch für pflegende Angehörige.

Pflegebedürftigkeit neu definieren

Beim Pflegebedürftigkeitsbegriff will die Koalition einen Auftrag an den Pflegebeirat unter Leitung von Dr. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, geben. Die vorliegenden Vorarbeiten des Gremiums seien eine wichtige Grundlage, heißt es. Wie lange der Beirat für die konkrete Erarbeitung der Umsetzung benötigt, ist unklar. Gohde selbst hatte von rund zehn Monaten gesprochen. Das BMG will nach eigenen Angaben keine Fristen vorgeben. Ziel sei es, die Arbeiten „noch in dieser Legislaturperiode abzuschließen“, so Bahr.

Zusätzlich zur Beitragssatzsteigerung soll es ab 2013 eine freiwillige, kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung geben. Aus Koalitionskreisen ist zu vernehmen, dass diese auf eine bestehende Riester-Versicherung aufgesattelt werden könnte, sie soll aber auch ohne möglich sein. Neben steuerlichen Vorzügen soll es einen Förderbetrag geben, damit auch Geringverdiener Anreize haben, eine Pflegezusatzversicherung abzuschließen. Um die Branche attraktiver zu machen, sehen die Eckpunkte vor, Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege in einem Beruf zusammenzufassen. Vorbereitet wird eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege.

DGB: Auch 2012 Nullnummer in der Pflege

„Auch wenn die unsinnigen Pläne für eine verpflichtende Pflege-Zusatzversicherung endgültig vom Tisch sind, bleiben die Beschlüsse der Koalition eine Riesenenttäuschung“, sagt Annelie Buntenbach, Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB). So werde nicht nur dieses Jahr, sondern auch 2012 zu einer Nullnummer bei der Pflege. Als absolut unzureichend bewertet der Paritätische Wohlfahrtsverband den Kompromiss. „Das ist keine Reform, das ist die Kapitulation vor den demografischen Herausforderungen“, so der Vorsitzende, Dr. Eberhard Jüttner. Scharf kritisiert er die Ankündigung, bei der Lösung des Pflegeproblems auf Beitragserhöhungen und private Zusatz-Vorsorge setzen zu wollen. „Das Riester-Modell schützt bereits in der Rente nicht vor Altersarmut und wird in der Pflege noch weniger helfen. Die Einführung eines Pflege-Riesters wäre die grundlegend falsche Weichenstellung, von der vor allem die private Versicherungswirtschaft profitieren wird“, warnt Jüttner. Auch die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, Ulrike Mascher, bezeichnet die Beschlüsse als „enttäuschend und unzureichend“. Sie bemängelt, dass die längst überfällige Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die lange Bank geschoben wird. Dadurch bleibe die Benachteiligung Demenzkranker in der gesetzlichen Pflegeversicherung weiter bestehen. SPD-Generalsekretärin Andrea Nahles sieht in den Plänen nur ein „Konjunkturprogramm für die private Versicherungswirtschaft“. Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflegepolitik, und Biggi Bender, Sprecherin für Gesundheitspolitik (beide Bündnis 90/Die Grünen) kritisieren, dass als kleinster gemeinsamer Nenner nur die Beitragssatzsteigerung geblieben ist.

In eigener Sache

Unterstützung für Patient Relations

München – Wir freuen uns, mit unserer ehemaligen Praktikantin Anne Kathrin Simon seit September 2011 eine neue engagierte Mitarbeiterin für die Abteilung Patient Relations gewonnen zu haben.

Frau Simon hat an der Bremer Universität einen Bachelor-Abschluss in Public Health erworben und im Anschluss an der Medizinischen Hochschule Hannover im selben Studienfach einen Magisterstudien-gang absolviert.

Bereits seit August 2010 ist Frau Simon als Praktikantin bei GlaxoSmithKline tätig gewesen und hat in diesem Rahmen zeitgleich ihre Magisterarbeit erstellt. Thematisch hat sie sich hierbei mit der politischen Beteiligung der Selbsthilfe befasst. Die Arbeit wird in Kürze unter dem Titel „Beteiligungsmöglichkeiten an gesundheitspolitischen Prozessen als Herausforderung für die Selbsthilfe“ im GRIN-Verlag veröffentlicht.

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Denis Dubru
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Anne Kathrin Simon
Junior Managerin Patient
Relations
Tel: 089 - 360 44-8464
Fax: 089 - 360 44-98464
anne-kathrin.k.simon@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.