Newsletter
ARZNEIMITTEL *aktuell*
für Ärzte in den Regionen Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

AOK Die Gesundheitskasse.

Herzlich Willkommen zur 3. Ausgabe unseres Newsletters Arzneimittel *aktuell* in 2021!

In Kürze beginnt kalendarisch der Herbst und bringt für die Arztpraxen wieder verschiedene Herausforderungen mit sich. Die Pandemie beschäftigt uns weiterhin, die Impfempfehlungen zur Corona-Schutzimpfung werden stetig angepasst. Das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit ist ein „Dauerbrenner“ und bei den Disease-Management-Programmen ist einiges im Umbruch.

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen

Susanne Dolfen
Leiterin des Bereichs Ambulante Versorgung bei der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im Alter: Komplex, aber immens wichtig!

Ein hohes Risiko für Nebenwirkungen und Interaktionen ihrer Arzneimitteltherapie weisen vor allem ältere, multimorbide Patienten auf – dies nicht zuletzt wegen der großen Anzahl verschiedener Arzneimittel und der Einschränkung von Organfunktionen, insbesondere der Nierenfunktion.

Vor allem bei älteren Patienten ab 65 Jahren sollte eine Arzneimitteltherapie regelmäßig evaluiert werden. Hierbei ist die richtige Auswahl und eine geeignete Kombination der Wirkstoffe sowie die korrekte Dosierung zu überprüfen. Um dabei ausreichende Sicherheit zu erlangen, sollten elektronische Systeme zur Unterstützung herangezogen werden. Eine analoge Hilfestellung bietet die PRISCUS-Liste, eine im Expertenkonsens entwickelte Liste, die 83 Arzneimittel aus 18 Wirkstoffklassen benennt. Bei diesen Arzneimitteln ist das Risiko-Nutzen-Verhältnis bei älteren Patienten deutlich schlechter, so dass die Experten von einer Verordnung dieser abraten [1]. Therapiealternativen und Sicherheitsmaßnahmen werden genannt. Studien belegen, dass Patienten, die mit der benannten Alternative behandelt werden, seltener stationär aufgenommen werden müssen und seltener versterben. Einige der in der PRISCUS-Liste diskutierten Arzneimittel werden nachfolgend besprochen, eine Übersicht finden Sie im Internet: www.aok.de/gp/wirschaftliche-verordnung/priscus-liste

Potentiell ungeeignete Sedativa und Hypnotika

Etwa 30 % der über 65-Jährigen und 50 % der über 79-jährigen Menschen erleiden jährlich ein Sturzereignis [2]. Die Behandlung mit sedierenden Arzneimitteln ist bei älteren Patienten zusätzlich mit Stürzen und sturzbedingten Verletzungen assoziiert [3]. Die PRISCUS-Liste enthält daher eine Reihe von Substanzen, die aufgrund ihrer stark sedierenden Wirkung bei älteren Menschen vermieden werden sollten. Besonders hoch ist das Risiko bei der Behandlung mit **Benzodiazepinen**, die bei der Therapie älterer Menschen nicht eingesetzt werden sollten. Nicht nur das Abhängigkeitspotential, sondern auch die Tagesmüdigkeit und Begünstigung von Stürzen sprechen gegen die Verordnung dieser Arzneimittel. Einmal begonnen ist die Therapie häufig schwer zu beenden. Gefährliche Absetzreaktionen bei abrupter Therapieunterbrechung erfordern ein schrittweises Ausschleichen mit Geduld und Entschlossenheit von Arzt und Patient.

In niedriger Dosis für zeitlich begrenzte Therapie geeignet: „Z-Substanzen“

Ersatzweise werden häufig Z-Substanzen eingesetzt, die aber ebenfalls problematisch sein können (u. a. Abhängigkeitspotential) und daher nur für einen kurzen und begrenzten Zeitraum verordnet werden sollen. Diesem Umstand wird Rechnung getragen, in dem die Verordnungsfähigkeit i. d. R. auf einen kurzfristigen Zeitraum bis zu vier Wochen beschränkt ist (vgl. Arzneimittel-Richtlinie Anlage III). Zudem sollten die in der PRISCUS-Liste angegebenen Dosisgrenzen bei Patienten ab 65 Jahren nicht überschritten werden (Tabelle 1). Paradoxe Reaktionen wie z. B. Unruhe, Reizbarkeit, Halluzinationen und Psychosen sowie kognitive Funktionseinschränkungen können als unerwünschte Wirkungen auftreten und sind zu beachten.

Zolpidem	bis zu 5 mg/d
Zopiclon	bis zu 3,75 mg/d
Zaleplon	bis zu 5 mg/d

Tabelle 1: Maximaldosen von Z-Substanzen bei ≥ 65-jährigen Patienten nach PRISCUS-Liste

Arzneimittel mit anticholinergen Nebenwirkungen

Die PRISCUS-Liste rät von der Verordnung von Arzneimitteln mit ausgeprägt anticholinergen Nebenwirkungen bei Älteren ab. Dazu zählen u. a. einige Vertreter folgender Arzneimittelgruppen: Antihistaminika der ersten Generation, urologische Spasmolytika, Antiemetika, klassische Neuroleptika und Sedativa. Diese Wirkstoffe verdoppeln das Risiko von Stürzen und Oberschenkelhalsfrakturen [4]. Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Obstipation, Harnverhalt und erhöhte Herzfrequenz sind typische anticholinerge Nebenwirkungen. Diese bleiben allerdings häufig unentdeckt, weil Patienten die Symptome nicht spontan berichten oder weil Ärzte in der Hektik des Alltags nicht gezielt nach diesen Symptomen fragen. Aber auch weniger bekannte Nebenwirkungen wie kognitive Einschränkungen bis hin zu milder Demenz, die Verstärkung von Gebrechlichkeit [5] sowie eine erhöhte Mortalität bei älteren Patienten [6 - 8] sind als Folge anticholinerger Medikation in Studien gut belegt. Prüfen Sie, ob der Patient bereits weitere anticholinerg wirkende Arzneimittel einnimmt. Und natürlich sollten Patienten auf derartige Nebenwirkungen hingewiesen und nach diesen befragt werden.

Lange schon problematisch: Diphenhydramin und Doxylamin

Die Antihistaminika der ersten Generation Doxylamin, Diphenhydramin und Dimenhydrinat sind seit Jahrzehnten frei verkäuflich. Sie werden hauptsächlich als Schlafmittel sowie zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen einschließlich Kinetosen angewendet. Das Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil ist durch die anticholinergen und sedierenden Eigenschaften geprägt. Sowohl die PRISCUS-, die Beers-, als auch die FORTA-Liste raten von einer Anwendung dieser drei Substanzen bei Älteren ab, da die Studienlage für diese Patienten ungenügend ist. Der Sachverständigen-Ausschuss für Verschreibungspflicht (SVA) hat aktuell einen möglichen Status der Verschreibungspflicht geprüft. Die Empfehlung des SVA: Doxylamin und Diphenhydramin sollen zur Behandlung von Schlafstörungen bei Erwachsenen ab dem 65. Lebensjahr der Verschreibungspflicht unterstellt werden. ➔

Für Dimenhydrinat votierte der SVA gegen die Verschreibungspflicht für ältere Personen, weil der Wirkstoff vorrangig gegen Übelkeit und Erbrechen und damit potenziell nur kurzzeitig eingenommen wird. Diese Empfehlung ist vom Bundesministerium für Gesundheit noch nicht final durchgesetzt. Bei der Beratung Ihrer Patienten zur Selbstmedikation sollten Sie diese Aspekte aber bereits jetzt berücksichtigen.

Konsequenzen für die Verbesserung von AMTS bei älteren Patienten

Mit der AMTS ist es wie bei vielen komplexen Aufgaben: Zum Ziel kommt man nur schrittweise und mit kontinuierlichem Bemühen und Ausdauer.

1) Prüfen Sie die verordneten Arzneimittelkombinationen auf Interaktionsrisiken! Ein Hausarzt verordnet im Schnitt regelmäßig 20 - 50 Arzneimittel. Als Strategie zur Risikominimierung sollte man sich mit diesen und den bereits erwähnten problematischen Arzneimitteln prioritär befassen. Vermeidbare Risiken können so schneller erkannt werden.

2) Identifizieren Sie verordnete PRISCUS-Arzneimittel bei Älteren und ersetzen Sie diese durch sichere Verordnungsalternativen, sofern die Behandlungsindikation weiterhin besteht!

3) Überprüfen Sie für jedes Arzneimittel regelmäßig, ob die Therapie weiterhin erforderlich, wirksam und verträglich ist!

4) Stellen Sie sich eine Liste mit anticholinergen Wirkstoffen zusammen, die Sie häufig verordnen. Dadurch können diejenigen Patienten identifiziert werden, die ein oder mehrere stark anticholinerg wirkende Arzneimittel erhalten. Dies ist insbesondere wichtig, wenn Patienten gleichzeitig von mehreren Ärzten behandelt werden.

5) Berechnen Sie die glomeruläre Filtrationsrate (GFR), um eine Niereninsuffizienz zu erkennen. Nierenfunktionsabhängige Arzneimittel können somit sicherer dosiert werden.

6) Fragen Sie Ihre Patienten, ob sie die verordneten Arzneimittel wirklich und in der verordneten Dosis einnehmen und welche anderen Arzneimittel sie darüber hinaus noch anwenden.

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

Quellen:
1. Holt, S., S. Schmiedl, and P.A. Thurmann, Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int, 2010. 107(31-32): p. 543-51.
2. Bauer, T.K., et al., Fall risk increasing drugs and injuries of the frail elderly - evidence from administrative data. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 2012. 21(12): p. 1321-7.
3. Lippert, T., et al., [Impact of Sedating Drugs on Falls Resulting Injuries Among People with Dementia in a Nursing Home Setting]. Gesundheitswesen, 2020. 82(1): p. 14-22.
4. Machado-Duque, M.E., et al., Drugs With Anticholinergic Potential and Risk of Falls With Hip Fracture in the Elderly Patients: A Case-Control Study. J Geriatr Psychiatry Neurol, 2018. 31(2): p. 63-69.
5. Brombo, G., et al., Association of Anticholinergic Drug Burden with Cognitive and Functional Decline Over Time in Older Inpatients: Results from the CRIME Project. Drugs Aging, 2018. 35(10): p. 917-924.
6. Chatterjee, S., et al., Risk of Mortality Associated with Anticholinergic Use in Elderly Nursing Home Residents with Depression. Drugs Aging, 2017. 34(9): p. 691-700.
7. Lattanzio, F., et al., Anticholinergic burden and 1-year mortality among older patients discharged from acute care hospital. Geriatr Gerontol Int, 2018. 18(5): p. 705-713.
8. Corsonello, A., et al., The excess mortality risk associated with anticholinergic burden among older patients discharged from acute care hospital with depressive symptoms. Eur J Intern Med, 2019. 61: p. 69-74.

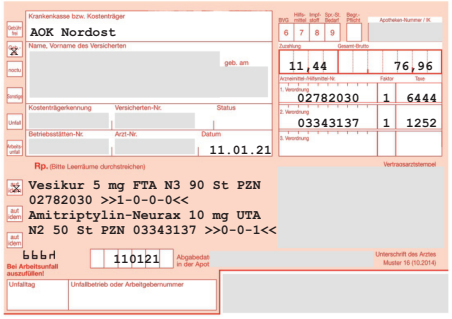
Meldung von Nebenwirkungen – wie geht das?

Um die AMTS dauerhaft sicherzustellen und zu verbessern, ist es unabdingbar, ärztlich beobachtete Nebenwirkungen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen konsequent an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) zu melden (vgl. §6 der Berufsordnung). Dies hilft das Risiko-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln realistisch einzuschätzen und Anwendungsempfehlungen zeitnah anzupassen. Jede Nebenwirkung kann gemeldet werden. Grundsätzlich reicht für eine Meldung der Verdacht aus, dass es sich bei einer Reaktion um eine Nebenwirkung handeln könnte. Von besonderem Interesse für Meldungen sind:

- Nebenwirkungen, die nicht aufgeführt sind oder die in ihrer Schwere oder Häufigkeit die Angaben übertreffen
- schwerwiegende Nebenwirkungen
- Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die weniger als fünf Jahre auf dem Markt sind.

Meldungen erfolgen anonymisiert per Post, Fax, Mail oder über die Website der AkdÄ. Die Anforderungen an die ärztliche Schweigepflicht sind damit gewahrt. Die Daten der meldenden Ärzte werden von der AkdÄ nicht an Dritte weitergegeben. Einen Leitfaden zur Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen finden Sie hier: **https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/UAW-Meldung/**

Rezept im Fokus: Gefährliche anticholinerge Last bei Älteren!


Krankenkasse bzw. Kostenträger
AOK Nordost
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum
11.01.21
Zuzahlung
Gesamt-Brutto
11,44
76,96
Arzneimittel-Pzn/Hilfsmittel-Nr.
Faktor
Taxe
1. Verordnung
02782030
1
6444
2. Verordnung
03343137
1
1252
3. Verordnung
Vertragsarztstempel
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)
Vesikur 5 mg FTA N3 90 St PZN 02782030 >>1-0-0-0<<
Amitriptylin-Neurax 10 mg UTA N2 50 St PZN 03343137 >>0-0-1<<
110121
Abgabedat. in der Apot.
Unterschrift des Arztes
Muster 16 (10.2014)
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!
Unfalltag
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer

Anticholinerge Wirkungen eines Arzneimittels können gezielt therapeutisch eingesetzt werden oder als unerwünschte Nebenwirkung zum Vorschein kommen. Diese reichen von belastenden, aber eher harmlosen Begleitsymptomen (Mundtrockenheit) bis hin zu schweren lebensbedrohlichen Zuständen (Delir). Häufig ist nicht ein einzelner Wirkstoff für die Beschwerden verantwortlich, sondern die Kombination mehrerer Arzneimittel. Dies nennt man anticholinerge Last. Obwohl anticholinerge (Neben-)Wirkungen alle Patienten betreffen, sind diese gerade bei älteren Menschen besonders stark ausgeprägt. Im hier abgebildeten Rezept-Beispiel werden einer 65-jährigen Patientin von ihrem Hausarzt Solifenacin (Vesikur®) und Amitriptylin verordnet.

Solifenacin ist ein oral wirksamer Muscarinrezeptor-(M3-)Antagonist, der bei Dranginkontinenz und/oder bei Pollakisurie eingesetzt wird.

Amitriptylin gehört zu den trizyklischen Antidepressiva und wirkt angstlösend, beruhigend sowie stimmungsaufhellend. Der Wirkstoff ist für den Einsatz bei depressiven Erkrankungen, neuropathischen Schmerzen und zur Prophylaxe bei chronischem Spannungskopfschmerz und Migräne zugelassen.

Beide Arzneimittel besitzen ausgeprägte anticholinerge Wirkungen, die sich kumulieren. Die PRISCUS-Liste empfiehlt als Alternative zu den urologischen Spasmolytika u. a. nichtmedikamentöse Therapien (z. B. Toilettentraining). Insgesamt sollte bei allen Urologika die Wirkung bei Therapiebeginn eng überwacht werden. Nur bei Besserung der Symptome ist eine Weiterführung der Medikation sinnvoll.

Statt Amitriptylin sollte man alternativ ein Antidepressivum mit geringerer anticholinerger Belastung auswählen, so wird zum Beispiel von der PRISCUS-Liste Citalopram, Sertralin oder Mirtazapin empfohlen.

Quellen:
- Anticholinerge Last – auf kumulative Effekte achten, Pharmazeutische Zeitung, Maria Pues, 16.08.2019
- Anticholinerge Belastung – Erkennen, analysieren und minimieren, Pharmazeutische Zeitung, Esther Kiesel und Yvonne Pudritz, 10.02.2019
- Fachinformation von Amitriptylin
- Fachinformation von Solifenacin

Davon profitieren Arzt und Patient: Disease-Management-Programme (DMP)

DMP sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, basierend auf dem aktuellen Stand der evidenzbasierten Medizin in Diagnostik und Therapie. Die Anforderungen an die DMP werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als Richtlinie erlassen. Die bundesweiten Vorgaben werden regional in Verträgen zwischen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt. Zuletzt gab es einige Neuerungen.

Bei chronischen Erkrankungen ist eine regelmäßige und vorausschauende medizinische Betreuung sehr wichtig. Die Teilnahme an einem DMP führt viele verschiedene Vorteile zusammen, die insgesamt die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern, die Therapiesicherheit des Patienten erhöhen und Folgeschäden bzw. Komplikationen durch die Erkrankung vermeiden sollen:

1) Durch DMP kann die Behandlung strukturiert und interdisziplinär optimal abgestimmt werden. Der behandelnde Arzt koordiniert dafür die Diagnostik, regelmäßige Kontrolluntersuchungen und die Behandlung durch weitere Spezialisten, Kliniken etc.

2) Es erfolgt eine differenzierte Therapieplanung und Vereinbarung individueller Therapieziele unter Einbeziehung der individuellen Lebenssituation des Patienten.

3) Der behandelnde Arzt erstellt regelmäßig (quartalsweise oder halbjährlich) eine Dokumentation der Behandlungsschritte, damit Über-, Unter- und Fehlversorgung vermieden werden.

4) Die Patienten nehmen aktiv an Schulungen teil, damit sie ihre Erkrankung verstehen und somit die Therapie bewusst unterstützen. Eigenverantwortung und Selbstmanagement-Fähigkeiten werden somit ebenfalls gestärkt. Für die intensivierte Patienteninformation begleitet und unterstützt die Krankenkasse die Versicherten zusätzlich u. a. durch Broschüren zur bestehenden Krankheit.

5) Zur Qualitätssicherung werden Daten in standardisierter Form erhoben und in gemeinsamen Einrichtungen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ausgewertet. Über Feedbackberichte erhält der Vertragsarzt eine Möglichkeit zur Einschätzung der Versorgungslage seiner eigenen Patienten und die Einordnung seiner Prozess- und Ergebnisqualität im Vergleich zum Durchschnitt aller teilnehmenden Vertragsärzte.

Für folgende Erkrankungen können Patienten freiwillig und kostenfrei an einem DMP teilnehmen (Voraussetzung ist eine gesicherte Diagnose):

- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Asthma bronchiale
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Brustkrebs
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2

Aber nicht jeder Arzt kann den Patienten in jedes DMP einschreiben. Voraussetzung ist, dass der Arzt am entsprechenden DMP teilnimmt und die jeweiligen Strukturvoraussetzungen erfüllt. Zudem ist die **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** zwingend erforderlich (vgl. DMP-Anforderungen-Richtlinie §3).
Übrigens: Viele Ärzte nutzen bei chronischen behandlungsrelevanten Erkrankungen die Angabe einer „Dauerdiagnose“ in ihrer Praxisverwaltungssoftware. Achten Sie darauf, dass diese entsprechend der Software-Vorgaben für die Übermittlung der Daten richtig gekennzeichnet sind.

Die DMP-Erkrankungen sind im ICD-Katalog in den jeweils entsprechenden Kapiteln zu finden: Ischämische Herzkrankheiten (Koronare Herzkrankheit), Asthma bronchiale oder Status asthmaticus, Sonstige Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Bösartige Neubildung der Brustdrüse oder Carcinoma in situ der Milchgänge (Brustkrebs) sowie Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.
Schwangere, die bereits **vor ihrer Schwangerschaft** an einem Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 gelitten haben, können ebenso in das entsprechende DMP eingeschrieben werden.

Weitere DMP für Patienten mit Herzinsuffizienz (HI), Depression, rheumatoider Arthritis oder chronischen Rückenschmerzen wurden vom G-BA bereits beschlossen und befinden sich derzeit in der Umsetzung. Sobald es dazu finale Ergebnisse gibt, informieren wir Sie gern.

Übrigens: Die Einschreibung eines Patienten erfolgt mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und einer Erstdokumentation. Bereits seit dem 01.04.2021 ist die neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung im Einsatz. Diese erhalten Sie für die Region Berlin über den Paul-Albrechts-Verlag und in der Region Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Zusätzlich ist die Erklärung auch in der Praxissoftware hinterlegt.

Das ist neu im DMP KHK

Der G-BA hat die Anforderungen an das DMP KHK im Frühjahr dieses Jahres aktualisiert. Die inhaltlichen Veränderungen wurden eng an die Nationale Versorgungs-Leitlinie angelehnt. Das DMP KHK verfolgt seit seiner Einführung das Ziel, die Sterblichkeit zu vermindern und Herzinfarkte, die Entwicklung einer Herzinsuffizienz sowie Anginapectoris-Beschwerden zu vermeiden.
Die jährliche Risikoabschätzung wird durch eine individuelle Verlaufskontrolle ersetzt. Insbesondere folgende Parameter sollen überprüft werden: Symptomschwere, kardiale Risikofaktoren, Hinweise für mögliche Komplikationen wie z. B. HI oder Herzrhythmusstörungen, Indikation und Wirksamkeit der medikamentösen Therapie, vereinbarte Therapieziele und die Therapieadhärenz. Je nach individueller Risikokonstellation sollte mindestens eine jährliche Kontrolle von entsprechenden Laborparametern erfolgen. Weiterhin wurden Hinweise zur medikamentösen Therapie aktualisiert. Körperlicher Aktivität und sportlichem Training wird nun eine höhere Bedeutung beigemessen. Zusätzlich wurde mit dem krankheitsspezifischen Patientenschulungsprogramm KARDIO-FIT eine strukturierte und evaluierte Schulung für Patienten mit KHK neu aufgenommen.

Quellen:
- www.aok.de/gp
- www.kbv.de
- KV Nordrhein
- G-BA

Sie haben Interesse an DMP, nehmen aber noch nicht daran teil? Sie haben Fragen zu DMP oder benötigen Hilfestellungen bei der Patientenansprache oder -einschreibung?
Wir helfen Ihnen gerne weiter. Rufen Sie uns an: 0800 265080-32317 (kostenfrei).
Weiterführende Informationen finden Sie außerdem hier: www.aok.de/gp/dmp

Impfen in der Pandemie

Impfquoten erhöhen – eine Herausforderung nicht nur bei der Impfung gegen Covid-19

In diesem Herbst warten neue Herausforderungen auf die Praxisteams. Das Impfgeschehen wird sich noch stärker in die niedergelassenen Arztpraxen verlagern, da sich die Anzahl der Impfzentren voraussichtlich weiter reduziert. Diejenigen, die sich bisher noch nicht für eine Impfung gegen SARS-CoV-2 entschieden haben, sollen im Rahmen der Impfkampagne weiter von den individuellen Vorteilen und der großen Bedeutsamkeit für die Gesellschaft überzeugt werden. Möglicherweise wird zusätzlich eine Auffrischungsimpfung empfohlen und zeitgleich steht die Influenza-Saison vor der Tür.

Wie geht die Impfkampagne voran?

Fest steht, dass besonders wegen der rasanten Ausbreitung der Delta-Variante die Impfkampagne weiter mit hoher Intensität fortgeführt werden soll. Aktuell ist noch ungewiss, wie lange Immunität nach einer Impfserie und/oder durchgemachten Infektion besteht. Ob und wann eine Auffrischungsimpfung notwendig ist, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschließend geklärt werden. Expertenmeinungen aus Reihen der Ständigen Impfkommission (STIKO) gehen aber davon aus, dass die zweite Impfung gegen SARS-CoV-2 nicht die Letzte bleiben wird. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden weitere Virusvarianten in Erscheinung treten, so dass die Impfstoffe weiterentwickelt und vermutlich saisonal verabreicht werden müssen. Gerade bei vulnerablen Gruppen – etwa hochbetagten Menschen oder Vorerkrankten – könnte die Booster-Impfung bereits dieses Jahr sinnvoll sein. Auf baldige konkrete Empfehlungen, auch bezogen auf den Impfstoff-Typ, der zur Auffrischung verwendet werden soll, ist zu hoffen.
Ganz neu ist die von der STIKO aktualisierte Empfehlung zur COVID-19-Impfung für alle 12- bis 17-jährigen Kinder. Grundlage dafür sind neue wissenschaftliche Beobachtungen und Daten. Nach gegenwärtigem Wissenstand überwiegen die Vorteile der Impfung gegenüber dem Risiko von sehr seltenen Impfnebenwirkungen.

Standardimpfungen in Pandemiezeiten nicht in Vergessenheit geraten lassen!

Gerade jetzt ist es wichtig, die anderen empfohlenen Schutzimpfungen nicht zu vernachlässigen. Insbesondere Krankheiten wie Influenza sowie Pneumokokken, Pertussis und Herpes Zoster können für ältere Patienten und Risikogruppen gefährlich werden und zu einem schwereren Verlauf einer möglichen Infektion mit SARS-CoV-2 beitragen. Da die diesjährige Grippewelle quasi ausgefallen ist und der mediale Fokus auf den Impfungen gegen Covid-19 liegt, wird eine Impfmüdigkeit der Bevölkerung in Bezug auf die Influenza- und anderen von der STIKO empfohlenen Impfungen befürchtet. Deshalb lohnt es sich gerade jetzt – wo der Impfausweis bei vielen zur Hand ist – den aktuellen Impfstatus zu überprüfen und Impflücken zu schließen. Klären Sie Ihre Patienten auf, dass ein umfassender Impfschutz hilft, die eigene Gesundheit zu schützen, unkontrollierte Infektionsgeschehen zu vermeiden und das Gesundheitssystem in der jetzigen Situation zu entlasten.

Vielen Dank, dass Sie unermüdlich einen so wichtigen Beitrag für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem leisten!

Aktuelle Empfehlung für den Mindestabstand zwischen Covid-19- und anderen Impfungen

Derzeit empfiehlt die STIKO einen zeitlichen Mindestabstand von 14 Tagen vor und nach Ende der SARS-CoV-2-Impfserie und einer anderen planbaren Impfung. Ausgenommen von dieser Regelung sind Notfallimpfungen. Aufgrund neuer Studiendaten kann diese Empfehlung zukünftig auch recht kurzfristig angepasst werden. Behalten Sie die aktuellen Änderungen daher im Blick.

In den USA wurde von den Centres for Disease Control and Prevention bereits mitgeteilt, dass die Covid-19-Vakzinen ohne Berücksichtigung eines bestimmten Zeitintervalls zu anderen Impfstoffen verabreicht werden können. Kürzlich wurden die Ergebnisse einer Subgruppe der klinischen Phase III-Studie eines proteinbasierten Impfstoffs des US-Unternehmens Novavax veröffentlicht. In dieser wurde das Covid-19-Vakzin simultan mit einem tri- bzw. quadrivalenten Grippe-Impfstoff verabreicht. Dabei hat sich die Immunreaktion auf den Grippeimpfstoff gegenüber der Kontrollgruppe nicht unterschieden. Die Antikörperbildung gegen SARS-CoV-2 war zwar leicht erniedrigt, hat sich von der Hauptgruppe jedoch nur marginal unterschieden. Um die Sicherheit einer zeitgleichen Verabreichung von Influenza- und Covid-19 Impfung besser bewerten zu können, können diese Daten zukünftig hilfreich sein.

Quellen:
- Epidemiologisches Bulletin, Ausgabe 27/2021 (08.07.2021)
- RKI - Impfungen A-Z - Grippeschutzimpfung (Stand: 17.03.2021)
- STIKO-Chef: Auffrischung des Corona-Impfschutzes wohl spätestens 2022 nötig, Ärzte Zeitung(Stand 16.05.2021)
- Pressemeldungen - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (dggeriatrie.de) (04.02.2021)
- COVID-19 Vaccine FAQs for Healthcare Professionals | CDC
- Novavax Investor Relations - Press Releases & Statements (14.06.2021)

Stand der Informationen: 16.08.2021

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/sheff, Shutterstock/Alexander Raths