



Herzlich Willkommen bei unserer Ausgabe 2/2018 des Newsletters Arzneimittel aktuell.

In dieser Ausgabe widmen wir uns einigen Aspekten der weit gefächerten Schmerztherapie. Haben Sie Fragen, sprechen Sie uns gerne an.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen!

Freundlich grüßt Sie

Susanne Dolfen

Leiterin der Unternehmenseinheit Arzneimittelversorgung
bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Vermeidbare Risiken der Schmerztherapie

Codein hat sich lange großer Beliebtheit zur Schmerzbehandlung bei Kindern erfreut, so zum Beispiel nach Tonsillektomie. Codein wirkt erst dadurch analgetisch, dass es enzymatisch durch das Cytochrom CYP2D6 in Morphin umgewandelt wird. Nachdem ein 29 Monate altes Kind bei „normaler Dosierung“ von Codein eine Atemdepression und einen hypoxischen Hirnschaden entwickelte, wurde man darauf aufmerksam, dass es Menschen gibt, die Codein viel stärker zu Morphin umwandeln als andere (1). Zahlreiche Todesfälle hierdurch wurden berichtet (2, 3). Im Jahre 2013 wurde Codein schließlich bei pädiatrischen Patienten (bis 18 Jahre), die einer Tonsillektomie unterzogen werden, als kontraindiziert eingestuft (4, 5). Natürlich gibt es diese genetischen Unterschiede der Metabolisierung von Codein auch bei Erwachsenen. Das Beispiel zeigt, dass Schmerztherapie mit vermeintlich gut bekannten Arzneimitteln gefährlich sein kann und großer Aufmerksamkeit bedarf.

Besonders gefährlich kann – wie dargestellt – die Therapie mit Opioiden sein. Untersuchungen zeigen, dass nicht alle Ärzte, die Opioiden anwenden, die zu beachtenden Dosierungsregeln kennen und einhalten (6). Große Unterschiede in der Dosierung und häufige Überdosierungen von Opioiden werden berichtet (7).

Aber auch Patienten machen regelmäßig Fehler bei ihrer Schmerztherapie (8) und ebenso bei der Dosierung von Schmerzmitteln bei Kindern (9). Risiken vermeintlich harmloser Arzneimittel werden häufig unterschätzt, wie das folgende Beispiel zeigt: Ein 72-jähriger Patient war dank der vom Hausarzt sorgsam ausgewählten Medikation trotz Herzinsuffizienz weitgehend beschwerdefrei. Wegen Arthrose der Hüfte begann er die Einnahme von Diclofenac als Selbstmedikation. Tatsächlich

wurden die Hüftbeschwerden besser, aber nach wenigen Tagen traten zunehmende Luftnot und Belastungseinschränkung auf. Der alarmierte Notarzt wies den Patienten als Notfall ins Krankenhaus ein. Aufgrund der vermehrten Wassereinlagerung durch die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) verschlechterten sich die Symptome der Herzinsuffizienz.

Eine aktuelle Metaanalyse solcher Fälle zeigt, dass sich das Risiko für eine stationäre Krankenhausbehandlung erhöht, im Beispiel von Diclofenac sogar verdoppelt (10).

Die sorgfältige Prüfung der Verordnung durch den Arzt sowie die genaue Information des Patienten bzw. der Eltern über die Anwendung von Schmerzmitteln ist daher sehr wichtig. Einige einfache Regeln können helfen, die Schmerztherapie sicherer zu machen.



Indikationsstellung: Sorgfalt beginnt bei der richtigen Indikationsstellung! Vor Einleitung einer medikamentösen Schmerztherapie sollten zum Beispiel bei Rückenschmerzen oder Fibromyalgiesyndrom bewegungstherapeutische Maßnahmen (**Leitlinienempfehlung!**) genutzt werden. Bei der Auswahl eines Schmerzmittels sind sowohl die Zulassung als auch mögliche Risiken zu berücksichtigen: Obwohl Metamizol wegen des Risikos der Agranulozytose nur bei akuten, starken Schmerzen nach Verletzungen oder Operationen,

Koliken oder Tumorschmerzen eingesetzt werden soll, erfolgt die Behandlung im Praxisalltag oft längerfristig und ohne Kontrolle des Blutbilds (11, 12). Bei Tumorschmerzen sind Opioiden besonders wirksam, zur Ersteinstellung Opioiden in transdermaler Darreichungsform aber nicht geeignet.

Kontraindikationen: Zu berücksichtigen sind zum Beispiel bei Behandlung mit NSAR eine vorbestehende Niereninsuffizienz oder Herzinsuffizienz (13). Auch eine Ulcusanamnese ist bei NSAR-Therapie als Risikofaktor für eine obere gastrointestinale Blutung zu berücksichtigen.

Begleitverordnung: Bei Ulcusanamnese und Notwendigkeit von NSAR ist ein Protonenpumpeninhibitor als Begleitverordnung indiziert. Bei Behandlung mit Opioiden sollte eine prophylaktische Gabe von Laxantien, gegebenenfalls auch von Antiemetika erwogen werden. Auch die Anordnung einer schnellwirkenden Bedarfsmedikation zusätzlich zur fest angeordneten Schmerztherapie ist zum Beispiel bei Durchbruchschmerzen im Rahmen von Tumorerkrankungen wichtig.

Arzneimittelwechselwirkungen: Die Aufhebung der kardioprotektiven Wirkung von ASS durch Ibuprofen ist ein Interaktions-„Klassiker“, dennoch ist die parallele Verordnung beider Arzneimittel unverändert häufig (14).

Auch die zu akutem Nierenversagen prädisponierende Kombination von NSAR mit ACE-Hemmer und Diuretikum wird trotz des Risikos häufig angetroffen. Die Dosis von Psychopharmaka sollte vor Einleitung einer Therapie mit zentralwirksamen Analgetika kritisch geprüft und wenn möglich reduziert werden.





Vermeidbare Risiken der Schmerztherapie

Dosierung: Gerade bei der Schmerztherapie kann das langsame Aufdosieren hilfreich sein, um Nebenwirkungen zu vermindern. Individuelle Patientenfaktoren wie Alter und eingeschränkte Nierenfunktion sind zu beachten. Die empfohlene Höchstdosis für nichttumorbedingte Schmerzen beträgt 120 mg Morphinäquivalent pro Tag. Im Internet verfügbare Opioid-Umrechnungstabellen weisen teilweise große Unterschiede in den angegebenen Äquivalenzdosen auf. Die Stichworte „DGSS“ und „Opioidwechsel“ führen zu einer verlässlichen Umrechnungstabelle.



Information des Patienten: Das Gespräch mit dem Patienten ist gerade bei der Schmerztherapie wichtig. Bis zu 50 Prozent der Wirkung von Schmerzmitteln ist bei chronischem Schmerz durch Placeboeffekte zu erklären. Auch müssen unrealistische Erwartungen wie „völlige Schmerzfreiheit“ vermieden und realistische Therapieziele wie „deutliche Reduktion der Schmerzen“ vermittelt werden. Patienten müssen über die zu erwartenden Nebenwirkungen und über die zu beachtenden Besonderheiten aufgeklärt werden. Zum Beispiel kann bei transdermalen Opioid-Systemen – „Pflastern“ – Wärmeeinwirkung (wie z. B. Fieber) oder ein Okklusionseffekt die Wirkstoffaufnahme kritisch verstärken. Das sollte der Patient wissen.

Überwachung der Therapie: Die Wirksamkeit einer Schmerztherapie muss regelmäßig überprüft werden. Auch die Verträglichkeit ist zu prüfen. Psychische Veränderungen, Libidoverlust oder Sturzereignisse sind mögliche Nebenwirkungen. Bei der Kombination mit trizyklischen Antidepressiva oder SSRI können EKG-Kontrollen eine QTc-Zeit-Verlängerung und ein erhöhtes Risiko für plötzlichen Herztod aufzeigen (15).

Schlussendlich gehört zur Therapieüberwachung auch der Versuch der Dosisreduktion und des Absetzens von Schmerzmitteln. Auch chronische Schmerzsyndrome können

eine spontane Remission zeigen.

Cannabis zur Schmerztherapie?

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur „Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ im März 2017 können Ärzte Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen und bei fehlenden Therapiealternativen Cannabinoide verordnen. Es muss dabei eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome bestehen. Vor der ersten Verordnung beziehungsweise vor Beginn der Behandlung ist eine Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse zwingend erforderlich.

In der öffentlichen Wahrnehmung werden Cannabisprodukten eine hohe Wirksamkeit sowie eine gute Verträglichkeit und Sicherheit zugesprochen. Wissenschaftliche Informationen zur erfolgreichen Behandlung von Erkrankungen und Symptomen mit Cannabisarzneimitteln (insbesondere Blüten) stehen allerdings nur in sehr begrenztem Umfang zur Verfügung. In einer aktuellen systematischen Übersicht der Evidenz zum therapeutischen Einsatz von Cannabis im deutschen Ärzteblatt schlussfolgern die Autoren (16): „Es besteht keine ausreichende Evidenz für Cannabinoide (Dronabinol, Nabilon, Medizinalhanf, THC/CBD-Spray) bei Tumorschmerzen, rheumatischen und gastrointestinalen Schmerzen oder bei Appetitlosigkeit bei Krebs und AIDS“. Erschwerend kommt hinzu „Eine Therapie mit Cannabisprodukten ist mit zentralnervösen und psychiatrischen Nebenwirkungen verbunden“. So werden Beeinträchtigungen des Denk-, Lern-, Erinnerungs- und Konzentrationsvermögens dokumentiert. Psychotische Symptome, Panik, Angst, Ataxie und Tremor können durch cannabinoidhaltige Produkte begünstigt werden. Zu beachten sind auch die in den Fachinformationen der cannabinoidhaltigen Fertigarzneimittel aufgeführten Kontraindikationen und Warnhinweise. So ist bei Patienten, die Suchtmittelmissbrauch in der Anamnese aufweisen, besondere Vorsicht geboten.

Wenn überhaupt Cannabinoide eingesetzt werden – so Bundesärztekammer und

AkdÄ – sollten aus Gründen der

Therapiesicherheit Fertigarzneimittel verordnet werden. Der therapeutische Einsatz von Cannabisblüten ist aufgrund der fehlenden Dosiergenauigkeit bei Verwendung der Ganzdroge und des unterschiedlichen THC- und Cannabidiolgehaltes selbst innerhalb einer Sorte nicht optimal. Zudem fehlt für den Einsatz medizinischer Cannabisblüten jegliche Evidenz.

Autor:

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

Literatur:

1. Voronov P, Przybylo HJ, Jagannathan N. Apnea in a child after oral codeine: a genetic variant - an ultra-rapid metabolizer. *Paediatr Anaesth.* 2007;17(7):684-7.
2. Robb PJ. More codeine fatalities after tonsillectomy in North American children. Time to revise prescribing practice! *Clin Otolaryngol.* 2013;38(5):365-7.
3. Voelker R. Children's deaths linked with postsurgical codeine. *JAMA.* 2012;308(10):963.
4. Stingl JC, Rothhauwe J. [Codeine-Restrictions on use for children and teenagers]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2015;140(14):1093-5.
5. Kuehn BM. FDA: No codeine after tonsillectomy for children. *JAMA.* 2013;309(11):1100.
6. Saad CY, Fogel J, Rubinstein S. Awareness and Knowledge Among Internal Medicine Resident Trainees for Dose Adjustment of Analgesics and Neuropsychotropic Medications in CKD. *South Med J.* 2018;111(3):155-62.
7. Hill MV, McMahon ML, Stucke RS, Barth RJ, Jr. Wide Variation and Excessive Dosage of Opioid Prescriptions for Common General Surgical Procedures. *Ann Surg.* 2017;265(4):709-14.
8. Paparella SF. A serious threat to patient safety: the unintended misuse of FentaNYL patches. *J Emerg Nurs.* 2013;39(3):245-7.
9. Tanner S, Wells M, Scarbecz M, McCann BW, Sr. Parents' understanding of and accuracy in using measuring devices to administer liquid oral pain medication. *J Am Dent Assoc.* 2014;145(2):141-9.
10. Arfe A, Scotti L, Varas-Lorenzo C, Nicotra F, Zambon A, Kollhorst B, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ.* 2016;354:i4857.
11. Reist L, Erlenwein J, Meissner W, Stammschulte T, Stuber F, Stamer UM. Dipyron is the preferred nonopioid analgesic for the treatment of acute and chronic pain. A survey of clinical practice in German-speaking countries. *Eur J Pain.* 2018.
12. Stammschulte T, Ludwig WD, Muhlbauer B, Bronder E, Gundert-Remy U. Metamizole (dipyron)-associated agranulocytosis. An analysis of German spontaneous reports 1990-2012. *Eur J Clin Pharmacol.* 2015;71(9):1129-38.
13. Page J, Henry D. Consumption of NSAIDs and the development of congestive heart failure in elderly patients: an underrecognized public health problem. *Arch Intern Med.* 2000;160(6):777-84.
14. Gengo FM, Rubin L, Robson M, Rainka M, Gengo MF, Mager DE, et al. Effects of ibuprofen on the magnitude and duration of aspirin's inhibition of platelet aggregation: clinical consequences in stroke prophylaxis. *J Clin Pharmacol.* 2008;48(1):117-22.
15. van NC, Eijlsheim M, Stricker BH. Drug- and non-drug-associated QT interval prolongation. *Br J Clin Pharmacol.* 2010;70(1):16-23.
16. Hauser W, Fitzcharles MA, Radbruch L, Petzke F. Cannabinoids in Pain Management and Palliative Medicine. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(38):627-34.

Arzneimittel-Richtlinie aktuell: nicht verschreibungspflichtige Schmerzmittel

Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (sogenannte OTC-Präparate) sind seit dem 1. Januar 2004 grundsätzlich von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen. Die Verordnung dieser Arzneimittel ist nur ausnahmsweise zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. In der **Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie** (AM-RL) legt der G-BA fest, welche OTC-Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Die Schmerzmittel Acetylsalicylsäure und Paracetamol dürfen zum Beispiel nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.

Was ist außerdem wichtig zu wissen? In der Arzneimittel-Richtlinie findet sich 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. Das Schmerzmittel Ibuprofen 400 mg sowie das Migränetherapeutikum Naratriptan sind praxisrelevante Beispiele, bei denen diese Regelung greift.

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 Einzelfällen kann auf das verschreibungspflichtige Arzneimittel ausgewichen werden.

Quelle: G-BA



Gemeinsamer Bundesausschuss

Rezept im Fokus Kombination von Benzodiazepinen und Opioiden

Bundesdruckerei 01 13 Nachdruck verboten

TEIL II für die Apotheke zur Verrechnung

Krankenkasse bzw. Kostenträger: AOK Nordost 83

Name, Vorname des Versicherten: [redacted] geb. am: [redacted]

Kassen-Nr.: [redacted] Versicherten-Nr.: [redacted] Status: 5

Betriebsstätten-Nr.: [redacted] Arzt-Nr.: [redacted] Datum: 16.01.2017

Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)

Fentanyl ratio 75 µg/h Matr PFT N3 20 St
3-tägig 1 Pflaster
2x! Flunitrazepam 1 TAB N2 20 St
bei Bedarf 2 Tbl. pro Tag

SSSH 160117 123456789

Arbeitsunfall auszufüllen! Unfalltag: [redacted] Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer: [redacted]

Vertragsarztstempel: [redacted]

BVG	SprSt. Bedarf	Begr. Punkte	Apotheken-Nummer / IK
6	9		[redacted]
Zuzahlung	Gesamt-Brutto		
0	3 6 9 2 4		
Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.	Faktor	Taxe	
1. Verordnung: 01039458	1	34036	
2. Verordnung: 04846395	2	2836	
3. Verordnung: 02567001	2	052	

sollten engmaschig auf Anzeichen und Symptome von Atemdepression und Sedierung überwacht werden. In diesem Zusammenhang wird dringend empfohlen, Patienten und ggf. deren Bezugspersonen über diese Symptome (z. B. Benommenheit oder Schwindel) zu informieren.

Die Fach- und Gebrauchsinformationen der betroffenen Arzneimittel sollen dementsprechend zeitnah europaweit angepasst werden. Die Arzneimittelbehörde der USA (FDA) hatte diese Maßnahme schon im Jahr 2016 angeordnet.

Fazit: Bei der gleichzeitigen Anwendung von sedierenden Benzodiazepinen oder Benzodiazepin-ähnlichen Produkten mit Opioiden sollte die Dosierung sowie die Dauer der Anwendung begrenzt werden.

Das abgebildete Praxisbeispiel zeigt die gemeinsame Verordnung von Fentanyl und Flunitrazepam. Wichtig ist dabei zu beachten: Bei der Anwendung von Benzodiazepinen oder Benzodiazepin-ähnlichen Arzneimitteln zusammen mit Opioiden kann es zu einer additiven ZNS-dämpfenden Wirkung kommen. Die Folge können verstärkte Sedierung, Atemdepression bis hin zu Koma oder Tod sein. Mit zunehmendem Alter der Patienten steigen

die Auswirkungen dieser Symptome. Aufgrund der beschriebenen Risiken ist die gleichzeitige Verschreibung der genannten Arzneimittel nur angezeigt, wenn es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gibt. Wenn dennoch die gleichzeitige Anwendung von Benzodiazepinen und Opioiden notwendig ist, sollte die jeweils niedrigste wirksame Dosis verwendet werden. Zudem sollte die Behandlungsdauer so kurz wie möglich gehalten werden. Die Patienten

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Internet: www.bfarm.de

Chronische Kreuzschmerzen: Morbus Bechterew im Blick

Chronische Kreuzschmerzen können vielfältige Ursachen haben. An eine ankylosierende Spondylitis (SpA; umgangssprachlich Morbus Bechterew) wird in der Praxis allerdings häufig erst sehr spät gedacht. Dabei sind die chronischen Rückenschmerzen das Leitsymptom schlechthin - sowohl in der frühesten Erkrankungsphase als auch im weiteren Verlauf.

Die ankylosierende Spondylitis ist die bekannteste Form der Wirbelsäulenzündungen, der so genannten Spondylarthritiden. Die Krankheit zeichnet sich durch Entzündungen vor allem der Sehnenansätze und der Wirbelgelenke entlang der Wirbelsäule und zwischen dem Kreuz- und Darmbein aus. Diese Entzündungsprozesse können im schlimmsten Fall zu knöchernen Versteifungen in diesen Bereichen führen.

In Deutschland tritt der Morbus Bechterew mit einer Prävalenz von etwa 0,5 Prozent auf, typischerweise bei Männern etwas

mehr als doppelt so häufig wie bei Frauen. Die SpA verläuft individuell sehr unterschiedlich. In schweren Fällen kann sich der Rücken so stark verkrümmen, dass die Patienten den Blick kaum vom Boden heben können. Dies soll durch eine möglichst frühzeitige Diagnose verhindert werden.



Steht die Diagnose, erfolgt eine entzündungshemmende Basistherapie mittels verschiedener NSAID, bei besonderen Krankheitsverläufen können TNF α -Blocker zum Einsatz kommen. Zusätzlich sollen die Patienten frühzeitig an Krankengymnastik herangeführt werden.

Achtung:

Kreuzschmerzen, die bei Patienten unter 45 Jahren erstmals auftreten, länger als 3 Monate bestehen, vor allem nachts und früh morgens vorhanden sind und sich durch Bewegung, aber nicht in Ruhe verbessern, sind ein wichtiges Indiz für Morbus Bechterew. Labordiagnostisch kann der positive Titer des Biomarkers HLA-B27 ein zusätzlicher Hinweis auf eine SpA sein.

Eine Abgrenzung zu anderen Gelenk-, Muskel- und Knochenerkrankungen, aber auch zu Erkrankungen der inneren Organe ist zwingend notwendig. Die Betroffenen sollten daher unbedingt zur Abklärung bei einem Rheumatologen vorstellig werden.

Quelle: Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. - Bundesverband -, Internet: www.bechterew.de

KopfschmerzSPEZIAL

Knapp 20 Prozent der Männer und rund 30 Prozent der Frauen leiden mehr als einmal im Monat an Kopfschmerzen oder Migräne. Bei etwa drei Prozent der Erwachsenen wird der Kopfschmerz chronisch und bestimmt den Alltag. Für diese Menschen bietet die AOK Nordost in Zusammenarbeit mit der Charité in Berlin das Versorgungsprogramm KopfschmerzSPEZIAL an.

Es sieht zunächst eine strukturierte Diagnostik der Patienten vor, AOK-Versicherte erhalten dafür kurzfristig einen Termin in der Kopfschmerzambulanz. Bei entsprechendem Behandlungsbedarf kann der Versicherte hier außerdem an einer ambulanten multimodalen Therapie teilnehmen, die alle Aspekte seiner Kopfschmerzerkrankung individuell

berücksichtigt. Spezialisten verschiedener Fachgruppen – Neurologen, Physio- und Psychotherapeuten arbeiten dabei eng zusammen. Sie erstellen eine individuell abgestimmte Medikation, leiten begleitende Maßnahmen wie Verhaltens- oder Bewegungstherapien ein und schulen die Betroffenen zum täglichen Umgang mit ihrer Krankheit, um die Selbstmanagementkompetenz maximal zu fördern.

Gerne können Sie Kopfschmerz- und Migränepatienten auf das Programm aufmerksam machen. Versicherte der AOK Nordost erhalten unter der Telefonnummer (030) 450 66 01 68 einen Termin beim Spezialisten-Team der Charité.

Haben Sie Interesse, **Kooperationspartner der Charité** zu werden? Dann wenden Sie sich für weitere Informationen direkt an die Charité unter der Telefonnummer (030) 450 56 02 77.



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, Behlertstraße 33 A, 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: Shutterstock, AOK-Mediendienst, Logo „Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)“, juristische Person des öffentlichen Rechts, Wegelystr. 8, 10623 Berlin