



Herzlich Willkommen zur 4. Ausgabe unseres Newsletters Arzneimittel *aktuell* in 2021.

In der Jahresendausgabe legen wir den Fokus auf das gleichwohl spannende wie sensible Thema Arzneimittelabhängigkeit und Sucht.

Wir wünschen Ihnen ruhige Weihnachtsfeiertage und ein neues Jahr 2022 mit hoffentlich weniger Herausforderungen.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Susanne Dolfen

Leiterin des Bereichs Ambulante Versorgung bei der AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.

Arzneimittelabhängigkeit: Wenn die Therapie zur Sucht wird

Eine Sucht wird typischerweise mit Alkohol oder illegalen Drogen in Verbindung gebracht. Sucht im Sinne von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit gibt es aber auch bei Arzneimitteln – und das nicht selten [1]. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. geht davon aus, dass etwa 1,5 bis 1,9 Millionen Menschen in Deutschland medikamentenabhängig sind. Eine medikamentöse Abhängigkeit ist schwer zu erkennen. Sie beginnt mit einem behandlungsbedürftigen Erkrankungssymptom und einem indikationsgerechten, zugelassenen Arzneimittel. Meist ist die Abhängigkeitsentwicklung ein schleichender Prozess und den Betroffenen gar nicht bewusst.

Ein prominentes alltägliches Beispiel sind abschwellende Nasensprays [2]. Die Anwendung über einen Zeitraum von einer Woche ist unbedenklich. Bei längerem Gebrauch gewöhnen sich die Schleimhäute an die Wirkstoffe. Beim Absetzen kommt es zu einer überschießenden Durchblutung und einem Anschwellen der Schleimhäute sowie einer erneut behinderten Nasenatmung bis hin zu Erstickungsängsten [3]. Die Fortführung der Anwendung ist häufig mit Dosissteigerung und Schädigung der Nase verbunden.

Die meisten Abhängigkeitserkrankungen durch Arzneimittel verursachen Medikamente mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem. Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine und Z-Substanzen) sowie opioidhaltige Schmerzmittel haben ein hohes Abhängigkeitspotential. Auch Pregabalin wird zunehmend missbräuchlich angewendet und kann zur Abhängigkeit führen, so dass ein entsprechender Warnhinweis in die Fachinformation aufgenommen wurde.



Benzodiazepine

Einmal begonnen, führen Benzodiazepine bei vier von zehn Behandelten zur Langzeitanwendung und damit Abhängigkeit, bei älteren Patienten sogar bei mehr als jedem Zweiten [4]. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Sofern die Therapie im Krankenhaus initiiert wurde, sollten Benzodiazepine nach Entlassung möglichst umgehend abgesetzt werden [5]. Gut dokumentiert ist, dass Benzodiazepine den Schlaf nur kurzfristig bessern und das Risiko von Stürzen, Tagesmüdigkeit und Verwirrung erhöhen [6]. Insbesondere eine Aufklärung der Patienten über Risiken (z. B. kognitive Einschränkungen) [7] und ein durch den Arzt gesteuertes Ausschleichen können das Absetzen der Therapie verständlich machen und erleichtern.

Z-Substanzen

Vermeintlich sicherer und seltener abhängig machend als Benzodiazepine werden Z-Substanzen gerne als Alternative eingesetzt. Weniger gefährlich darf aber nicht mit ungefährlich gleichgesetzt werden. Auch Z-Substanzen erhöhen das Risiko von Stürzen [8], beeinträchtigen die psychomotorische

Leistungsfähigkeit und können zu Halluzinationen, Schlafwandeln und Verhaltensveränderungen führen [9]. Erklären Sie den Patienten, dass Z-Substanzen nur über einen kurzen Zeitraum im Akutfall angewendet werden sollten. Das Sicherheitsprofil sowie die Wirksamkeit bei längerer Anwendungsdauer nehmen ab. Studien haben gezeigt, dass das Einschlafen, Durchschlafen und die Schlafqualität sechs Monate nach Beendigung der Therapie signifikant besser sind als unter einer anhaltenden Medikation [10].

Opiode

Der Einsatz von Opioiden bei Tumorschmerz und in der Palliativmedizin ist von der Behandlung bei nicht-tumorbedingten Schmerzen zu unterscheiden [11]. Wichtig: Nicht jeder Schmerz ist opioidsensitiv. Dieser Aspekt wird in der Praxis zu wenig beachtet. Unkritische Dosiserhöhungen sind nicht immer zielführend. Auslassversuche sind indiziert und stattdessen in Erwägung zu ziehen [12]. Unter diesem Aspekt sollten mit den Patienten realistische Therapieziele vereinbart werden wie z. B. Schmerzlinderung anstatt Schmerzfreiheit. →

Opioide sind nur als Teil eines multimodalen Behandlungskonzeptes und zeitlich begrenzt einzusetzen. Gar nicht eingesetzt werden sollten sie in Kombination mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen, da dies die Mortalität erhöht [13].

Pregabalin

Pregabalin ist zugelassen zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen, als Zusatztherapie bei partiellen epileptischen Anfällen sowie bei generalisierter Angststörung. Pregabalin gehört in Deutschland inzwischen zu den verordnungstärksten Wirkstoffen. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat bereits 2011 und erneut 2020 auf ein Abhängigkeitspotenzial hingewiesen. Gründe für die missbräuchliche Einnahme von Pregabalin sind eine in höheren Dosen euphorisierende und entspannende Wirkung und die Verstärkung des Effekts anderer psychotroper Substanzen. Besonders gefährdet sind Patienten, die Opiode bereits missbräuchlich anwenden. Bei diesen wird die Prävalenz einer Pregabalinabhängigkeit auf bis zu 68 % geschätzt. Patienten sollten über das Risiko von zum Teil gravierenden Entzugssymptomen, über die Gefahr der Toleranz- und Abhängigkeitsentwicklung sowie potenziell lebensbedrohlicher Komplikationen bei Mischkonsum mit Benzodiazepinen, Alkohol oder anderen Drogen aufgeklärt werden [14]. Die Behandlung sollte nur langsam ausschleichend beendet werden, da ansonsten ausgeprägte Entzugssymptome zu befürchten sind.

Abhängigkeiten von Substanzen werden im ICD-Katalog unter dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10 – F19) klassifiziert. Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und Störungen mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder (.0 Intoxikationen, .1 schädlicher Gebrauch, .2 Abhängigkeit, .3-.9 andere Störungen) durch die vierte Stelle des ICD-Codes abgebildet.

Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die Hauptdiagnose soll nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beiträgt. Wurden weitere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen, die klinische Erscheinungsbilder verursacht

haben, soll dies ebenfalls dokumentiert werden.

Um Arzneimittelabhängigkeiten entgegenzuwirken, muss jede Verordnung eines potenziell risikobehafteten Arzneimittels kritisch hinterfragt werden. Risikofaktoren, die zur Entwicklung einer Abhängigkeit beitragen können, sind auszuschließen. Hierzu zählen bereits bestehende Suchterkrankungen, Alkohol- oder Nikotinabhängigkeiten, Angsterkrankungen, Depressionen oder andere psychiatrische Komorbiditäten. Liegen Risikofaktoren vor, sollte man möglichst auf den Einsatz von Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial verzichten.

Vor jeder Verordnung sind folgende Regeln zu beachten:

1. Der Patient ist über das potenzielle Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung aufzuklären und bezüglich dieser zu beobachten.
2. Die Verordnung erfolgt über einen so kurzen Zeitraum wie möglich und die Verordnungsmenge und -frequenz sollte stets plausibel bleiben und dokumentiert werden.
3. Das Arzneimittel ist immer nur als Teil eines Gesamtbehandlungsplans einzusetzen. Dieser umfasst neben nichtmedikamentösen Behandlungselementen ein mit dem Patienten gemeinsam definiertes Behandlungsziel.
4. Der Patient muss wissen, dass es sich nicht um eine Dauer-, sondern um eine zeitlich begrenzte Therapie handelt.
5. Eine unzureichende Wirkung kann nicht nur ein Argument für eine Dosiserhöhung, sondern auch Grund für ein Beenden der Therapie sein.

Sowohl das Erkennen als auch das Beenden von Arzneimittelabhängigkeit erfordert Aufmerksamkeit und viel Engagement vom Arzt [15]. Das mehrfache „Verlieren“ von Rezepten und die parallele Behandlung durch mehrere verordnende Ärzte können Hinweise auf eine Arzneimittelabhängigkeit sein [16].

Autor: Prof. Dr. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken/Vorstandsmitglied der AkdÄ

Referenzen:

- [1] Ignaszewski MJ. The Epidemiology of Drug Abuse. *J Clin Pharmacol.* 2021;61 Suppl 2:S10-S7.
- [2] Mushlin S. By the way, doctor. The air in my apartment gets exceedingly dry during the winter. I started using a nasal decongestant containing oxymetazoline hydrochloride. Now I'm hooked. Even when it's not winter, I can't breathe at night without it. How can I break this addiction? *Harv Health Lett.* 2006;31(12):8.
- [3] Saadah HA. A case of panic disorder precipitated by oxymetazoline withdrawal. *J Clin Psychiatry.* 1987;48(7):293.
- [4] Taipale H, Sarkila H, Tanskanen A, Kurko T, Taiminen T, Tiihonen J, et al. Incidence of and Characteristics Associated With Long-term Benzodiazepine Use in Finland. *JAMA Netw Open.* 2020;3(10):e2019029.
- [5] Coll S, Walsh ME, Fahey T, Moriarty F. Hospital initiation of benzodiazepines and Z-drugs in older adults and discontinuation in primary care. *Res Social Adm Pharm.* 2021.
- [6] Lee JY, Farrell B, Holbrook AM. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists taken for insomnia: a review and key messages from practice guidelines. *Pol Arch Intern Med.* 2019;129(1):43-9.
- [7] Liu L, Jia L, Jian P, Zhou Y, Zhou J, Wu F, et al. The Effects of Benzodiazepine Use and Abuse on Cognition in the Elders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *Front Psychiatry.* 2020;11:00755.
- [8] Treves N, Perlman A, Kolenberg Geron L, Asaly A, Matok I. Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults—a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2018;47(2):201-8.
- [9] Gunja N. In the Zzz zone: the effects of Z-drugs on human performance and driving. *J Med Toxicol.* 2013;9(2):163-71.
- [10] Lahteenmaki R, Neuvonen PJ, Puustinen J, Vahlberg T, Partinen M, Raiha I, et al. Withdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve perceived sleep and quality of life in older adults with primary insomnia. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2019;124(3):330-40.
- [11] Hauser W, Bock F, Engesser P, Tolle T, Willweber-Strumpfe A, Petzke F. Long-term opioid use in non-cancer pain. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(43):732-40.
- [12] White R, Hayes C, Boyes AW, Chiu S, Paul CL. General practitioners and management of chronic noncancer pain: a cross-sectional survey of influences on opioid deprescribing. *J Pain Res.* 2019;12:467-75.
- [13] Watanabe JH, Yang J. Hospitalization and Combined Use of Opioids, Benzodiazepines, and Muscle Relaxants in the United States. *Hosp Pharm.* 2020;55(5):286-91.
- [14] Peckham AM, Fairman KA, Sclar DA. All-Cause and Drug-Related Medical Events Associated with Overuse of Gabapentin and/or Opioid Medications: A Retrospective Cohort Analysis of a Commercially Insured US Population. *Drug Saf.* 2018;41(2):213-28.
- [15] Mahase E. Tackle prescription drug dependency with improved clinician training, says review. *BMJ.* 2019;366:15497.
- [16] Soeiro T, Lacroix C, Pradel V, Lapeyre-Mestre M, Micallef J. Early Detection of Prescription Drug Abuse Using Doctor Shopping Monitoring From Claims Databases: Illustration From the Experience of the French Addictovigilance Network. *Front Psychiatry.* 2021;12:640120.

Rezept im Fokus: Pregabalin und Tilidin – Potenziellem Substanzmissbrauch entgegenwirken!

Im abgebildeten Rezeptbeispiel wurden einem 49-jährigen Patienten jeweils zwei Packungen Pregabalin Hartkapseln und Tilidin/Naloxon Retardtabletten in der Packungsgröße N3 verordnet. Noch im selben sowie im darauffolgenden Monat erhielt der Patient weitere Rezepte über die beiden Wirkstoffe in gleicher Menge, obwohl er laut Dosierschema für etwa 100 Tage mit Tabletten versorgt gewesen wäre. Dieses Beispiel ist leider kein Einzelfall. Verordnungsdaten zeigen, dass bei potenziell missbräuchlich anwendbaren Wirkstoffen teilweise hohe Mengen durch

einzelne Arztpraxen verordnet werden. Auch ein „Ärzt hopping“, d. h. der Patient besorgt sich seine Tabletten bei verschiedenen Ärzten, ist nicht selten und für den verschreibenden Arzt nicht oder nur schwer erkennbar.

Die Indikationsgebiete von Pregabalin sind bereits im Artikel "Arzneimittelabhängigkeit: Wenn die Therapie zur Sucht wird" (siehe S. 1-2) erläutert. Tilidin/Naloxon wird angewendet zur Behandlung starker und sehr starker Schmerzen. Aufgrund des hohen Miss-

brauchspotenzials unterliegen Tilidin-Tropfen seit 2013 dem Betäubungsmittelgesetz. Naloxon ist ein reiner Opioidantagonist und soll einem gezielten Fehlgebrauch unter Beibehaltung der analgetischen Wirksamkeit entgegensteuern. Wegen der Gefahr einer akuten Entzugssymptomatik ist die Anwendung von Tilidin/Naloxon bei Opiatabhängigen kontraindiziert. Die gleichzeitige Anwendung von Pregabalin und Opioiden verstärkt die ZNS-depressive Wirkung. Besonders bei Patienten mit Drogenmissbrauch in der Vorgeschichte ist Vorsicht geboten.

Verordnungen von Pregabalin sowie von Tilidin/Naloxon – oder die Kombination beider Wirkstoffe – sollten erst nach einer sorgfältigen Anamnese hinsichtlich einer Abhängigkeitserkrankung erfolgen. Eine Abhängigkeit kann sich jedoch auch ohne bekannte Suchtanamnese entwickeln. Deshalb ist es wichtig, alle Patienten bezüglich eines Fehlgebrauchs wie z. B. eigenmächtige Dosissteigerungen, Toleranzentwicklung oder wirkstoffsuchendes Verhalten zu beobachten. Sollte ein Ihnen unbekannter Patient Pregabalin oder Tilidin/Naloxon Verordnungen einfordern, ist die Wahrscheinlichkeit für gezieltes „Ärzt hopping“ groß.

Beide Wirkstoffe sollten nicht abrupt abgesetzt, sondern ausgeschlichen werden.

- Quellen:
- Arzneverordnung in der Praxis Band 47 Heft 1–2 März 2020 - Abhängigkeitspotential von Pregabalin
 - Fachinformation Pregabalin
 - Fachinformation Tilidin/Naloxon

Der Status quo von Vitamin D

Datenlage

Es gibt Hinweise, dass eine niedrige Vitamin D-Serumkonzentration das Risiko für akute Atemwegsinfekte und einen schweren COVID-19-Verlauf begünstigt. Eine Vitamin D-Substitution bei vorliegendem Vitamin D-Mangel könnte womöglich die Mortalität senken, das Risiko für eine intensivmedizinische Behandlung vermindern sowie zu einer schnelleren Viruselimination beitragen. Ein kausaler Zusammenhang konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

Die vorliegenden Studien erlauben keine Aussage darüber, ob bereits vor der Erkrankung ein niedriger Vitamin D-Spiegel vorlag oder sich dieser als Konsequenz der schweren Erkrankung ergeben hat.

Handlungsempfehlung

Es gibt keine klare Empfehlung für einen routinemäßigen Einsatz von Vitamin D zur

Prophylaxe oder adjunktiven Therapie von SARS-CoV-2-Infektionen.

Bei Patienten mit einem Vitamin D-Mangel ist eine Substitution gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin kritisch auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen. Neben nicht verschreibungspflichtigen Präparaten befinden sich hochdosierte, verschreibungspflichtige Vitamin D-Präparate auf dem Markt. Diese können bei einem nachgewiesenen, schwerwiegenden Vitamin D-Mangel gemäß der Zulassung "zur einmaligen Anwendung bei der Anfangsbehandlung von Vitamin D-Mangelzuständen" verordnet werden. Achtung: Eine Überdosierung von Vitamin D kann zu einer Hyperkalzämie und Abnahme der Nierenfunktion führen!

Wichtig: Kann das Therapieziel mit niedriger dosierten Präparaten ebenso erreicht

werden, ist die Verordnung medizinisch notwendiger apothekenpflichtiger Alternativen zweckmäßig und ausreichend (Arzneimittel-Richtlinie Abschnitt F § 12 Absatz 11). Die Prophylaxe eines Vitamin D-Mangels ist keine Leistung der GKV. Eine Ausnahme bei der Verordnung von apothekenpflichtigen, nicht-verschreibungspflichtigen Vitamin D-Präparaten sieht der Gesetzgeber bei der Behandlung der manifesten Osteoporose und hochdosierter Steroidtherapie. In diesen medizinisch begründeten Fällen ist die fortlaufende Dokumentation der Behandlungsdiagnosen im Zusammenhang mit der Verordnung von Vitamin D wichtig.

- Quellen:
- Fachinformation Dekristol 20.000 I.E.
 - Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL)
 - Medikamentöse Therapie bei COVID-19 mit Bewertung durch die Fachgruppe COVRIIN am Robert Koch-Institut, Stand: 07.09.2021
 - Mitteilung Nr. 015/2021 des BfR vom 14.05.2021 „Vitamin D, das Immunsystem und COVID-19“

Wirkstoff im Spotlight – Dapagliflozin bei chronischer Nieren- und Herzinsuffizienz

Seit November 2020 ist Dapagliflozin zur Behandlung der symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz (HI) mit reduzierter Ejektionsfraktion zugelassen. Mitte dieses Jahres erfolgte die Zulassung in der Indikation chronische Niereninsuffizienz (CKD). Der Wirkstoff kann seitdem auch unabhängig vom Vorliegen eines Typ-2-Diabetes mellitus angewendet werden. Ein Rote-Hand-Brief informierte kürzlich darüber, dass die Zulassung für die Anwendung beim Typ-1-Diabetes mellitus Ende Oktober 2021 zurückgezogen wurde. Bei diesem Patientenkollektiv traten häufig Ketoazidosen als unerwünschte Nebenwirkung auf. Wir stellen Ihnen nachfolgend die wichtigsten Fakten rund um die neuen Indikationen von Dapagliflozin zusammen.

Eigenschaften

Dapagliflozin hemmt selektiv und reversibel den Natrium-Glucose-Cotransporter (SGLT-2) im proximalen Tubulus der Niere. Die Reabsorption von Glucose aus dem glomerulären Filtrat wird reduziert, so dass der Zucker vermehrt über den Harn ausgeschieden und eine osmotische Diurese initiiert wird. Durch die Kombination – Senkung des intraglomerulären Drucks und osmotische Diurese – nimmt die Volumenüberladung ab, der Blutdruck sowie Vor- und Nachlast werden gesenkt. Vermutlich begünstigen diese Effekte das kardiale Remodelling, so dass die kardialen Vorteile von Dapagliflozin nicht allein von der Blutzuckersenkung abhängen.

Studienlage

Die DAPA-HF Studie ist Grundlage der Zulassung von Dapagliflozin in der Indikation HI. An der randomisierten, placebokontrollierten Doppelblindstudie nahmen 4.744 Patienten mit symptomatischer HI der NYHA Klassen II-IV teil. Zu den Einschlusskriterien gehörten eine linksventrikuläre Ejektionsfraktion $\leq 40\%$ sowie eine optimierte

Standardtherapie der HI seit mindestens vier Wochen vor Studieneinschluss. Dapagliflozin zeigte sowohl einen Vorteil in der Gesamt- als auch in der kardiovaskulären Mortalität. Bei Patienten der NYHA-Klasse II traten signifikant weniger Todesfälle auf, während sich in den NYHA-Klassen III und IV kein signifikanter Unterschied ergab.

Grundlage der Zulassungserweiterung für die Indikation CKD bildet die DAPA-CKD-Studie, an der 4.304 Patienten mit chronischer Nierenerkrankung teilnahmen. Der kombinierte primäre Endpunkt aus Verschlechterung der Nierenfunktion, terminaler Niereninsuffizienz und Tod kardiovaskulärer oder renaler Ursache, konnte durch die Einnahme von Dapagliflozin zusätzlich zur Standardtherapie signifikant gesenkt werden.

Frühe Nutzenbewertung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinem Beschluss zur frühen Nutzenbewertung einen **Anhaltspunkt für einen beträchtlichen Zusatznutzen** für die Indikation HI festgestellt. Die Effekte von Dapagliflozin in den festgelegten Endpunkten Mortalität, Hospitalisierung und Nebenwirkungen wurden allesamt als positiv bewertet. Die Umsetzung der zweckmäßigen Vergleichstherapie sei allerdings zum Teil intransparent und es ergaben sich Unklarheiten.

Das Verfahren zur frühen Nutzenbewertung in der Indikation chronische Niereninsuffizienz hat bereits begonnen. Eine Beschlussfassung wird Anfang 2022 erwartet.

Anwendungshinweise und Sicherheitsaspekte

Dapagliflozin wird sowohl beim Typ-2-Diabetes mellitus als auch bei der HI und CKD einmal täglich in einer Dosierung von 10 mg eingenommen. Im Rahmen der DAPA-HF Studie ergab sich keine signifikante Zunahme von unerwünschten Ereignissen (UE) unter Dapagliflozin. Häufiger als im Placebo-

Arm traten in der Verumgruppe Volumemangel und in sehr seltenen Fällen Ketoazidosen auf. UE wurden nur erfasst, wenn sie zum Therapieabbruch oder zur Dosisreduktion führten, daher kann für das Auftreten von Genitalinfektionen, die in früheren Studien signifikant gehäuft auftraten, keine verlässliche Aussage getroffen werden. Daten zur Langzeitsicherheit von Dapagliflozin bei Patienten ohne Diabetes mellitus liegen bislang nicht vor.

Ausblick

Die Nationale Versorgungsleitlinie Herzinsuffizienz empfiehlt in ihrer aktuellen Version (Stand 2021) die Anwendung von SGLT-2 Inhibitoren bei persistierender Symptomatik trotz Kombinationstherapie aus ACE-Hemmer/Angiotensinrezeptorantagonist, Betablocker und Mineralokortikoidrezeptorantagonist. Mittlerweile hat auch Empagliflozin als zweiter SGLT-2-Inhibitor die EU-Zulassungserweiterung für den Einsatz bei HI erhalten. Die EMPA-Kidney Studie mit der Nierenfunktion im primären Endpunkt läuft noch.

Quellen:

- Beschluss G-BA, Anlage XII –Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen nach § 35a SGB V, Dapagliflozin (neues Anwendungsgebiet: chronische Herzinsuffizienz) vom 21. Mai 2021
- Arzneiverordnung in der Praxis, Dapagliflozin (Forxiga®), Herzinsuffizienz (frühe Nutzenbewertung), vom 24. Juni 2021
- Fachinformation von Dapagliflozin
- Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur frühen Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V von Dapagliflozin
- IQWiG-Berichte-Nr. 1065 Dapagliflozin (Herzinsuffizienz) – Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V www.leitlinien.de/themen/herzinsuffizienz
- Herz und Niere, EU-Zulassung für Dapagliflozin bei chronischer Nierenerkrankung, kardiologie.org
- Dapagliflozin bei chronischer Niereninsuffizienz, Pharmazeutische Zeitung 28.06.2021
- AkdÄ- Drug Safety Mail 2021-58

Kontakt

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.
Arzneimittelversorgung
14456 Potsdam

E-Mail-Service: www.aok.de/nordost/mail
Internet: www.aok.de/nordost
Telefon: 0800 265080-24000 (kostenfrei)

Dies ist eine Information gemäß § 73 Absatz 8 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Weitere Informationen für AOK Vertragspartner finden Sie auch im Internet unter: www.aok.de/gp.

Impressum

Herausgeber und verantwortlich: AOK Nordost. Die Gesundheitskasse, Brandenburger Straße 72, 14467 Potsdam

Rechtsform: Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung | Vertretungsberechtigt: Daniela Teichert – Vorsitzende des Vorstandes der AOK Nordost, Hans-Joachim Fritzen – Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Nordost

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten geschlechtsneutral.

Bilder: Shutterstock/rawf8