



Herzlich Willkommen zur 1. Ausgabe unseres Newsletters Arzneimittel *aktuell* in 2022.

In dieser Ausgabe informieren wir über die verschiedenen Aspekte der palliativen Versorgung: Vor allem Sie als (Haus-)Arzt können durch Ihre oft langjährige Erfahrung im Umgang mit dem Patienten eine große Stütze sein!

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Susanne Doffen

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

Medikamentöse Linderung von Erkrankungssymptomen am Lebensende

Palliativmedizin bezeichnet die ganzheitliche Behandlung und Begleitung schwerstkranker Menschen, deren Erkrankung weit fortgeschritten und nicht mehr heilbar ist.

Als Sterbephase bezeichnet man die letzten 3 bis 7 Tage des Lebens. Entscheidungen und Maßnahmen zur Behandlung in der Sterbephase sollen sich unter Wahrung der Würde nach den Bedürfnissen des Sterbenden und der Angehörigen richten. Als Therapieziel steht nicht mehr die Lebensverlängerung, sondern die Linderung der Symptome im Fokus. Eine Ursachenklärung ist hierbei nicht mehr relevant.

Die bisherige Arzneimitteltherapie sollte im Hinblick auf die weitere Notwendigkeit bewertet werden: Ist der zukünftige Nutzen einer Therapie im Vergleich zur relativ kurzen Lebenserwartung des Patienten noch sinnvoll und zweckmäßig (z. B. Statine, ASS, Antidementiva)? Ein Absetzen nicht mehr notwendiger Medikamente kann für den Patienten befreiend sein und belastende Nebenwirkungen und Interaktionen reduzieren.

Der Stand des medizinischen Wissens zu palliativmedizinischer Arzneimitteltherapie wird in Deutschland vor allem durch die im September 2020 veröffentlichte S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* abgebildet. Diese findet nicht nur für onkologische Patienten Anwendung [1]. Die Empfehlungen gelten unabhängig davon, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) erfolgt.

Behandlung von Angst

Angst gehört neben Depressivität zu den häufigsten psychischen Belastungen ster-

bender Menschen. Wenn nicht medikamentöse Behandlungsansätze ohne ausreichende Wirkung bleiben, sollten anxiolytisch wirksame Medikamente wie z. B. kurz wirksame Benzodiazepine mit schnellem Wirkungseintritt – d. h. Lorazepam, Oxazepam oder Alprazolam – eingesetzt werden (siehe Tabelle 1) [2].

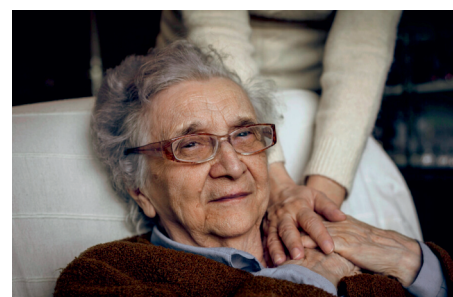
Bei wiederholtem oder persistierendem Auftreten sollte die Indikation für eine längerfristige Behandlung mit Antidepressiva, Antipsychotika oder sonstigen Medikamenten mit anxiolytischer Wirksamkeit wie SSRI, SNRI oder Paroxetin geprüft werden [3]. Bitte beachten Sie, dass langfristige Behandlungen nicht im Rahmen einer SAPV stattfinden sollten.

Bei Sterbenden mit einem Delir kann Haloperidol (z. B. 0,5 - 2 mg alle 2 bis 12 Stunden) eingesetzt werden [5, 6]. Die Sterbephase selbst ist eine mögliche Ursache des Delirs.

Opiode sind hingegen zur Sedierung ungeeignet, denn sie sollen als Behandlungsoption für Symptome wie Schmerzen und Luftnot auch weiterhin effektiv zur Verfügung stehen [7].

Behandlung von Atemnot

Atemnot kann in zwei Hauptkategorien unterteilt werden: kontinuierliche Atemnot und Atemnotattacken. Sollte keine ursächliche Behandlung wie z. B. bei Anämie oder Pleuraerguss möglich sein, können nicht



medikamentöse Maßnahmen Linderung schaffen. Hierbei kann bereits ein auf das Gesicht gerichteter kühler Luftzug helfen. Ist dies nicht ausreichend, sollten Opiode (bevorzugt Morphin) eingesetzt werden. Diese sind die einzige Arzneimittelgruppe mit ausreichender Evidenz für die symptomatische Linderung von Atemnot [8, 9]. Die mittlere effektive Dosis zur Linderung von Atemnot liegt in der Regel niedriger als zur Linderung von Schmerz (z. B. Morphin 2,5 - 5 mg alle 4 Std. p. o.).

Eine parenterale Gabe kann s. c. (oder i. v.) als Bolus oder kontinuierlich appliziert erfolgen (z. B. Morphin 1 - 2,5 mg alle 4 Std. s. c.) [10].

Eine randomisierte kontrollierte Studie bei Patienten mit sehr weit fortgeschrittener Krankheit und sehr starker Atemnot zeigte, dass die Kombination von parenteralem Morphin mit Midazolam zu einer besseren Linderung von Atemnot führte als beide Wirkstoffe allein [11]. Eine Arzneimittelkombination, die außerhalb palliativer

Indikation	Arzneimittelklasse	Substanz	Einzeldosis
akuter Angstzustand, Panikattacke	Benzodiazepine	Lorazepam	1,0 - 2,5 mg
		Alprazolam	0,5 - 1,0 mg
		Oxazepam	10 - 40 mg
		Midazolam	2,5 - (5) 10 mg

Tabelle 1: Dosierungsempfehlungen für anxiolytische Akutmedikation bei Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen [4]

Behandlungskonzepte unbedingt vermieden werden soll.

Liegt eine Niereninsuffizienz vor, erfordert die Therapie mit Opioiden erhöhte Wachsamkeit. Aktive Metabolite können kumulieren, so z. B. bei Morphin, Oxycodon oder Dihydrocodein. Bei einer glomerulären Filtrationsrate < 30 ml/min ist ein Opioidwechsel zu schnell freisetzendem Hydromorphon oder Buprenorphin zu erwägen. Hierbei ist die Suchtproblematik und die Gefahr einer Atemdepression zu beachten. Transdermale Applikationen sollten generell wegen ihrer schlechten Steuerbarkeit vermieden werden.

Rasselatmung ist ein häufiges Symptom bei Menschen in der Sterbephase. Sollte diese den Patienten belasten, können Anticholinergika zur Symptomlinderung eingesetzt werden. Das tracheale Sekret sollte – außer bei Patienten mit Tracheostoma – nicht abgesaugt werden. Angehörige sind darüber zu informieren, dass Rasselatmung nicht mit Atemnot gleichzusetzen, sondern ein Zeichen des Sterbeprozesses ist. Für eine Sauerstoffgabe gibt es keine Evidenz bei Patienten ohne Hypoxämie, aber dafür belastende Nebenwirkungen, wie die Austrocknung der Schleimhäute.

Behandlung von Tumorschmerz

Schmerzen sind vor allem ein Problem im Endstadium von Tumorerkrankungen. Mittlere bis starke Tumorschmerzen treten bei 70 bis 80 % der Patienten im fortgeschrittenen Stadium auf. Können die Schmerzen nicht adäquat durch regelmäßige orale Verabreichung von Nicht-Opioid-Analgetika kontrolliert werden, sollten zusätzlich orale Opioide der Stufe II oder alternativ niedrig dosierte Opioide der Stufe III verabreicht werden (siehe Tabelle 2).

Es wird Situationen geben, in denen Patienten nicht ausreichend auf eine Opioidthera-

pie ansprechen. In diesem Zusammenhang sollte daran gedacht werden, dass Schmerzen nicht immer nur körperliche, sondern ebenso psychische Ursachen haben können. Auch eine Opioidresistenz ist denkbar, in diesem Fall ist eine Opioidrotation indiziert [7].

Behandlung von Übelkeit und Erbrechen

Bei Patienten mit opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen sollten Medikamente mit antidopaminergen (z. B. Haloperidol) bzw. antidopaminergen und weiteren Wirkungsmechanismen (z. B. Metoclopramid) verwendet werden. Antipsychotika mit einem breiten Wirkspektrum (z. B. Levomepromazin) sollten erst bei unzureichendem Ansprechen auf andere Antiemetika eingesetzt werden.

Behandlung von Obstipation und maligner Obstruktion

Eine medikamentöse Obstipationsprophylaxe soll parallel zu einer Opioidtherapie mit osmotisch wirksamen und/oder stimulierenden Laxantien erfolgen [13]. Studien bestätigen die relativ gute Verträglichkeit von Laktulose, Macrogol, Senna, Natriumpicosulfat und Natriumdocusat in der palliativen Situation. Osmotisch wirksame Salze, Magnesiumhydroxid bzw. Paraffinöl sollten vermieden werden.

Bei der Therapie der malignen Obstruktion ist die angenommene Lebenserwartung zu berücksichtigen. Für die Behandlung von Übelkeit und Erbrechen bei Palliativpatienten mit einer kompletten malignen intestinalen Obstruktion sind Antipsychotika wie z. B. Haloperidol (2,5 - 10 mg/d s. c. oder i. v.), Levomepromazin (1 - 5 mg oral/s. c. zur Nacht), Olanzapin oder Antihistaminika allein oder in Kombination Mittel der Wahl. Prokinetika wie Metoclopramid sollten nicht eingesetzt werden.

Die palliative Versorgung sterbender Patienten ist multifaktoriell und bedarf viel Erfahrung und Vertrauen im Umgang mit diesem besonderen Patientenkontext. Vor allem Sie als Hausarzt erfüllen diese Voraussetzungen und können den Patienten durch Ihr langjähriges vertrauensvolles Verhältnis unterstützen und kompetent palliativmedizinisch begleiten.

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

Quellen:

1. Simon, S.T., et al., The Palliative Care of Patients With Incurable Cancer. Dtsch Arztebl Int, 2020. 116(7): p. 108-115.
2. Bandelow, B., et al., The diagnosis of and treatment recommendations for anxiety disorders. Dtsch Arztebl Int, 2014. 111(27-28): p. 473-80.
3. Miovic, M. and S. Block, Psychiatric disorders in advanced cancer. Cancer, 2007. 110(8): p. 1665-76.
4. Bausewein, C. et al., S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 2.3, AWMF-Registernummer: 128/001OL, 2021. p. 155
5. Agar, M.R., et al., Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med, 2017. 177(1): p. 34-42.
6. Burry, L., et al., Antipsychotics for treatment of delirium in hospitalised non-ICU patients. Cochrane Database Syst Rev, 2018. 6: p. CD005594.
7. PD Dr. med. Ulrich Wedding, Cordula Gebel, MMW Fortschritt Medizin, 2021, 163 (S3), Palliativmedizin – mehr als nur Morphine, Die 10 Mythen der Palliativmedizin werden aufgeklärt, p. 68-74
8. Ekstrom, M., et al., One evidence base; three stories: do opioids relieve chronic breathlessness? Thorax, 2018. 73(1): p. 88-90.
9. Barnes, H., et al., Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. Cochrane Database Syst Rev, 2016. 3: p. CD011008.
10. Currow, D.C., et al., Once-daily opioids for chronic dyspnea: a dose increment and pharmacovigilance study. J Pain Symptom Manage, 2011. 42(3): p. 388-99.
11. Navigante, A.H., et al., Midazolam as adjunct therapy to morphine in the alleviation of severe dyspnea perception in patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage, 2006. 31(1): p. 38-47.
12. Brausewein, C. et al., Erweiterte S3-Leitlinie - Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, AWMF-Registernummer: 128/001OL, 2020. p. 165
13. Candy, B., et al., Laxatives for the management of constipation in people receiving palliative care. Cochrane Database Syst Rev, 2015(5): p. CD003448.

Opioid	Kommentar
Tramadol, Tilidin/Naloxon	tgl. Dosis ≥ 400 mg nicht empfohlen; Verwendung allein oder in Kombination mit Paracetamol oder Metamizol
Oxycodon	nur in niedrigen Dosierungen (z. B. ≤ 20 mg pro Tag); Anwendung allein oder in Kombination mit Paracetamol oder Metamizol
Morphin	nur in niedrigen Dosierungen (z. B. ≤ 30 mg pro Tag)
Hydromorphon	nur in niedrigen Dosierungen (z. B. ≤ 4 mg pro Tag)

Tabelle 2: Dosierungsempfehlungen für mittlere bis starke Tumorschmerzen bei Opioid-naiven Patienten [12]

Palliativmedizinische Versorgung: Muss es immer gleich die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sein?

Die Betreuung von Palliativpatienten ist bedürfnisorientiert und multidimensional. Es stehen verschiedene palliative Versorgungsformen zur Verfügung, wobei die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) die mit Abstand am häufigsten verordnete in Deutschland ist. Ihre multiprofessionellen Strukturen bereichern die Therapiemöglichkeiten bei komplexen Fällen. Doch ist die SAPV immer notwendig und zielführend?

Andere palliative Versorgungsformen, insbesondere die hausärztliche Palliativversorgung, können für einige Patienten durchaus passender sein. Auch im Hinblick auf personelle Kapazitätsgrenzen innerhalb der SAPV sollten sowohl die Zuweisungen auf ihre Notwendigkeit als auch alternative palliative Versorgungsformen auf ihre Machbarkeit überprüft werden.

Anspruch auf eine palliativmedizinische Betreuung haben schwerstkranke, sterbende Menschen, die an einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, so dass die **Lebenserwartung** nach ärztlicher Einschätzung **auf Tage, Wochen oder Monate begrenzt** ist. Eine Erkrankung wird hierbei als nicht heilbar eingestuft, wenn alle kurativen Maßnahmen aufgebraucht sind. Ziel ist es, die Lebensqualität und Selbstbestimmung der Patienten so weit wie möglich zu erhalten bzw. zu verbessern. Dies kann je nach Patientenwunsch in der gewohnten Umgebung, in stationären Pflegeeinrichtungen oder Hospizen ermöglicht werden.

Eine angemessene Palliativversorgung muss unabhängig von der Versorgungsform folgende Aspekte berücksichtigen:

1. Eine **vollumfängliche Aufklärung des Patienten** und der Angehörigen, sowie die Erstellung einer Patientenverfügung auf Basis der Patientenwünsche.
2. Die Möglichkeit, die letzten Tage und Wochen des Lebens **symptomkontrolliert** einen möglichst „normalen“ Alltag zu erleben und dort zu sterben, wo es gewünscht ist.
3. Die Sicherstellung **sofortiger psychischer, physischer sowie sozialer Hilfe und Notfallversorgung rund um die Uhr** im Falle einer akuten Symptomverschlechterung.
4. **Vermeidung einer Überversorgung**, die der Patient nicht explizit wünscht. Therapieansätze, die nicht primär der Symptomkontrolle dienen, können zu einer

Überversorgung des Patienten führen und dessen Lebensqualität sogar reduzieren. Typische Beispiele sind: Ernährungs-, Chemo- oder Strahlentherapien sowie die Langzeitbeatmung. Patienten und Angehörige müssen bezüglich der physiologischen Prozesse bei Sterbenden aufgeklärt werden, um bestimmte Vorgehensweisen in der Versorgung zu verstehen und zu akzeptieren.

Das Beenden der Nahrungsaufnahme bei fortgeschrittenen Erkrankungen schwerstkranker Patienten gehört z. B. zum natürlichen Sterbeprozess. Die Angehörigen sollen verstehen, dass der Patient nicht aufgrund mangelnder Ernährung verstirbt.

Als Ursachen für Übertherapien gelten wirtschaftliche Anreize, Druck von Seiten der Angehörigen oder die Angst vor Rechtsfolgen bei Unterlassen denkbarer Therapieoptionen.

Die Zuordnung des Patienten zu den einzelnen Versorgungsmöglichkeiten erfolgt durch den behandelnden Arzt entsprechend der Symptomlast und Komplexität der Erkrankung sowie auf Grundlage des Patientenwunsches. Die Behandlung eines sterbenden Patienten kann prinzipiell von jedem in der Palliativversorgung ausgebildeten Arzt durchgeführt werden, der eine Linderung des Leidens zu jeder Zeit erbringen und koordinieren kann.

Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV): hausärztliche Palliativversorgung

Die AAPV übernehmen in erster Linie der niedergelassene Haus- oder Facharzt sowie ambulante Pflegedienste mit jeweils palliativmedizinischer Basisqualifikation. Der Großteil der Palliativpatienten kann auf diese Weise ausreichend versorgt werden. Die ärztlichen Leistungen werden hierbei über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

Durch das langjährige Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Hausarzt können die medizinische und psychische Situation sowie interfamiliäre Rahmenbedingungen des Patienten von diesem häufig am besten eingeschätzt und berücksichtigt werden. Somit können Hausärzte in Abhängigkeit von ihren zeitlichen Ressourcen und den patientenindividuellen Bedürfnissen den Großteil der Patienten kompetent und empathisch im Palliativprozess begleiten.



Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die SAPV zeichnet sich durch spezialisierte multiprofessionelle Teams aus. Diese können nur bei besonders schwerer Symptomlast und komplexen Situationen in die Begleitung sterbender Patienten eingebunden werden, wenn die hausärztliche Palliativversorgung nicht ausreichend ist. Die SAPV-Teams bestehen aus einem regionalen Netzwerk speziell qualifizierter Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Hospize, Apotheken, Sanitätshäuser, Physiotherapeuten, Seelsorger, Sozialarbeiter und/oder ehrenamtlicher Mitarbeiter.

Sind die o. g. Bedingungen erfüllt, kann die SAPV als Teil- oder Vollversorgung ärztlich durch den Haus- oder Facharzt über das Muster 63 verordnet werden. Es handelt sich hierbei um eine Ergänzung der bereits vorhandenen palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Versorgung. **Verbessert sich der Zustand des Patienten, sollte dieser zur Schonung der knappen personellen SAPV-Ressourcen wieder in der AAPV versorgt werden.**

Stationäre Palliativversorgung

Palliativstationen sind eigenständige, an ein Krankenhaus angebundene oder integrierte Stationen. Patienten mit weit fortgeschrittener Erkrankung und schwerer Symptomlast werden durch ein multiprofessionelles Team versorgt. Ziel ist es, den Patienten bei ausreichender Symptomlinderung wieder in die Häuslichkeit zu entlassen.

Hospizversorgung

Ein Hospiz ist eine vom Krankenhaus oder Seniorenheim unabhängige Pflegeeinrichtung, in der Schwerstkranker mit absehbarem Lebensende bis zu ihrem Tod betreut werden. Die durchschnittliche Verweildauer in einem Hospiz liegt zwischen 2 und 4 Wochen.

Ein Wechsel zwischen den Versorgungsebenen ist möglich und sinnvoll, um die bestmögliche Versorgung in den unterschiedlichen Krankheitsphasen zu gewährleisten. Zentraler Ansprechpartner und Wegbegleiter des Patienten und seiner Angehörigen ist und bleibt der koordinierende Hausarzt. Dies gilt auch bei Krankenhaus-

entlassungen direkt in die Palliativversorgung.

Quellen:

- MMW Fortschritte der Medizin 2019.11/161, S. 34-38, Dr. med. Thoms Joist: „Der Hausarzt bleibt zentraler Ansprechpartner – Palliativmedizinische Versorgung: Was für wen?“
- G-BA

- Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V., Schmerzmedizin 2019; 35 (5), S. 42-44, Norbert Schürmann, „Hunger und Durst am Lebensende – Der muss doch was essen...“
- Übertherapie am Lebensende – Wenn finanzielle Interessen vor dem Patientenwohl stehen Matthias Thöns, Witten, und Thomas Sitte, Fulda, Schmerzmedizin 2019; 35 (3), S. 22-27

Cannabis auf Rezept – Status quo

Seit 2017 sind Cannabinoide unter bestimmten Voraussetzungen erstattungsfähig. Insbesondere wegen ihrer analgetischen Wirksamkeit werden sie seitdem auch in der palliativmedizinischen Versorgung verordnet. Zu den Cannabisarzneimitteln gehören Fertigarzneimittel mit Nabiximols oder Nabilon, der Wirkstoff Dronabinol sowie Cannabisextrakte und Cannabisblüten. Die Evidenz ist weiterhin niedrig, daher bestehen im Versorgungsalltag oft Unsicherheiten.



Die Hauptwirkstoffe von Cannabisblüten sind Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD). Je nach Züchtung sind heterogene Zusammensetzungen hunderter weiterer Cannabinoide und Nicht-Cannabinoide enthalten. Dadurch können sogar identische Züchtungen, abhängig von der Charge, abweichende Effekte bewirken. Nach THC- und CBD-Gehalt eingestellte standardisierte Extrakte sind konstanter in der Wirkung und deutlich wirtschaftlicher als Cannabisblüten.

Vor der Erstverordnung muss vom behandelnden Arzt ein Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse gestellt werden. Im Rahmen der Palliativversorgung wird dieser innerhalb von drei Tagen bearbeitet. In allen anderen Fällen beträgt die gesetzlich vorgesehene Bearbeitungsdauer drei bzw. bei Einschaltung des Medizinischen Dienstes fünf Wochen. Die Bearbeitungszeit bei der AOK Nordost ist

erfahrungsgemäß deutlich kürzer.

Eine Cannabistherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist möglich, sofern folgende Bedingungen kumulativ erfüllt und vom Arzt begründet und nachvollziehbar dargelegt werden:

1. Es steht keine dem medizinischen Standard entsprechende Therapiealternative zur Verfügung oder diese geht mit vermehrten Nebenwirkungen einher.
 2. Es besteht zusätzlich Aussicht auf eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs oder schwerwiegender Symptome.
- Diese muss gegebenenfalls mit Studiendaten belegt werden.

Die Cannabistherapie ist Mittel der letzten Wahl, da die Evidenz – insbesondere in der Indikation Schmerz – weiterhin gering ist. Eine Verordnung von Cannabinoiden ist preisintensiv: Zwischen 300 und 1.600 EUR kann die Therapie eines Patienten monatlich

kosten. Bitte beachten Sie, dass Cannabisblüten als Therapieform unwirtschaftlich, pharmakologisch nicht standardisiert und die Bioverfügbarkeit nur schwer einschätzbar ist. Sofern eine nachvollziehbare Begründung für den Einsatz von Cannabis vorliegt, sollte bevorzugt ein Antrag auf Kostenübernahme für standardisierte Cannabisextrakte erfolgen. Beachten Sie dabei kassenspezifische Rabattverträge!

Wie sich der Verordnungsweg und die Regularien in der Cannabistherapie unter der neuen Bundesregierung weiterentwickeln werden, ist bislang noch offen.

Quellen:

- DGS-Praxisleitlinie Cannabis in der Schmerzmedizin Version 1.0, 2018
- Schmerzmediziner bemängeln geringe Evidenz für heterogene Cannabisprodukte, ärzteblatt.de, 20.10.21
- Verordnung Aktuell KVB, 24.07.20
- Vielstoffgemisch mit vielen Unbekannten, Pharmazeutische Zeitung, 13.04.2020

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: Pixabay, @kurhan/shutterstock.com