



Herzlich Willkommen zu unserer Ausgabe 04/2020 des Arzneimittel Newsletters aktuell!
Diese besondere Zeit lässt uns gerade zu den Feiertagen inne halten, das neue Jahr soll uns allen Entlastung bringen und vor allem Gesundheit.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein gutes neues Jahr 2021.

Susanne Dolfen

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

Nationale Versorgungsleitlinie aktualisiert: Neue Wege in der Behandlung von Asthma

Häufig basieren Fortschritte der Arzneimitteltherapie auf der Entwicklung neuer Medikamente. In der Behandlung von Asthma sind Fortschritte durch Erkenntnisse zur besseren Anwendung bereits bekannter Arzneimittel entstanden. Wann und wie diese Arzneimittel einzusetzen sind, ist Inhalt der nationalen Versorgungsleitlinie Asthma (NVL Asthma). Sie wurde im September 2020 publiziert und ist nach methodischen Anforderungen an eine S3-Leitlinie entwickelt worden.

Jahrelang wurden kurz wirksame β 2-Agonisten (SABA) bei Bedarf als erste und einzige Medikation bei mildem, intermittierend symptomatischem Asthma empfohlen und um regelmäßig anzuwendende inhalative Corticosteroide (ICS) bei stärkerer, persistierender Symptomatik ergänzt. Studien haben nun gezeigt, dass auch Patienten mit mildem Asthma durchaus notfallmäßig ambulant oder stationär behandelt werden müssen. Dieses Risiko kann durch die tägliche Gabe inhalativer Corticosteroide um 50 % vermindert werden [1 - 3]. ICS sollten daher die Basis der Langzeittherapie bei jeder Stufe der Asthmabehandlung sein.

Eine Monotherapie mit einem langwirksamen β 2-Mimetikum (LABA) oder mit einem langwirksamen inhalativen Anticholinergikum (LAMA) sollte nicht mehr erfolgen!

Die NVL nennt in Stufe 1 weiterhin die alleinige Gabe von SABA nach Bedarf als Behandlungsoption, sofern eine zweimalige Anwendung pro Woche nicht regelmäßig überschritten wird.

Nun ist bekannt, dass die Adhärenz bei täglich präventiv anzuwendenden ICS gerade bei wenig symptomatischen Patienten

schlecht ist [4]. Die SYGMA 1 und 2 Studien von 2018 haben gezeigt, dass eine bedarfsorientierte Therapie mit einer fixen Budesonid-Formoterol Kombination Exazerbationen so wirksam wie eine Budesonid Dauertherapie verhindert. Und dies mit einer deutlich niedrigeren Dosis von appliziertem Corticosteroid [5, 6]. Nach NVL ist daher die bedarfsorientierte Anwendung einer Fixkombination von ICS und Formoterol eine weitere Therapieoption bei mildem Asthma – besonders für Patienten, die unter alleiniger SABA Bedarfsmedikation keine ausreichende Symptomkontrolle erreichen. Bei dieser auch als SMART (single maintenance und reliever) bezeichneten Therapie kommt der Patient mit einem einzigen Inhalator aus. Die tägliche Inhalation eines Corticosteroids sowie bedarfsorientiert, eines kurzwirksamen β 2-Agonisten gilt nur noch als Alternative in begründeten Fällen.

Zahlreiche Studien und eine aktuelle Metaanalyse zeigen, dass Anwendungsfehler bei inhalativen Arzneimitteln eher die Regel als die Ausnahme sind [7, 8]. Insbesondere beim Wechsel des Inhalationssystems treten Anwendungsfehler gehäuft auf [9]. Eine Einweisung in die Anwendung des Inhalationssystems, sowie eine regelmäßige Schulung des Patienten ist daher zwingend notwendig. Die korrekte Anwendung inhalativer Arzneimittel durch den Patienten sollte ebenfalls überprüft werden, wenn orale Corticosteroide aufgrund einer Symptomverschlechterung benötigt werden. Eine niederländische Studie zeigte, dass mehr als die Hälfte dieser Patienten Probleme mit der Anwendung ihres Inhalationssystems hatten [10].

Wichtig: Die bedarfsorientierte Anwendung einer Fixkombination von ICS und Formoterol in der Asthmatherapie entspricht nicht der Zulassung der Arzneimittel und ist somit ein Off-Label-Use. Die pharmazeutischen Unternehmer sollten eine entsprechende Anpassung der Zulassung beantragen. Aktuell besteht die Notwendigkeit der Patientenaufklärung durch den Arzt, um sich vor dem daraus resultierenden Haftungsrisiko zu schützen. In Deutschland besteht grundsätzlich für den Off-Label-Use von Arzneimitteln keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), solange diese nicht in die Anlage VI der AM-RL aufgenommen wurden. Ein Off-Label-Use muss im Vorfeld bei der GKV beantragt werden und ist nur in Ausnahmefällen möglich, wenn folgende Kriterien kumulativ erfüllt sind:

1. Es handelt sich um eine schwerwiegende (lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer beeinträchtigende) Erkrankung.
2. Es ist keine andere Therapie verfügbar.
3. Aufgrund der wissenschaftlichen Datengrundlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) zu erzielen ist.

Gleiches gilt für die Therapie in der Stufe 2: Auch hier wird der bedarfsorientierte Einsatz von ICS in Fixkombination mit Formoterol bei mehrfach monatlich auftretender Symptomatik empfohlen. →

Alternativ kann bei Patienten mit ausreichender Therapietreue eine niedrigdosierte ICS Langzeittherapie zusammen mit einer SABA Bedarfstherapie verordnet werden. Leukotrienantagonisten (LTRG) sind zwar grundsätzlich einsetzbar, verhindern aber weniger effektiv Exazerbationen [11].

Der Einsatz von Antibiotika bei einem Asthmaanfall ohne hinreichenden Beleg für eine bakterielle Infektion wird nicht empfohlen! Ebenso liegt eine Negativempfehlung für den Einsatz von Antitussiva und Mukoregulatoren bei einem Asthmaanfall vor, da Nachweise ihrer Wirksamkeit fehlen.

In den Stufen 3, 4 und 5 des Stufenschemas der Asthmatherapie werden ICS in Kombination mit LABA als bevorzugte Therapie genannt. Bei Notwendigkeit kann die Dosierung des ICS gesteigert werden. Zusätzliche Bedarfsmedikation sollte hier mit SABA oder mit einer Fixkombination aus ICS und Formoterol erfolgen, sofern dies auch die Langzeittherapie darstellt.

Bei Maximaltherapie (Stufe 5) sollten ICS in Höchstdosis mit LABA und LAMA (nur zugelassen: Tiotropium) kombiniert werden. Eine Therapie mit monoklonalen Antikörpern sollte durch einen Pneumologen und erst bei Versagen einer mindes-

tens dreimonatigen inhalativen Kombinationstherapie mit ICS in Höchstdosierung eingeleitet werden. Eine Langzeittherapie mit systemischen Corticosteroiden wird wegen der Gefahr schwerwiegender Nebenwirkungen nicht empfohlen.

Laut NVL ist sportliche Aktivität in der Lebensführung von Patienten mit Asthma sehr wichtig. [12] Gute medikamentöse Einstellung vorausgesetzt, führt diese nicht zu einer Verschlechterung der Symptomatik, sondern zu einer Verbesserung der Lebensqualität. Weiterhin wird die Wichtigkeit der Fortführung der Arzneimitteltherapie des Asthmas während der Schwangerschaft betont und klargestellt, dass Asthma keine Indikation für eine Sectio ist.

Autor: Prof. Dr. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I am Klinikum Saarbrücken/Koordinator der Leitlinie Arzneimitteltherapie bei Multimorbidität

Quellen:
 1. Reddel, H.K., et al., Should recommendations about starting inhaled corticosteroid treatment for mild asthma be based on symptom frequency: a post-hoc efficacy analysis of the START study. *Lancet*, 2017. 389(10065): p. 157-166.
 2. Beasley, R., et al., Asthma paradoxes: time for a new approach across the spectrum of asthma severity. *Eur Respir J*, 2019. 53(4).
 3. Beasley, R., et al., Controlled Trial of Budesonide-Formoterol as Needed for Mild Asthma. *N Engl J Med*, 2019. 380(21): p. 2020-2030.

4. Elander, A. and M. Gustafsson, Inhaler Technique and Self-reported Adherence to Medications Among Hospitalised People with Asthma and COPD. *Drugs Real World Outcomes*, 2020. 7(4): p. 317-323.
 5. Bateman, E.D., et al., As-Needed Budesonide-Formoterol versus Maintenance Budesonide in Mild Asthma. *N Engl J Med*, 2018. 378(20): p. 1877-1887.
 6. O'Byrne, P.M., et al., Inhaled Combined Budesonide-Formoterol as Needed in Mild Asthma. *N Engl J Med*, 2018. 378(20): p. 1865-1876.
 7. Chrystyn, H., et al., Device errors in asthma and COPD: systematic literature review and meta-analysis. *NPJ Prim Care Respir Med*, 2017. 27(1): p. 22.
 8. Price, D.B., et al., Inhaler Errors in the CRITIKAL Study: Type, Frequency, and Association with Asthma Outcomes. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 2017. 5(4): p. 1071-1081 e9.
 9. Roggeri, A., C. Micheletto, and D.P. Roggeri, Inhalation errors due to device switch in patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma: critical health and economic issues. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2016. 11: p. 597-602.
 10. McDonald, C.F. and C.J. Worsnop, Red-flagging the prescribing of oral corticosteroids for people with asthma. *Med J Aust*, 2020. 213(7): p. 313-314.
 11. Chauhan, B.F. and F.M. Ducharme, Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(5): p. CD002314.
 12. Carson, K.V., et al., Physical training for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013(9): p. CD001116.

Medikamentöse Stufenschema NVL Asthma ERWACHSENE		
		Stufe 5
		Langzeittherapie: ICS in Höchstdosis + LABA + LAMA ²
		Vorstellung bei einem in der Behandlung von schwerem Asthma erfahrenen Pneumologen und Anti-IgE- oder Anti-IL-5-(R)- oder Anti-IL-4-R-Antikörper
		Alternativen in begründeten Fällen: OCS (zusätzlich oder alternativ)
		Zusätzliche Bedarfstherapie: SABA oder Fixkombination aus ICS + Formoterol, wenn diese auch die Langzeittherapie darstellt
Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Bedarfstherapie: Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol ¹ oder SABA <i>Alternative in begründeten Fällen:</i> Langzeittherapie mit ICS niedrigdosiert + Bedarfstherapie mit SABA	Langzeittherapie mit ICS niedrigdosiert + Bedarfstherapie mit SABA oder ausschließlich Bedarfstherapie mit Fixkombination aus ICS niedrigdosiert + Formoterol ¹ <i>Alternative in begründeten Fällen:</i> Langzeittherapie mit LTRA + Bedarfstherapie mit SABA	Langzeittherapie: ICS niedrigdosiert + LABA (bevorzugt) oder ICS mitteldosiert
		Stufe 4
		Langzeittherapie: ICS mittel- hochdosiert + LABA (bevorzugt) oder ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LAMA ²
		Alternativen in begründeten Fällen: ICS niedrigdosiert + LAMA ² oder ICS niedrigdosiert + LTRA ICS mittel- bis hochdosiert + LABA + LTRA oder ICS mittel- bis hochdosiert + LAMA ²
Asthmaschulung, Allergie-/Umweltkontrolle, Beachtung von Komorbiditäten		
Spezifische Immuntherapie (bei gegebener Indikation)		

Quelle: Medikamentöse Stufenschemata, Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Asthma, 4. Auflage

Im Stufenschema werden zur besseren Übersicht übergeordnete Arzneimittelkategorien und keine einzelnen Präparate genannt. Nicht alle Präparate und Kombinationen sind für jeweilige Indikation zugelassen (siehe Fachinformation), teilweise handelt es sich um einen Off-Label-Use (siehe Kapitel 4.3 Hinweis zum Off-Label-Use)

¹ Fixkombination (ICS niedrigdosiert + Formoterol) bedarfsorientiert in Stufe 1 und 2 nicht zugelassen (Stand: August 2020)

² aus der Gruppe der LAMA ist Tiotropium für die Behandlung des Asthmas zugelassen (Stand: August 2020) ICS: inhalative Corticosteroide, IgE: Immunglobulin, IL: Interleukin, LABA: Langwirkende Beta-2-Sympathomimetika, LAMA: Langwirkende Anticholinergika, LTRA: Leukotrienrezeptorantagonisten, OCS: Orale Corticosteroide, R: Rezeptor, SABA: Kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika

DMP Asthma bronchiale

Patienten mit Asthma bronchiale können vom behandelnden Arzt in ein Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben werden. Durch ein gezieltes Versorgungsmanagement in Form standardisierter Behandlungs- und Betreuungsprozesse soll das DMP dazu beitragen, die Behandlung der chronischen Erkrankung über den gesamten Verlauf zu verbessern.

Die Teilnahme ist für Kinder ab dem 2. Lebensjahr möglich. Zu den Versorgungsaspekten zählt beispielsweise die Berücksichtigung von therapie relevanten Begleiterkrankungen wie Adipositas oder gastroösophagealen Refluxbeschwerden, das Medikationsmanagement bei Multimorbidität und das Angebot von Tabakentwöhnungsprogrammen. Die verschiedenen

Formen von Asthma bronchiale sind im ICD-Katalog unter dem Kapitel „Chronische Krankheiten der unteren Atemwege“ abgebildet. Eine gleichzeitige Einschreibung im DMP Asthma bronchiale und DMP COPD ist nicht möglich. In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die festgelegten Anforderungen hinterlegt.

Domperidon - Wirkstoff im Spotlight

Laut einer Studie zur Arzneimittelanwendung sind Ärzte mit den Maßnahmen zur Risikominimierung bei der Anwendung von Domperidon zum Teil nicht ausreichend vertraut. Hier finden Sie die wichtigsten Fakten rund um Domperidon auf einen Blick:

Domperidon soll ausschließlich zur Besserung der Symptome Übelkeit und Erbrechen angewendet werden. Die Tageshöchstdosis liegt bei 30 mg, üblicherweise verabreicht in drei Einzeldosen à 10 mg. Die Behandlungsdauer beträgt maximal eine Woche. Für Kinder unter 12 Jahren besitzt Domperidon keine Zulassung.

Eigenschaften

Domperidonhaltige Arzneimittel sind in Tablettenform sowie als Tropfen erhältlich. Domperidon ist ein Dopamin-Antagonist mit antiemetischen Eigenschaften. Der Wirkstoff hemmt Dopamin D2 Rezeptoren in der Chemorezeptor Triggerzone, in der Area postrema, die außerhalb der Bluthirnschranke liegt. Der antiemetische Effekt wird durch eine beschleunigte Magenentleerung sowie eine erhöhte Motilität der Speiseröhre verstärkt. Da Domperidon

hauptsächlich peripher wirkt, sind extrapyramidale Reaktionen selten, allerdings wird die Freisetzung von Prolaktin aus der Hypophyse angeregt.

Indikation

Infolge eines europäischen Risikobewertungsverfahrens aus dem Jahr 2014 kam es zu Indikations- und Dosis einschränkungen. Die Liste von Gegenanzeigen wurde erweitert. Die Zulassung für Domperidon beschränkt sich seitdem auf die Indikation: „Besserung der Symptome Übelkeit und Erbrechen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und mindestens 35 kg Körpergewicht.“ Für die Anwendungsbereiche Dyspeptische Beschwerden, Reisekrankheit, Gastroparese sowie Anregung der Laktation besteht ein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis.

Nebenwirkungen

Unter Domperidon können schwere kardiale Nebenwirkungen auftreten. Zwei Rote-Hand-Briefe aus den Jahren 2014 und 2019 kommunizieren die zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen. Das Risiko für das Auftreten von QT-Zeit Verlängerung,

Torsade de Pointes Tachykardien, ventrikulären Arrhythmien oder plötzlichem Herztod limitiert den Einsatz – insbesondere wenn weitere Risikofaktoren vorliegen. Besonders gefährdet sind Menschen über 60 Jahren, sowie Patienten mit vorgeschädigtem Herzen.

Kontraindikationen

Die gleichzeitige Einnahme von QT-verlängernden Arzneimitteln sowie starken CYP3A4 Inhibitoren ist auszuschließen. Eine Ausnahme ist die parallele Anwendung von Apomorphin bei Morbus Parkinson. Hier überwiegt der Nutzen das Risiko, sofern die Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden. Weitere Kontraindikationen sind Leberfunktionsstörungen, Elektrolytstörungen sowie kardiale Vorerkrankungen.

Quellen:

Arzneimittel im Blick: Ausgabe 3 2019, Domperidon – Wirksamkeit der Sicherheitsmaßnahmen zur Minimierung von kardialen Risiken
Rote Hand Brief vom 29.04.2019: Domperidon: Erinnerung an Maßnahmen zur Minimierung kardialer Risiken
Pharmazeutische Zeitung: 29-04-2019, Rote-Hand-Brief erinnert an korrekte Anwendung
Fachinformationen der Wirkstoffe Domperidon und Apomorphin

Rezept im Fokus: Arzneimittelbedingte QT-Zeit Verlängerung



Die Behandlung mit Domperidon birgt ein Risiko für kardiale Nebenwirkungen, wie QT-Zeit Verlängerung, Torsade-de-Pointes-Tachykardien, schwerwiegende ventrikuläre Arrhythmien und plötzlichen Herztod. Ein besonderes Augenmerk sollte auf die Kombination mit anderen Arzneimitteln,

die QT-Intervall verlängernde Eigenschaften besitzen, gesetzt werden. Wenn möglich, sollten diese vermieden werden. Sind sie unumgänglich, muss ein engmaschiges EKG- und Labor-Monitoring stattfinden.

Domperidon soll ausschließlich zur Besserung der Symptome Übelkeit und Erbrechen in der niedrigsten Dosis und nicht länger als eine Woche angewendet werden. Im dargestellten Rezeptbeispiel wird eine 63-jährige Patientin zusätzlich zu Domperidon mit dem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Escitalopram und dem Thiazid-Diuretikum Hydrochlorothiazid (HCT) behandelt - drei Arzneimittel mit Einfluss auf das QT-Intervall.

Wie Domperidon wird auch das Antidepressivum Escitalopram mit einem relevanten Risiko für tödliche Herzrhythmusstörungen assoziiert. Die Fachinformation beider Arzneimittel dokumentiert die gleichzeitige Anwendung als Kontraindikation. HCT kann eine Hypokaliämie auslösen oder eine bestehende Hypokaliämie verstärken. Diese Beeinflussung des Elektrolythaushalts stellt bei der Patientin, zusätzlich zum Alter (> 60 Jahre) und dem weiblichen Geschlecht, ein Risikofaktor für die Verlängerung des QT-Intervalls dar.

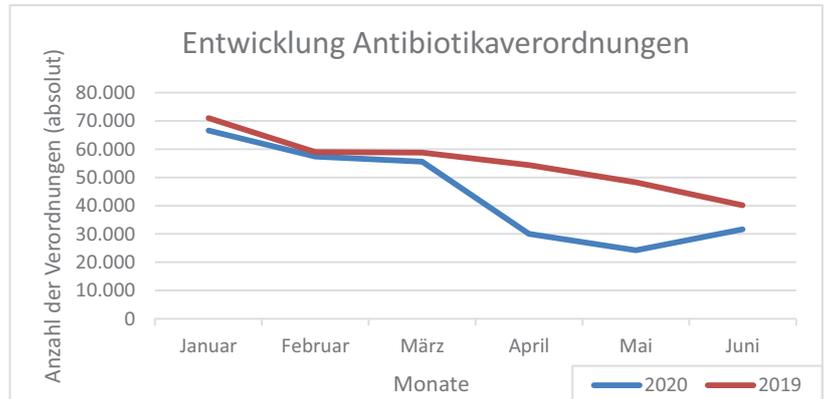
Quellen:

Fachinformationen der Wirkstoffe Domperidon, Escitalopram und Hydrochlorothiazid
Rote Hand Brief vom 29.04.2019: Domperidon: Erinnerung an Maßnahmen zur Minimierung kardialer Risiken

Antibiotikaverbrauch während Corona Pandemie deutlich gesunken

Aktuelle Datenauswertungen lassen vermuten, dass die Infektionsschutzmaßnahmen zur Einschränkung der Corona Pandemie auch das Risiko einer Ansteckung mit anderen Infektionskrankheiten gesenkt haben. Die Verordnungen für Antibiotika sind im Vergleich von Mai 2019 mit Mai 2020 im AOK Nordost Gebiet um 49,83 % gesunken. Im Mai 2019 stellte ein Arzt im Nordost Gebiet 3,02 Verordnungen für Antibiotika aus, während es im Mai dieses Jahres nur 1,55 Verordnungen waren.

Quelle:
<https://actrapid.wido.bv.aok.de>



Aktualisierte Leitlinie zur Harninkontinenz mit Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie speziell bei geriatrischen Patienten

Ein Schwerpunkt der von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) veröffentlichten S2e-Leitlinie zur Harninkontinenz ist die Untersuchung von Nebenwirkungen breit eingesetzter Medikamente. Beschwerden im unteren Harntrakt sollten gezielt erfragt werden. Die Abklärung von möglichen Ursachen sowie die Linderung von Beschwerden sind äußerst wichtig, da schätzungsweise ca. 40 % der über 70-jährigen in Deutschland inkontinent sind.

Aktualisierte medikamentöse Therapie:

Anticholinergika stellen eine wirksame Therapieform zur Verbesserung von Symptomen bei überaktiver Blase mit oder ohne Inkontinenz dar. Potentielle Nebenwirkungen, wie z. B. Glaukomauslösung, Obstipation, Restharnbildung und Delirinduktion müssen besonders beachtet werden. Unter den Vertretern dieser Wirkstoffgruppe ist unretardiertes Oxybutynin mit dem höchsten Risiko von kognitiven Nebenwirkungen verbunden. Dieses findet sich auch auf der Priscus-Liste, die einen guten Anhaltspunkt für potentiell inadäquate Medikation bei

älteren Menschen darstellt. Die eindeutige Empfehlung einer bestimmten Substanz ist laut Leitlinie anhand der momentanen Datenlage nicht möglich.

Mit Alpha-Rezeptorenblocker, wie z. B. Tamsulosin kann in Einzelfällen eine Senkung des Blasenauslasswiderstandes bei Blasenauslassobstruktion versucht werden, wenn eine benigne Prostatahyperplasie für eine obstruktive Überlaufinkontinenz ursächlich ist.

Mirabegron, ist für Patienten mit überaktiver Blase und ungenügendem Ansprechen auf eine anticholinerge Therapie, sowie mit störenden anticholinergen Nebenwirkungen oder bestehenden Kontraindikationen geeignet. Wegen der Gefahr der Auslösung oder Verschlimmerung einer arteriellen Hypertonie sollte die Therapie nur bei gut eingestellten Patienten oder solchen ohne Hypertonie durchgeführt werden. Eine fortwährende Blutdruckkontrolle ist hierbei unabdingbar.

DDAVP (Synthetisches Desmopressin) reduziert die nächtliche Diurese und damit auch die Nykturie. Allerdings kann eine durch DDAVP-bedingte Hyponatriämie mit möglichen kognitiven und neuromuskulären Effekten das Risiko für Stürze und Delirien erhöhen.

Bei Frauen stellt Duloxetine sowie die Substanzklasse der Parasympathomimetika eine zusätzliche medikamentöse Therapieoption dar. Die Injektion von Botulinum Toxin kann als Reserveverfahren in Erwägung gezogen werden.

Die Leitlinie thematisiert auch weitere Behandlungsoptionen, wie z. B. Toiletentraining, physiotherapeutische und physikalische Interventionen sowie Hilfsmittel.

Quelle:
 AWMF online: Kurzfassung der Leitlinie „Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie“

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/Nanantachoke, Shutterstock/gst, Shutterstock/Shutterwolf