



Herzlich Willkommen im Frühling und zu einer neuen Ausgabe unseres Newsletters Arzneimittel *aktuell*. Im Leitartikel erwarten Sie spannende neue Erkenntnisse zur Eisensubstitution. Und in unserer neuen Rubrik **Wundversorgung KOMPAKT** geben wir Ihnen ab sofort regelmäßig einen Überblick über wichtige Aspekte der Wundversorgung.

Viel Freude beim Lesen!

Ihre beratenden Apotheker und Apothekerinnen der AOK Nordost

## Eisensubstitution - Weniger ist mehr!

Eisen ist vor allem für die Hämoglobinbildung und damit den Sauerstofftransport, aber auch für viele andere zelluläre Prozesse, wie das Immunsystem, erforderlich. Der tägliche Eisenbedarf beträgt 1 - 2 mg und ist bei Frauen im gebärfähigen Alter, in der Schwangerschaft, bei Früh-/Neugeborenen und Kindern erhöht [1]. Eine normale Diät enthält etwa 20 mg Eisen täglich, davon werden 1-2 mg vom Körper aufgenommen. In Fleisch enthaltenes Eisen wird zu etwa 30 % resorbiert, während in Gemüse und Getreide enthaltenes Eisen nur zu etwa 5 % aufgenommen wird. Dass Spinat dabei ein besserer Eisenerlieferant als anderes Gemüse sei, ist ein Mythos, der auf einen Rechenfehler in einer wissenschaftlichen Arbeit von 1871 zurückzuführen ist. Ein Fehler, der 1937 entdeckt und korrigiert wurde, sich aber „eisern“ in Ernährungsempfehlungen für Kinder gehalten hat.

### Ursachen und Folgen von Eisenmangel

Blutverlust ist die wichtigste Ursache von Eisenmangel. Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist vor allem an die Menstruationsblutung als Ursache zu denken. Aber auch Blutungen im Magen-Darm-Trakt durch Ulzera oder Tumoren sind mögliche Auslöser. Vegetarische Ernährung prädisponiert ebenfalls zum Eisenmangel, da Fleisch eine wichtige Eisenquelle ist. Aber auch Arzneimittel können zum Eisenmangel führen: PPI hemmen nicht nur die Magensäuresekretion, sondern über die Erhöhung des pH-Wertes im Magen auch die Eisenresorption. Eisenmangel kann zu Anämie, Müdigkeit und Infektanfälligkeit führen [2].

### Indikation zur Verordnung von Eisenpräparaten

Nicht verschreibungspflichtige Eisen-(II)-Verbindungen als Monopräparate sind bei einer gesicherten Eisenmangelanämie verordnungsfähig und wirtschaftlich (vgl. Arzneimittel-Richtlinie Anl. I). Die Diagnose der Eisenmangelanämie ist durch Hb-Werte < 12 g/dl bei Frauen und < 13 g/dl bei Männern in Kombination mit erniedrigtem Ferritinwert und einer Transferrin-Sättigung < 20% gesichert.

Das Eisen-(III)-maltol enthaltende Arzneimittel Feracru® ist das einzige orale Eisenpräparat, welches der Verschreibungspflicht unterliegt. Es ist zur Behandlung des Eisenmangels bei erwachsenen Patienten zugelassen. Die Tagestherapiekosten übersteigen diejenigen der verschreibungsfreien Eisen-(II)-Präparate um ein Vielfaches, sodass eine Verordnung potentiell unwirtschaftlich ist.

### Der neue Standard: Verordnung nur für jeden zweiten Tag

Die Regulation der Eisenaufnahme zur Vermeidung einer Eisenüberladung erfolgt durch das in der Leber gebildete Hcpidin. Hcpidin wird mit steigenden Eisenspiegeln vermehrt gebildet und reduziert die Eisenresorption im Dünndarm. Bei täglicher Eisengabe vermindert der erhöhte Hcpidinspiegel den Anteil des resorbierten Eisens [3]. Hcpidin steigt nach oraler Eisengabe rasch an, sodass eine zweite Eiseneinnahme am Nachmittag oder Abend nur gering resorbiert und nicht empfohlen wird. Da der Hcpidinspiegel innerhalb von 48 Stunden wieder abfällt, zeichnet sich eine Eiseneinnahme

alle 2 Tage durch eine bessere Resorption und Verträglichkeit im Vergleich zur täglichen Einnahme aus [4,5].

### Nebenwirkungen und Einnahmehinweise für orale Eisenpräparate

Die orale Gabe von Eisen kann zu abdominalen Beschwerden führen, insbesondere zu epigastrischen Schmerzen, Übelkeit und Obstipation. Die Nebenwirkungen korrelieren mit der Menge des zugeführten Eisens und sind weitgehend unabhängig von der Eisenwertigkeit und Galenik. **Eine Einnahme an nur jedem zweiten Tag und die Reduktion der Einzeldosis können die Verträglichkeit verbessern [3].** Da der Anteil resorbierbaren Eisens mit Steigerung der Dosis sinkt, Nebenwirkungen aber zunehmen, sollten höhere Dosierungen mit mehr als 100 mg Eisen-(II) vermieden werden.

Generell sollte die Eiseneinnahme auf nüchternen Magen und mit etwa einer Stunde Abstand zu nachfolgenden Mahlzeiten erfolgen. Getränke wie Kaffee oder Tee reduzieren die Eisenresorption, während Vitamin C haltige Getränke resorptionsfördernd wirken. Der Unterschied ist erheblich: Nüchtern mit Orangensaft eingenommen, wird etwa viermal mehr Eisen resorbiert als bei Einnahme der gleichen Dosis zum Frühstück. Die Substitution sollte über 3 bis 6 Monate erfolgen, bzw. bis die Anämie behoben ist. Bei einigen Patienten kann es zur Vermeidung von gastrointestinalen Nebenwirkungen erforderlich sein, die Einnahme entgegen der Empfehlung zu einer Mahlzeit vorzunehmen. Der verminderten Resorption kann hierdurch vorsichtige Erhöhung der Dosis

entgegengesteuert werden.

Zahlreiche Arzneimittel vermindern die Resorption von Eisen und sollten nach Möglichkeit vermieden werden: z. B. PPI, Antazida, Tetrazykline, Calcium oder Zink [2, 5].

### Intravenöse Eisensubstitution - nur in Ausnahmefällen

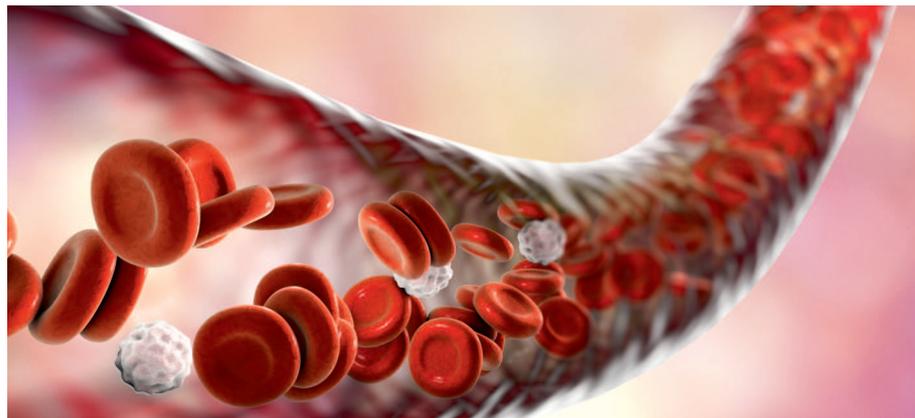
Die intravenöse Eisensubstitution ist im Gegensatz zur oralen Therapie mit dem zwar seltenen, aber potentiell lebensbedrohlichen Risiko schwerer allergischer und anaphylaktischer Reaktionen verbunden. Eine enge Überwachung des Patienten muss während der Infusion und mindestens 30 Minuten danach sichergestellt werden. Die intravenöse Eisengabe sollte aufgrund des Allergie-Risikos und der deutlich höheren Therapiekosten nur in Erwägung gezogen werden, wenn mindestens zwei orale Präparate nicht vertragen wurden oder aber die orale Substitution erfolglos bleibt [6].

### Eisenmangel bei Herzinsuffizienz

Eisenmangel betrifft bis zu 60 % der Patienten mit Herzinsuffizienz. Als Eisenmangel wird hierbei ein Ferritinwert  $< 100 \mu\text{g/l}$  oder eine Transferrin-Sättigung  $< 20 \%$  bei Ferritinwerten zwischen  $100 - 300 \mu\text{g/l}$  bezeichnet. Von diesen Patienten leidet jeder Dritte an einer Eisenmangelanämie. Nur in diesem Fall ist die Voraussetzung für eine Verordnung von Eisen zu Lasten der GKV erfüllt.

Studien zeigen, dass Eisenmangel bei Patienten mit Herzinsuffizienz mit schneller Erschöpfung, verminderter Lebensqualität, häufigerer Notwendigkeit einer stationären Behandlung und erhöhter Mortalität assoziiert ist. Weitere Studien zeigen, dass die intravenöse Eisensubstitution Eisendefizite besser behebt als Placebo (Wen wundert das?) und sowohl Hospitalisierungsrate als auch Mortalität signifikant senkt [7].

Eine Eisensubstitution ist zweifelsohne indiziert bei einer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion und Eisenmangel. Aber muss es intravenöses Eisen sein? Die Antwort ist: Wir wissen es nicht. Vergleichende Studien zu intravenöser versus oraler Eisengabe bei Herzinsuffizienz mit Eisenmangel fehlen. Auch Studien wie IRONMAN, die einen derartigen Vergleich vorge-



ben, sind mit Vorsicht zu betrachten [7, 8]. In IRONMAN wurde die intravenöse Eisengabe im Vergleich zur „Routinebehandlung“ untersucht. Die in den Leitlinien empfohlenen Laboruntersuchungen zum Erkennen von Eisenmangel blieben allerdings in der Kontrollgruppe aus, sodass die Verordnung von oralen Eisenpräparaten in der „Routinebehandlung“ minimiert wurde. Es ist unverständlich, dass Ethikkommissionen ein derartiges Studienprotokoll genehmigt haben, insbesondere da zu diesem Zeitpunkt bereits belegt war, dass eine Behebung von Eisenmangel bei Herzinsuffizienz einen patientenrelevanten Zusatznutzen hat. Dass der pharmazeutische Hersteller keinen (direkten) Einfluss auf das Studienprotokoll genommen hat – wie im Artikel behauptet – mag sein, allerdings hat der Erstautor sowohl Forschungsförderung als auch Beraterhonorare vom Sponsor erhalten. Und nicht nur der Erstautor: 19 der 21 namentlich genannten Autoren haben Forschungsförderung, Beraterhonorare, Vortragshonorare oder Reisestipendien vom Studiensponsor erhalten. Manchmal muss man zur Einordnung eines Artikels auch das Kleingedruckte lesen.

Autor: Prof. Dr. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken und Koordinator der S2k-Leitlinie Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität (AWMF-Register-Nr.: 100-001)

### Quellen:

1. Domellof, M. and A. Sjoberg, Iron - a background article for the Nordic Nutrition Recommendations 2023. *Food Nutr Res*, 2024. 68.
2. Sun, B., et al., Iron deficiency anemia: a critical review on iron absorption, supplementation and its influence on gut microbiota. *Food Funct*, 2024. 15(3): p. 1144-1157.
3. von Siebenthal, H.K., et al., Alternate day versus consecutive day oral iron supplementation in iron-depleted women: a randomized double-blind placebo-controlled study. *EClinicalMedicine*, 2023. 65: p. 102286.
4. Stoffel, N.U., et al., Oral iron supplementation in iron-deficient women: How much and how often? *Mol Aspects Med*, 2020. 75: p. 100865.
5. von Siebenthal, H.K., et al., Effect of dietary factors and time of day on iron absorption from oral iron supplements in iron deficient women. *Am J Hematol*, 2023. 98(9): p. 1356-1363.
6. Schaefer, B., et al., Intravenous iron supplementation therapy. *Mol Aspects Med*, 2020. 75: p. 100862.
7. Kalra, P.R., et al., Intravenous ferric derisomaltose in patients with heart failure and iron deficiency in the UK (IRONMAN): an investigator-initiated, prospective, randomised, open-label, blinded-endpoint trial. *Lancet*, 2022. 400(10369): p. 2199-2209.
8. Cleland, J.G.F., et al., Intravenous iron for heart failure, iron deficiency definitions, and clinical response: the IRONMAN trial. *Eur Heart J*, 2024.

### Wissen KOMPAKT

- ✓ Nicht verschreibungspflichtige orale Eisen-(II)-Präparate sind gemäß AM-RL Anlage I bei gesicherter Eisenmangel-Anämie verordnungsfähig.
- ✓ Orale Eisen-(III)-Präparate sind teurer als Eisen-(II)-Präparate und u. U. unwirtschaftlich.
- ✓ Die Gabe von Eisen-(II)-Präparaten jeden zweiten Tag erhöht die Verträglichkeit.
- ✓ Intravenöse Eisenpräparate sind nur in Ausnahmefällen indiziert und sehr kostenintensiv.
- ✓ Es ist nicht gesichert, dass intravenöse Eisenpräparate bei Herzinsuffizienz-Patienten mit Eisenmangel besser helfen als orale Eisenpräparate.

## Wundversorgung KOMPAKT: Silberhaltige Verbandstoffe nur kurzfristig einsetzen!

Eine klare Indikationsstellung sowie die Evaluierung des Therapieerfolges sind bei der Behandlung mit silberhaltigen Verbandstoffen zwingend erforderlich. Der Einsatz sollte zeitlich begrenzt für maximal zwei Wochen erfolgen und sich an den aktuellen Gegebenheiten sowie therapeutischen Notwendigkeiten orientieren. Spezifische Herstellerhinweise sind zu berücksichtigen.

Wenn Sie Fragen zu Verbandstoffen oder zur Wundversorgung haben, schreiben Sie uns gerne eine E-Mail an das Postfach: [verbandstoffe@nordost.aok.de](mailto:verbandstoffe@nordost.aok.de)

### Silberhaltige Verbandstoffe

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Arten von Verbandstoffen, die Silber enthalten: z. B. Wunddistanzgitter, Schäume, Alginat, Hydrofasern oder Superabsorber. Freigesetzte Silberionen töten Bakterien, Viren sowie Pilze ab und sind somit für die antimikrobielle Wirkung verantwortlich. Die verschiedenen Produkte unterscheiden sich in der Form des enthaltenen Silbers und teilweise erheblich in deren Mengengehalt.

Silberhaltige Verbandstoffe können eine ergänzende Therapieoption zur chirurgischen und mechanischen Wundreinigung (ggf. mit Antiseptika, Cave: keine Kassenleistung!) darstellen. Sie sollten genauso wie andere Verbandstoffe im Sinne einer ganzheitlichen Wundtherapie verwendet werden: Hierzu gehört eine Untersuchung des Patienten und der Wunde sowie die Behandlung der für die Wundentstehung ursächlichen Erkrankung (Kausaltherapie) und weiterer Begleiterkrankungen nach den Leitlinien der zugehörigen Fachgesellschaften. Die Auswahl des passenden Produktes richtet sich primär nach den Bedingungen der Wundverhältnisse (u. a. Exsudatmenge). Silberhaltige Verbandstoffe benötigen immer den direkten Kontakt zum Wundgrund, um ihre antimikrobielle Wirkung zu entfalten. Dies sollte bei der Kombination verschiedener Verbandstoffe bedacht werden!

### Einsatzgebiete

Für silberhaltige Verbandstoffe besteht derzeit keine belastbare Evidenz im Hinblick auf einen Vorteil in der Wundheilung. Sie sollten daher nur zur gezielten und kurzfristigen Keimreduktion eingesetzt werden: Entweder bei kritischer Keimbelastung, die wiederum zu einer Stagnation der Wundheilung führt oder bei Infektion der Wunde.

Eine **kritische Kolonisation** der Wunde stellt eine Vorstufe der Infektion dar. Da typische Infektionszeichen fehlen, kann es schwierig sein, diese zu erkennen. Folgende Anzeichen einer beginnenden Infektion könnten Symptome einer kritischen Kolonisation sein: erhöhte Exsudatmenge, unangenehmer Geruch, stagnierende Wundheilung, Schmerzempfindlichkeit beim Patienten.

Bei Einsatz silberhaltiger Wundaufgaben in der Indikation kritische Kolonisation sollte die vom Hersteller angegebene Liegezeit (bis zu 7 Tage) unbedingt eingehalten werden, um die Wundruhe einzuhalten und die Versorgung wirtschaftlich zu gestalten.

Schmerzen, Wärme, Schwellung und Rötung an der Wunde sowie gesteigerte oder eitrige Exsudation können Symptome eines **Wundinfekts** sein, wobei nicht alle Symptome gleichzeitig vorliegen müssen. Zudem kann eine Wundinfektion von Fieber und unangenehmem Geruch begleitet sein. Eine Infektion verzögert den Prozess der Wundheilung und kann bei Nichtbehandlung zu einer Sepsis führen.

Eine Untersuchung der Wunde auf pathogene Keime ist nur bei klinischen Zeichen einer Infektion sinnvoll. Der Wundabstrich muss nach erfolgter mechanischer Reinigung der Wunde mit steriler Kochsalz- oder Ringerlösung (nicht mit Antiseptika!) erfolgen.

Bei infizierten Wunden sollte der Verband prinzipiell täglich gewechselt werden, um die Entwicklung der Infektion engmaschig zu kontrollieren und eine mögliche Sepsis zu verhindern. Es müssen grundsätzlich Verbandstoffe ohne Folienbeschichtung zum Einsatz kommen, da diese ein feuchtwarmes Wundmilieu erzeugen und dadurch die Infektion weiter fördern können. Bei Therapieversagen der lokalen antimikrobiellen Therapiemöglichkeiten ist eine systemische Antibiose in Betracht zu ziehen.

**Silberhaltige Verbandstoffe sollten in jedem Fall maximal zwei Wochen angewendet werden.** Wenn sich die Infektionszeichen nach dieser Zeit reduziert haben, sollte der Silberverband abgesetzt und die Wundversorgung mit wirkstofffreien Verbandstoffen fortgeführt werden. Wenn nach zwei Wochen Anwendung keinerlei Besserung der Infektionszeichen zu erkennen ist, sollte der silberhaltige Verband abgesetzt und die antimikrobielle Therapie gewechselt werden.

**Ein prophylaktischer und/oder langfristi-**

**ger Einsatz silberhaltiger Verbandstoffe ist medizinisch nicht sinnvoll und somit unwirtschaftlich.**

### Rechtliche Situation

Der G-BA beschäftigt sich derzeit mit der Bewertung von Verbandstoffen. Nach der gültigen Definition gemäß SGB V §31 Abs. 1a gelten silberhaltige Verbandstoffe aufgrund ihrer pharmakologischen Wirkung an oder in der Wunde nicht als Verbandstoffe, sondern als „Sonstige Produkte zur Wundbehandlung“. Aktuell können Hersteller von silberhaltigen Verbandstoffen den Nutzen ihrer Produkte bis zum 01.12.2024 nachweisen. Sollte kein Nachweis erfolgen, sind sie nach Ablauf dieser Übergangsfrist nicht mehr verordnungsfähig.

### Gibt es Alternativen?

Wundaufgaben mit Dialkylcarbamoylchlorid-Beschichtung haben stark hydrophobe Eigenschaften. Dadurch können sie Bakterien und Pilze irreversibel an die Wundaufgabe binden und somit aus der Wunde entfernen. Sie können in den gleichen Indikationen wie silberhaltige Wundaufgaben eingesetzt werden. Ein protektiver oder dauerhafter Einsatz länger als zwei Wochen ist analog zu silberhaltigen Produkten medizinisch nicht notwendig und daher unwirtschaftlich.

Superabsorber stellen eine weitere Option dar: Sie können die Keimzahl in der Wunde reduzieren, indem sie durch die Aufnahme und den Einschluss von Exsudat gleichzeitig die darin enthaltenen Mikroorganismen aus der Wunde heraus aufnehmen und im Superabsorber-Kern einschließen.

### Quellen:

- <https://www.rechtsdepesche.de/sichere-anwendung-von-silber-in-der-wundbehandlung/> (31.08.2023)
- <https://www.rechtsdepesche.de/silber-in-der-wundbehandlung-sicher-anwenden-und-verordnen/> (31.08.2023)
- Einsatz von Verbandmitteln – ausreichend, wirtschaftlich und gut?“, Der Hausarzt 02/2022, Kerstin Protz, Anke Bültemann, Björn Jäger, Martin Motzkus, Thorsten Prenning, Werner Sellmer und Barbara Temme
- „Internationaler Konsens: Adäquate Anwendung von Silberverbänden bei Wunden“, Konsens der Expertengruppe Wounds International, 2012
- Arzneimittel-Richtlinie Abschnitt P und Anlage Va (Stand 07.09.2023)
- „Wundfibel: Wunden versorgen, behandeln, heilen“, W. Sellmer, A. Bültemann, W. Tigges, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2. Auflage 2010
- „Wundaufgaben für die Kitteltasche – Band 2: Spezielle Wundversorgung und Produkte für den Handverkauf“, A. Vassel-Biergans, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 4. Auflage 2018

## Der Frühling beginnt! Medikamentöse Therapie bei Heuschnupfen

Die allergische Rhinitis ist eine häufig auftretende allergische Reaktion auf Pollen, die Niesen, Juckreiz, eine verstopfte Nase sowie tränende und juckende Augen verursachen kann. Mit dem verstärkten Pollenflug im Frühling kommt es in der Hausarztpraxis zu einer erhöhten Anfrage nach symptomlindernden Arzneimitteln. Dazu gehören Antihistaminika sowie intranasale Kortikosteroide. Doch wann ist eine Verordnung zu Lasten der GKV möglich?

Grundsätzlich gilt, dass der Einsatz nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel wirtschaftlicher als der Einsatz wirkstoffgleicher verschreibungspflichtiger Arzneimittel ist und somit Vorrang hat (vgl. Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) §12 Abs. 11). Für rezeptfreie Arzneimittel, z. B. mit dem Wirkstoff Desloratadin oder Cetirizin, darf für Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren daher kein Kassenrezept ausgestellt werden. Ausnahmen sind in der AM-RL Anlage I aufgeführt. Eine Verordnung ist nur in folgenden Fällen möglich:

- in Notfallsätzen zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien
- zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urtikarien
- bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus
- zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.

Eine schwerwiegende Form der allergischen Rhinitis kann bei persistierender Symptomatik vorliegen, sofern die Beschwerden an mindestens vier Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen auftreten und als schwerwiegend einzustufen sind.



Sind rezeptfreie Wirkstoffe nicht ausreichend wirksam oder bestehen Unverträglichkeiten für diese Optionen, kann im Ausnahmefall ein verschreibungspflichtiges Antihistaminikum (z. B. Fexofenadin) auf einem Kassenrezept verordnet werden. Bitte achten Sie auf eine gründliche Dokumentation.

Nicht verschreibungspflichtige kortikoidhaltige Nasensprays mit den Wirkstoffen Beclometason, Fluticason oder Mometason (z. B. Otri-Allergie®, Momeallerg®) sind für Erwachsene mit allergischer Rhinitis nach ärztlicher Diagnose zugelassen. Die Verordnung auf Kassenrezept ist ebenso nur bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik möglich (vgl. AM-RL Anl. I). Soll die Verordnung in einer anderen Indikation (u. a. Nasenpolypen) oder für Kinder erfolgen, muss auf verschreibungspflichtige kortikoidhaltige Nasensprays (z. B. Mometahexal® 50 µg/Sprühstoß) ausgewichen werden. Wie bei den Antihistaminika kommen bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit im Einzelfall ebenfalls rezeptpflichtige Alternativen in Frage.

Weitere Behandlungsoptionen stellen

Nasensprays und Augentropfen mit lokal wirkenden Antihistaminika oder Mastzellstabilisatoren dar. Diese sind ebenfalls nicht verschreibungspflichtig und somit keine Leistung der GKV.

Zusätzlich zu den symptomlindernden Arzneimitteln sind nicht-pharmakologische Maßnahmen, wie z. B. Allergenvermeidung, ein wichtiger Baustein der Therapie. Für einige Patienten kann auch die spezifische Immuntherapie in Erwägung gezogen werden.

#### Quellen:

- Arzneimittel-Richtlinie, Anlage I: OTC-Übersicht, Stand: 20.01.2024
- Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL): Anlage I – OTC-Übersicht vom 16. August 2018

#### Kontakt

AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.  
Arzneimittelversorgung  
14456 Potsdam

E-Mail-Service: [www.aok.de/nordost/mail](http://www.aok.de/nordost/mail)  
Internet: [www.aok.de/nordost](http://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](http://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/Kateryna Kon, AOK-Gemeinschaft