



Herzlich Willkommen bei unserer Ausgabe 1/2019 des Newsletters Arzneimittel aktuell!

In dieser Ausgabe widmen wir uns unter anderem den therapeutischen Möglichkeiten zur Behandlung der Migräne – eine Erkrankung, die häufig auch von Hausärzten behandelt wird.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!

Susanne Dolfen

Leiterin der Unternehmenseinheit Arzneimittelversorgung
bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Migräne: Die häufigste neurologische Erkrankung behandelt der Hausarzt

Durchschnittlich jeder 7. Erwachsene in Deutschland leidet unter Migräne. Betroffen sind vor allem Menschen zwischen dem 20. und 45. Lebensjahr und Frauen deutlich häufiger als Männer [1]. Im letzten Jahr hat die Deutsche Gesellschaft für Neurologie eine aktualisierte Leitlinie zur Behandlung der Migräne herausgegeben, die neue therapeutische Möglichkeiten bewertet, aber insbesondere auch darauf hinweist, dass häufig übersehen wird, dass nicht medikamentöse Verfahren vor allem bei der Prophylaxe von Migräneanfällen einen hohen Stellenwert haben. Was bei der Migränebehandlung zu beachten ist und welche Fehler man vermeiden sollte, wird nachfolgend zusammengefasst [2].

Was ist Migräne?

Neben den meist, aber nicht zwingend halbseitigen Kopfschmerzen sind Empfindlichkeit gegenüber Licht und Geräuschen, ein langsamer Symptombeginn und bei einigen Patienten eine Aura sowie Nackenschmerzen typisch. Die Dauer der Attacken kann nach der Definition der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft (IHS) zwischen 4 und 72 Stunden betragen. Von Patienten mit unregelmäßig auftretenden Migräneanfällen sind Patienten mit chronischer Migräne abzugrenzen. Das sind Patienten, die über mindestens drei Monate an mindestens 15 Tagen pro Monat migräneartige Kopfschmerzen aufweisen [1].

Erfordert die Diagnosestellung eine bildgebende Diagnostik?

In der Anamnese sollte grundsätzlich immer eine Abgrenzung gegenüber sekundären Kopfschmerzkrankungen erfolgen. Für die typische Migränesymptomatik ist aber eine rein klinische Diagnosestellung ausreichend. Eine weitere radiologische Diagnostik von Kopf oder Halswirbelsäule ist in diesem Fall

nicht erforderlich [3].

Migräneanfall: Wie wird er behandelt?

Bei Migräneanfällen von leichter bis mäßiger Stärke sind Acetylsalicylsäure (1000 mg als Brausetablette), Paracetamol (1000 mg als Tablette oder Suppositorium) und auch nichtsteroidale Antirheumatika wie zum Beispiel Ibuprofen (400 - 600 mg) indiziert und wirksam. Ebenso hilfreich können auch Präparate mit der Kombination aus ASS, Paracetamol und Coffein sein.

Stärker wirksam, wegen Nebenwirkungsrisiken aber schweren Migräneanfällen vorbehalten, sind Triptane [4]. Sie sollten allerdings nicht bei Patienten mit schwerwiegenden kardiovaskulären Krankheiten eingesetzt werden. Nach Sumatriptan wurden sechs weitere Triptane zugelassen, die sich in Wirkstärke, Wirkeintritt und Nebenwirkungsprofil nur wenig voneinander unterscheiden.

Zur Behandlung von gleichzeitig bestehender Übelkeit bei Migräne kommen außerdem Antiemetika wie Metoclopramid oder Domperidon kurzfristig zum Einsatz.

Migräne: Was muss der Patient wissen?

Migräne ist eine Erkrankung, die die Lebensqualität des Patienten erheblich einschränkt. Die Erwartung des Patienten, dass die Therapie das Problem vollständig beseitigt, kann dabei in den meisten Fällen nicht erfüllt werden.

Auch die wirkstärksten Arzneimittel führen beim akuten Anfall nur bei drei von zehn Patienten innerhalb von zwei Stunden zur vollständigen Beschwerdefreiheit [1]. Auch die Prophylaxetherapie kann Migräneanfälle nicht vollständig verhindern, sondern nur ihre Häufigkeit reduzieren. Dies können auch die aktuell neu zugelassenen Medikamente nicht ändern. Vor diesem Hintergrund sind drei Botschaften für Patienten besonders wichtig:



1. Beim Auftreten eines Migräneanfalls sollte die Akuttherapie so früh wie möglich erfolgen, sodass sie umso wirksamer ist. Bei unzureichendem Ansprechen auf ein Triptan sollte der Arzt informiert und ggf. ein Triptanwechsel erwogen werden.

2. Während eine medikamentöse Prophylaxe nur bei regelmäßig auftretenden Migräneanfällen indiziert ist, wird die nicht medikamentöse Prophylaxe allen Patienten angeraten. Hierzu sollte ein Kopfschmerztagbuch geführt werden.

3. Bezogen auf Analgetika gilt, dass „viel“ manchmal nicht „viel“ hilft, sondern viel schadet: Ein zu häufiger Gebrauch von Schmerzmitteln kann medikamentenbedingten Kopfschmerz erzeugen, der häufig schwer von einer Zunahme der Migräneanfälle zu unterscheiden ist [5]. Triptane sollten nicht mehr als 10 Tage und die anderen Analgetika nicht mehr als 15 Tage pro Monat eingenommen werden. →



Nicht medikamentöse Prophylaxe für alle!

Patienten, die nach den neu zugelassenen Arzneimitteln zur Migräneprophylaxe fragen, können auf ähnlich wirksame und deutlich besser untersuchte Therapieverfahren hingewiesen werden: Entspannungsverfahren können die Migränezfrequenz um 35 - 45% reduzieren und regelmäßiger Ausdauersport ist ähnlich prophylaktisch wirksam wie medikamentöse Therapien [1, 6, 7]. Regelmäßige Mahlzeiten, regelmäßige Schlafphasen und das Vermeiden von exzessivem Kaffee- oder Alkoholkonsum sind geeignete Maßnahmen, um die Häufigkeit von Migräneanfällen zu reduzieren. Und noch etwas, was der Patient nicht so gerne hört: Übergewicht erhöht das Migränerisiko um 27% [8].

Medikamentöse Prophylaxe nur für einige!

Die Indikation zu einer medikamentösen Prophylaxe in Ergänzung der nicht medikamentösen Maßnahmen wird bei Patienten mit mindestens drei Migräneattacken pro Monat gesehen.

Bei episodischer Migräne zugelassen und gleichermaßen wirksam sind Metoprolol, Propranolol, Flunarizin, Amitriptylin und Topiramate. Auch Valproinsäure kann als „off-label-use“ zur Anwendung kommen.

Bei chronischer Migräne stehen Topiramate und Botulinum-Toxin zur Verfügung. Kein Wirkstoff ist den anderen eindeutig überlegen und keiner bei allen Patienten immer wirksam [9]. Die Auswahl des

richtigen Prophylaxe-Arzneimittels sollte daher anhand etwaiger Nebenwirkungen und Komorbiditäten erfolgen.

Therapeutische Optionen bei Versagen der medikamentösen Standardprophylaxe

Mit Erenumab (Aimovig®) ist im November 2018 ein monoklonaler Antikörper gegen den CGRP-Rezeptor zugelassen worden. CGRP oder Calcitonin-Gen-Related-Peptide ist ein Neurotransmitter, der bei der Migräne eine wichtige pathophysiologische Rolle spielt. Erenumab hat in den Zulassungsstudien stärker als Placebo die Häufigkeit von Migräneanfällen reduziert. Ein direkter Vergleich von Erenumab mit etablierten Arzneimitteln zur Rezidivprophylaxe fehlt allerdings. Auch Daten zur Sicherheit der Langzeitanwendung von Erenumab liegen noch nicht vor. Der Wirkstoff ist damit lediglich eine Option für diejenigen Patienten unter 65 Jahren mit einer GFR > 30 ml und mit mindestens vier Migränetagen pro Monat nach Versagen oder Unverträglichkeit mehrerer Vortherapien. Auch hier sollten die Patienten wissen: Nur bei vier von zehn Behandelten kann die Häufigkeit der Migräneanfälle um zumindest 50% reduziert werden.

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



Quellen:

1. Charles, A., Migraine. N Engl J Med, 2017. 377(6): p. 553-561.
2. Bohm, P.E., F.F. Stancampiano, and T.D. Rozen, Migraine Headache: Updates and Future Developments. Mayo Clin Proc, 2018. 93(11): p. 1648-1653.
3. Minen, M.T., et al., Migraine diagnosis and treatment: A knowledge and needs assessment among primary care providers. Cephalalgia, 2016. 36(4): p. 358-70.
4. Cameron, C., et al., Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Headache, 2015. 55 Suppl 4: p. 221-35.
5. Lipton, R.B., et al., Examination of unmet treatment needs among persons with episodic migraine: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. Headache, 2013. 53(8): p. 1300-11.
6. Sullivan, A., S. Cousins, and L. Ridsdale, Psychological interventions for migraine: a systematic review. J Neurol, 2016. 263(12): p. 2369-2377.
7. Koseoglu, E., et al., The role of exercise in migraine treatment. J Sports Med Phys Fitness, 2015. 55(9): p. 1029-36.
8. Gelaye, B., et al., Body composition status and the risk of migraine: A meta-analysis. Neurology, 2017. 88(19): p. 1795-1804.
9. Jackson, J.L., et al., A Comparative Effectiveness Meta-Analysis of Drugs for the Prophylaxis of Migraine Headache. PLoS One, 2015. 10(7): p. e0130733.

Arzneimittel-Richtlinie aktuell: Triptane

Die gesetzlichen Regularien in der ambulanten Versorgung sind sehr komplex und führen häufig zu Verunsicherungen im Praxisalltag. Daher möchten wir an dieser Stelle wieder auf mögliche „Fallstricke“ hinweisen.

So findet sich z. B. in der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) eine Vorgabe bezüglich des vorrangigen Einsatzes von apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Liegt demnach ein Wirkstoff sowohl in einer verschreibungspflichtigen als auch in einer verschreibungsfreien Variante vor, soll entsprechend §12 Abs. 11 AM-RL der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin primär das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, solange dieses zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend ist. Die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels kann andernfalls unwirtschaftlich sein. Ausnahmen ergeben sich nur, wenn das

verschreibungspflichtige Präparat in einer Indikation eingesetzt wird, für welche das apothekenpflichtige Medikament nicht zugelassen ist oder falls sich unter dem apothekenpflichtigen Arzneimittel kein ausreichender Therapieerfolg einstellt. In diesen Fällen kann auf ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ausgewichen werden.

Die meisten Triptane können ohnehin nur durch den behandelnden Arzt verordnet werden. Die Wirkstoffe Almotriptan und Naratriptan stehen allerdings als verschreibungsfreie (non-rx) und als verschreibungspflichtige Variante (rx) zur Verfügung. Hier liegt der Sonderfall vor, dass die Indikation – unabhängig vom Zulassungsstatus – bei allen Präparaten gleich lautet: akute Behandlung der Kopfschmerzphasen von Migräneanfällen mit und ohne Aura.

Die non-rx Packungen mit zwei Tabletten sind für eine Behandlung im Notfall durch den Patienten selbst vorgesehen. Bei

häufigen Therapieanlässen bzw. bei sonstiger Unzweckmäßigkeit der non-rx Triptane können die verschreibungspflichtigen Varianten auf Kassenrezept verordnet werden.

Fazit: §12 Abs. 11 AM-RL regelt den vorrangigen Einsatz von apothekenpflichtigen Arzneimitteln in bestimmten Fällen. Typische Arzneimittel, die entsprechend dieser Regelung Aufmerksamkeit erhalten sollten, sind u. a. Acetylcystein, Loperamid, Naratriptan und verschiedene Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Diclofenac. Vor der Verordnung dieser Wirkstoffe sollte geprüft werden, ob die verschreibungsfreie Variante im Sinne einer wirtschaftlichen Verordnung medizinisch zweckmäßig und ausreichend ist.



KopfschmerzSPEZIAL jetzt mit digitaler Unterstützung bei Migräne (SMARTGEM)

In der Ausgabe 2/2018 berichteten wir ausführlich über das AOK-Versorgungsangebot KopfschmerzSPEZIAL. Das Programm wurde regional erweitert und wird neben der Charité nun auch in der Universitätsmedizin Rostock angeboten. Für Patienten mit Migräne bieten die Partner zusätzlich eine Smartphone-gestützte Migränetherapie an. Das Herzstück ist eine App, die eine Kombination aus Dokumenta-

tion, Therapiemodul und Schulung zur Selbsthilfe vereint. Auch werden telemedizinische Beratung, ärztlich moderierte Foren und Expertenchats angeboten.

Weitere Informationen dazu finden Sie im Internet unter www.aok.de/nordost/kopfschmerz und www.smartgem-projekt.de.



Rezept im Fokus Kombination serotonerger Arzneimittel

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|--------------------------------------|--|-----------------------|--|------------------------------|--|---------------------|--|-----------------------|--|
| Gebühr frei | | Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Nordost | | Hilfs- mittel | | Impf- stoff | | Spr.-St. Bedarf | | Begr.- Pflicht | | Apotheken-Nr. / IK | |
| Geb.- pfl. | | Name, Vorname des Versicherten | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | Zuzahlung | |
| noctu | | geb. am | | 0 | | | | | | | | Gesamt-Brutto | |
| Sonstige | | Kostenträgerkennung | | Versicherten-Nr. | | Status | | Arzneimittel-Hilfsmittel-Nr. | | Faktor | | Taxe | |
| Unfall | | Betriebsstätten-Nr. | | Arzt-Nr. | | Datum | | 1. Verordnung | | 05454088 | | 1 4537 | |
| Arbeits- unfall | | 05.04.18 | | | | | | 2. Verordnung | | 08453698 | | 1 3123 | |
| | | | | | | | | 3. Verordnung | | | | | |
| Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen) | | | | | | | | | | | | Vertrauensarztstempel | |
| aut idem | | SERTRALIN ABZ 100MG FILMTA FTA 100 ST N3 | | | | | | | | | | | |
| aut idem | | ZOLMITRIPTAN AL 5MG SMT 12 ST N3 | | | | | | | | | | | |
| aut idem | | | | | | | | | | | | | |
| Bei Arbeitsunfall auszufüllen! | | Unfalltag | | Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer | | Abgabedat in der Apot | | Unterschrift des Arztes | | Muster 16 (10.2014) | | | |

Serotonin ist in physiologischer Konzentration ein lebenswichtiger Botenstoff. Im zentralen Nervensystem moduliert er Aufmerksamkeit, Verhalten und Thermoregulation. In der Peripherie werden gastrointestinale Motilität sowie Kontraktion der glatten Muskulatur in Blutgefäßen, Bronchien und Uterus beeinflusst. Werden Serotoninrezeptoren jedoch überstimuliert – z. B. durch Kombination bestimmter Arzneistoffe – kann sich ein Serotonin-Syndrom entwickeln. Typisch sind autonom-vegetative Symptome wie Puls- und Blutdruckanstieg, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen und Pupillenerweiterung. Eine neuromuskuläre Hyperaktivität mit Tremor, krampfartigen Muskelzuckungen und übersteigerten Reflexen kann ebenso auftreten. Ist die Atemmuskulatur betroffen, kann das Serotonin-Syndrom lebensbedrohlich werden.

Analgetika und Antidepressiva werden oft in Kombination eingesetzt, entweder gezielt im Rahmen einer Schmerztherapie oder bei Vorliegen einer Depression und der Notwendigkeit einer gleichzeitigen Schmerzbehandlung.

Im dargestellten Beispiel werden einer 45-jährigen Patientin sowohl das Migränetherapeutikum Zolmitriptan als auch der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Sertralin verordnet. Obwohl beide Arzneimittel aufgrund ihres Wirkmechanismus Einfluss auf den Serotoninspiegel haben können, wird das Risiko eines Serotonin-Syndroms unter dieser Wirkstoffkombination kontrovers beurteilt. Die Food and Drug Administration (FDA) warnte im Jahr 2006 vor einem potentiell erhöhten Risiko eines Serotonin-Syndroms unter Medikation von Triptanen und SSRI bzw. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI).

Eine Beobachtungsstudie aus den USA konnte die beschriebene Gefahr nach Analyse von fast 20.000 Patientendaten aus den Jahren 2001 bis 2014 allerdings nicht bestätigen. Auch die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) schätzt das Risiko für ein Serotonin-Syndrom unter dieser Kombination als sehr gering ein.

Neben SSRI und SNRI können auch andere Arzneimittel wie Hemmstoffe der Monoaminooxidase (MAO, z. B. Moclobemid), Johanniskraut, einige trizyklische Antidepressiva (Clomipramin und Imipramin), Opioidanalgetika (vor allem Tramadol und Fentanyl) und Parkinsontherapeutika einen Serotonin-Überschuss im Körper auslösen.

Fazit: Aus Sicherheitsgründen sollten Patienten, die gleichzeitig verschiedene serotonerge Arzneistoffe (z. B. Fentanyl und Antidepressiva) einnehmen, engmaschig ärztlich betreut werden. Die Kombination aus einem SSRI bzw. SNRI und einem MAO-Hemmer ist kontraindiziert. Sofern ein Serotonin-Syndrom vermutet wird, ist das sofortige Absetzen der auslösenden Arzneimittel empfohlen.

Quellen:

- Fachinformation der Wirkstoffe Zolmitriptan, Sertralin und Fentanyl
- Strobach, D., Klinisch relevante Interaktionen zwischen Analgetika und Psychopharmaka. Med. Mo. Pharm. 35(2012) 245-254
- Mitteilung der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DGKM) vom 20. Juni 2012; www.dmkg.de/files/dmkg.de/Presse/PM-Serotonin-Syndrom.pdf
- Jama Neurology (2018); doi: 10.1001/jamaneurol.2017.5144

Sie haben in der Vergangenheit unsere Newsletter-Ausgabe verpasst?

Sie finden diese auch im Internet unter: www.aok-gesundheitspartner.de/nordost/arzneimittel/newsletter.

Hydrochlorothiazid steht in Verdacht Hautkrebs auszulösen – Besteht Handlungsbedarf?

Hydrochlorothiazid (HCT) allein oder in Kombination zählt zur Standardmedikation bei der Behandlung von arterieller Hypertonie, chronischer Herzinsuffizienz sowie von kardialen, hepatischen und nephrogenen Ödemen.

Dass HCT-haltige Arzneimittel ein photosensibilisierendes Potenzial besitzen, ist bereits lange bekannt. Im Oktober 2018 wurde nun aber in einem Rote-Hand-Brief auf das erhöhte Risiko für die Entstehung eines weißen Hautkrebses (nichtmelanozytärer Hautkrebs (NMSC)) aufmerksam gemacht. Die zwei dort beschriebenen dänischen Studien zeigten einen Zusammenhang zwischen einer kumulativen HCT-Einnahme und der Entstehung von NMSC.

Als möglicher Mechanismus wird die photosensibilisierende Wirkung des Arzneistoffs vermutet, die im Übrigen auch für andere Diuretika bekannt ist. Gerade diese ist in ihren Auswirkungen allerdings sehr variabel - das klinische Bild ist neben der Substanz selbst auch abhängig von den Eigenschaften der Haut, dem Metabolismus des Wirkstoffs im Organismus sowie der elektromagnetischen Strahlung. Bisher ist nicht bekannt, ob dieser Mechanismus die alleinige Ursache für die mögliche Entstehung von NMSC ist.

Als Maßnahme aufgrund der neuen Erkenntnisse wird folgendes Vorgehen empfohlen: Eine generelle Therapieumstel-

lung ist nicht erforderlich, sollte aber individuell im Sinne einer Nutzen-Risiko-Analyse kritisch geprüft werden (vor allem bei Patienten, die bereits ein NMSC in der Anamnese hatten).

Patienten, die weiterhin HCT einnehmen, sind über das Risiko für NMSC aufzuklären. Außerdem soll die Haut regelmäßig auf Veränderungen kontrolliert und Verdachtsfälle dem behandelnden Arzt gemeldet werden. Durch regelmäßige Untersuchungen steigt die Wahrscheinlichkeit ein NMSC rechtzeitig zu entdecken, wodurch die Erkrankung eine relativ günstige Prognose aufweist.

Zusätzlich sollten die folgenden allgemein gültigen Hinweise beachtet werden: Die Exposition gegenüber Sonnenlicht und UV-Strahlen ist einzuschränken, zudem soll ein ausreichender UV-Schutz verwendet werden.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) nennt in ihrer Empfehlung von Dezember 2018 den Wirkstoff Chlortalidon (Hygroton®) als mögliche Alternative zu HCT, vor allem in der Therapie des Bluthochdrucks. Bisher sind keine Studien zum Hautkrebsrisiko von Chlortalidon bekannt. Der Wirkstoff ist nicht generisch verfügbar. Wichtig: HCT und Chlortalidon sind nicht dosisäquivalent anzuwenden. Die Umstellung sollte daher mit Vorsicht durchgeführt und eine antihypertensive Komedikation ggf. angepasst werden.

Für die Indikation Herzinsuffizienz sollen alternativ primär Schleifendiuretika angewendet werden. Falls dennoch ein Thiazid-Diuretikum verordnet werden soll, kann Chlortalidon in dieser Indikation ebenfalls zur Anwendung kommen.

Fazit: In einem Rote-Hand-Brief wurde über das erhöhte Risiko von nicht melanozytärem Hautkrebs in Zusammenhang mit der Einnahme von Hydrochlorothiazid berichtet. Eine generelle Therapieumstellung ist aus Sicht der AkdÄ nicht erforderlich. Sollte anhand von Patienteneigenschaften wie Alter, Hauttyp, Komorbiditäten oder starker UV-Exposition in Beruf und Freizeit eine Umstellung erwogen werden, stellt Chlortalidon eine mögliche Alternative dar. Zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen wie z. B. ausreichender Sonnenschutz sollten generell empfohlen werden.

Quellen:

- Rote Hand Brief vom 17.10.2018: Hydrochlorothiazid – Risiko von nichtmelanozytärem Hautkrebs [Basalzellkarzinom (Basaliom); Plattenepithelkarzinom der Haut (Spinaliom)]
- Hydrochlorothiazid: Risiko von nichtmelanozytärem Hautkrebs – Empfehlungen der AkdÄ zur Behandlung von Hypertonie und Herzinsuffizienz
- arznei-telegramm1/19 vom 18.01.2019

eLiSa – electronic Life Saver

Das neue Versorgungsangebot eLiSa der AOK Nordost ist gestartet. Das webbasierte Programm soll Ärzte beim Management von Multimedikation digital unterstützen. Durch die Bereitstellung von sektorenübergreifenden Versicherten-Daten und einem softwarebasierten Medikationscheck kann die Arzneimitteltherapiesicherheit deutlich erhöht werden.

Seit dem 06.02.2019 können Sie sich über die Internetseite des Deutschen Vergabe-

portals www.dtv.de für die Teilnahme an eLiSa registrieren. Geben Sie dazu einfach in der Suchfunktion des Vergabeportals „**eLiSa - electronic Life Saver**“ oder die Ausschreibungs-ID „**CXP4Y6MYQD9**“ ein.

Nach Erhalt der Dokumente füllen Sie diese bitte vollständig aus und schicken sie unterschrieben an uns zurück. Im Anschluss erhalten Sie abschließend den Vertrag, der Sie zur Teilnahme an eLiSa berechtigt. Bei

Fragen zum Projekt oder bei Bedarf von Hilfestellung zur Registrierung steht Ihnen unser eLiSa-Projektteam unter der E-Mail: eLiSa@nordost.aok.de gerne zur Verfügung.



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)

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

Impressum

Herausgeber und verantwortlich: AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, Brandenburger Straße 72, 14467 Potsdam
Rechtsform: Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung Vertretungsberechtigt: Vorstand Frank Michalak (Vorsitzender des Vorstandes)

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

Bilder: Logo „Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)“, juristische Person des öffentlichen Rechts, Wegelystr. 8, 10623 Berlin, Shutterstock