



Liebe Leserinnen und Leser,

wir haben dieses Mal eine bunte Mischung an Themen für Sie aufbereitet: kritische Arzneimittel in der Selbstmedikation, softwaregestützte Arzneimittelsteuerung sowie aktuelle Empfehlungen zu Fluorchinolonen und JAK-Inhibitoren.

Und – kennen Sie schon unsere Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte? Neben dem virtuellen Arzneimittel-Kongress bieten wir auch eine Fortbildung zum Thema Wundversorgung an. Melden Sie sich an und sammeln Sie noch Fortbildungspunkte für dieses Jahr.

Freundlich grüßen Sie

die Apotheker und Apothekerinnen des Bereichs Arzneimittelversorgung bei der AOK Nordost

Frei verkäuflich, aber nicht frei von Risiken!

Hinweise zur Kombination von Selbstmedikation mit verordneten Arzneimitteln

Selbstmedikation hat hierzulande einen hohen Stellenwert. Das unterstreicht die Anzahl von 999 Millionen verkauften Packungen apothekenpflichtiger und rezeptfreier Arzneimittel in Deutschland im Jahr 2022 [1]. Zwar sind Arzneimittel der Selbstmedikation nur für etwa 5 % aller vermeidbaren Arzneimittelnebenwirkungen verantwortlich [2], diese können dennoch schwerwiegend oder tödlich sein. Ein Beispiel ist Clobutinol-haltiger Hustensaft: Dieser wurde über 45 Jahre nach der Zulassung im Jahr 2007 wegen QT-Intervall-Verlängerung und lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen vom Markt genommen [3].

Werden Sie aktiv! Fragen Sie direkt nach Selbstmedikation und sprechen Sie mögliche Risiken an!

Weniger als die Hälfte der Patienten mit potentiell Interaktionsrisiko sind sich der Gefahr bewusst, die von möglichen Wechselwirkungen zwischen ihren verordneten sowie selbst eingesetzten Arzneimitteln ausgeht [4]. Diese Risiken können nicht immer durch eine Beratung in der Apotheke vermieden werden. Frei verkäufliche Arzneimittel können z. B. von Angehörigen oder Freunden bezogen werden. Oder der Patient kann beim Kauf seiner Selbstmedikation nicht seinen vollständigen Medikationsplan vorlegen. In beiden Fällen kann der Apotheker dann keinen vollständigen Interaktionscheck durchführen.

Umso wichtiger ist es, dass Sie Ihre Patienten – z. B. durch einen Aushang in Ihrer Praxis – bereits darauf hinweisen, dass die Kombination von verordneten und eingenommenen freiverkäuflichen Arzneimitteln potentiell gefährlich sein kann.

Eine Selbstmedikation sollte bei Patienten mit verordneter Arzneimitteltherapie generell erst nach einer Beratung durch den Arzt oder den Apotheker erfolgen.

Dies ist unabdingbar bei Hochrisikogruppen wie z. B.: Patienten mit einer Therapie gegen HIV, mit onkologischer Arzneimitteltherapie, bei Behandlung mit den Immunsuppressiva Ciclosporin oder Tacrolimus, bei Behandlung mit Lithium sowie während einer antibiotischen oder antimykotischen Therapie.

Fragen Sie Ihre Patienten daher bei jeder Konsultation nach **allen eingenommenen Mitteln** – hierzu gehören sowohl chemische als auch pflanzliche Medikamente (egal ob verordnet oder selbst gekauft). Nur wenn dem Arzt und/oder Apotheker alle eingenommenen Medikamente bekannt sind, können diese für die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Arzneimitteltherapie berücksichtigt werden.

Empfohlen wird, dass die Selbstmedikation vom Patienten auf dessen Medikationsplan zusätzlich eingetragen wird.

Software gestützte Programme zur Arzneimittelsteuerung können für den dann folgenden Interaktions-Check eine sehr gute Unterstützung in der Arztpraxis sein. Einen Erfahrungsbericht mit solch einem Steuerungs-Tool können Sie auf Seite 2 lesen.

Hochrisiko behafteter Wirkstoff in der Selbstmedikation: Ibuprofen

Eine relativ begrenzte Zahl von freiverkäuflichen Wirkstoffklassen – allen voran die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) – führt in bestimmten Kombinationen oder bei bestimmten Indikationen zu potentiell relevanten Schäden bei Patienten.

Ibuprofen gehört dabei nicht nur zu den am häufigsten angewendeten, sondern auch zu den am häufigsten zu Schäden führenden Arzneimitteln in der Selbstmedikation [5].



Bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz können **NSAR** gefährlich sein und sind zumindest relativ **kontraindiziert**. Bei Patienten mit KHK sind alle NSAR mit einem erhöhten Risiko für **Myokardinfarkt** assoziiert [6,7].

Bei Niereninsuffizienz können NSAR durch die Verschlechterung der Prostaglandin-abhängigen Nierendurchblutung zu akutem Nierenversagen führen [8]. Die Kombination von ACE-Hemmern oder Sartanen mit NSAR geht mit einem zusätzlichen Risiko für ein akutes Nierenversagen einher, insbesondere, wenn auch noch Diuretika eingenommen werden [9]. Diese gefährliche Dreier-Kombination wird als „Triple Whammy“ bezeichnet.

Besonders gefährdet sind Patienten ab 75 Jahren sowie solche mit bereits bestehender chronischer Nierenerkrankung. Das höchste Risiko für eine akute Verschlechterung der Nierenfunktion besteht innerhalb der ersten 30 Tage nach Beginn der Kombinationstherapie [10].

NSAR bewirken eine **Flüssigkeitsretention** und können dadurch generell die Wirkung von Antihypertensiva reduzieren. Bei Patienten mit Herzinsuffizienz erhöhen sie anwendungsdauer- und dosisabhängig das Risiko einer stationären Krankenhausaufnahme [11].

Sowohl die Einnahme von ASS in analgetischer Dosis als auch die Einnahme von NSAR erhöhen zusätzlich das Blutungsrisiko und sind in folgenden Kombinationen nicht zu empfehlen:

- mit Thrombozytenaggregationshemmern oder Antikoagulantien
- mit Glukokortikoiden: Patienten, die gleichzeitig orale Glukokortikoide und NSAR einnahmen, wiesen in einer eingebetteten Fall-Kontroll-Studie ein 15-fach erhöhtes Risiko für einen peptischen Ulkus im Vergleich zu denen auf, die weder NSAR noch Glukokortikoide einnahmen [11]. Sind NSAR nicht vermeidbar, sollte ein PPI zur Risikoreduktion eingenommen werden.
- mit SSRI: Können NSAR nicht vermieden werden, kann ein PPI das Risiko relevant vermindern. Omeprazol hemmt den Abbau von Citalopram und Escitalopram, daher ist Pantoprazol hier eine sichere Alternative.

Auch an das Interaktionsrisiko pflanzlicher Arzneimittel denken!

78 % der Apothekenkunden gaben an, pflanzliche Präparate einzunehmen. Mehr als ein Drittel dieser Kunden war sich sicher, dass die Kombination pflanzlicher Arzneimittel mit verordneten Arzneimitteln risikofrei möglich sei [13]. Klinisch relevante Interaktionen sind z. B. für Johanniskraut belegt [13]. Die Induktion des Cytochrom P450-Enzyms CYP3A4 und des P-Glycoproteins kann den Abbau verschiedener Arzneimittel erheblich beschleunigen und zu einem Wirkverlust dieser führen [14]. Das Ausmaß der Induktion hängt vom Gehalt des im Johanniskraut enthaltenen Wirkstoffs Hyperforin ab und ist daher präparatspezifisch [15].

Johanniskraut führt zum Wirkverlust von Ciclosporin und Tacrolimus, was wiederum zu einer Transplantatabstoßung führen kann. Die Kombination mit anderen über CYP3A4 metabolisierten Arzneimitteln sollte ebenso vermieden werden, hierzu zählen z. B.: HIV-Medikamente wie Protease-Inhibitoren und NNRTI sowie Irinotecan, Imatinib, Oxycodon, Vitamin K-Antagonisten und orale Tumorthherapie [15].

Auch bei der gleichzeitigen Anwendung oraler Kontrazeptiva mit Johanniskraut ist Vorsicht geboten: Eine Metaanalyse weist auf eine verminderte Sicherheit oraler Kontrazeption bei gleichzeitiger Einnahme von Johanniskraut hin, allerdings wird die Evidenz als schwach eingestuft [16].

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] [https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/03/31/selbstmedikationsmarkt-wieder-auf-vor-corona-niveau#:~:text=Selbstmedikation%20weiter%20mit%20hohem%20stell.enwert&text=Der%20Umsatz%20legte%20demnach%20von,Milliarden%20Euro%20in%202022%20zu.&text=Laut%20BPI%20erreichten%20die%20Absatz,H%C3%B6hepunkt%20im%20vierten%20Quartal%202022%20\(31.03.2023\)](https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2023/03/31/selbstmedikationsmarkt-wieder-auf-vor-corona-niveau#:~:text=Selbstmedikation%20weiter%20mit%20hohem%20stell.enwert&text=Der%20Umsatz%20legte%20demnach%20von,Milliarden%20Euro%20in%202022%20zu.&text=Laut%20BPI%20erreichten%20die%20Absatz,H%C3%B6hepunkt%20im%20vierten%20Quartal%202022%20(31.03.2023))
- [2] Woron, J., A.A. Chrobak, D. Slezak, and M. Siwek, Unprescribed and unnoticed: Retrospective chart review of adverse events of interactions between antidiabetics and over-the-counter drugs. *Front Pharmacol*, 2022. **13**: p. 965432.
- [3] Rottlaender, D. and U.C. Hoppe, [Risks of non-prescription medication. Clobutinol cough syrup as a recent example]. *Dtsch Med Wochenschr*, 2008. **133**(4): p. 144-6.
- [4] Indermitte, J., et al., Prevalence and patient awareness of selected potential drug interactions with self-medication. *J Clin Pharm Ther*, 2007. **32**(2): p. 149-59.
- [5] Schmiedl, S., et al., Self-medication with over-the-counter and prescribed drugs causing adverse-drug-reaction-related hospital admissions: results of a prospective, long-term multi-centre study. *Drug Saf*, 2014. **37**(4): p. 225-35.
- [6] Bally, M., et al., Risk of acute myocardial infarction with NSAIDs in real world use: bayesian meta-analysis of individual patient data. *BMJ*, 2017. **357**: p. j1909.
- [7] Barcellona, C.A., et al., Differences in cardiovascular safety with non-steroidal anti-inflammatory drug therapy-A nationwide study in patients with osteoarthritis. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, 2019. **124**(5): p. 629-641.
- [8] Musu, M., et al., Acute nephrotoxicity of NSAID from the foetus to the adult. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2011. **15**(12): p. 1461-72.
- [9] Dreischulte, T., D.R. Morales, S. Bell, and B. Guthrie, Combined use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with diuretics and/or renin-angiotensin system inhibitors in the community increases the risk of acute kidney injury. *Kidney International*, 2015. **88**(2): p. 396-403.
- [10] Lapi, F., et al., Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: nested case-control study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2013. **346**: p. e8525.
- [11] Arfe, A., et al., Non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of heart failure in four European countries: nested case-control study. *BMJ*, 2016. **354**: p. i4857.
- [12] Piper, J.M., W.A. Ray, J.R. Daugherty, and M.R. Griffin, Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Annals of Internal Medicine*, 1991. **114**(9): p. 735-740.
- [13] Sile, I., R. Teterovska, O. Onzevs, and E. Ardava, Safety Concerns Related to the Simultaneous Use of Prescription or Over-the-Counter Medications and Herbal Medicinal Products: Survey Results among Latvian Citizens. *Int J Environ Res Public Health*, 2023. **20**(16).
- [14] Zhou, S., et al., Pharmacokinetic interactions of drugs with St John's wort. *J Psychopharmacol*, 2004. **18**(2): p. 262-76.
- [15] Nicolussi, S., J. Drewe, V. Butterweck, and H.E. Meyer Zu Schwabedissen, Clinical relevance of St. John's wort drug interactions revisited. *Br J Pharmacol*, 2020. **177**(6): p. 1212-1226.
- [16] Berry-Bibee, E.N., et al., Co-administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception*, 2016. **94**(6): p. 668-677.

Softwaregestützte Arzneimittelsteuerung – Sinnvolle Unterstützung in der Praxis?

Ein Interview

AOK Nordost: Guten Tag, Herr Küçükoglu, Sie sind Hausarzt in Berlin und haben sich bereit erklärt, uns in einem Interview über Ihre Erfahrungen zur softwaregestützten Arzneimittelsteuerung in der Praxis zu berichten. Vielen Dank dafür! Können Sie uns erklären, wie solch eine Software funktioniert?

Herr Küçükoglu: Ja, in der Tat. Ich verwende bei mir in der Praxis die Software eLiSa – das ist ein digitales Tool und bedeutet ausgesprochen „electronic Life Saver“. Hier haben Ärzte die Möglichkeit, alle Gesundheitsdaten der letzten 36 Monate eines Patienten einzusehen: Diagnosen, Rezept-historie, Krankenhausaufenthalte sowie verordnete Medikamente mitbehandelnder (Fach-)Ärzte. Mit Hilfe dieser Informationen kann ich die medizinische

Versorgung meiner Patienten optimieren. Die Einverständniserklärung der Patienten ist hierfür obligat.

AOK Nordost: Wie wichtig ist ein digital gestütztes Medikationsmanagement aus Ihrer Sicht? Welche Vorteile ergeben sich für Sie bzw. Ihre Patienten?

Herr Küçükoglu: Das Wichtigste an diesem Tool ist der Medikationscheck: Die verordneten Medikamente können in der Software überprüft werden. Durch besondere Markierungen kann ich etwaige Interaktionen, Kontraindikationen oder Doppelbehandlungen feststellen. Durch diesen Überblick können im besten Fall sogar Krankenhaus-Einweisungen verhindert werden. Die Arbeit mit der Software eLiSa unter-



stützt mich bei der Verordnung von Arzneimitteln und kann als Qualitätskontrolle für eine verbesserte Arzneimitteltherapie des Patienten angesehen werden: Risiken können schnell erkannt und behoben werden. Ich schaffe mit Hilfe

dieser Software mehr Sicherheit für meine Patienten.

AOK Nordost: Welche Erfahrungen konnten Sie bisher mit der Software eLiSa in der Praxis machen?

Herr Küçükoglu: Mit eLiSa habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht. Ich konnte in einem Fall eine fatale Doppelbehandlung mit zwei verschiedenen Beta-Blockern feststellen: Der Patientin wurde vom mitbehandelnden Kardiologen Bisoprolol und von mir Nebivolol verordnet.

In einem anderen Fall erhielt ein Patient drei verschiedene Antidepressiva von verschiedenen Neurologen und zusätzlich von mir einen Beta-Blocker zur Blutdruckregulation. Er klagte hierunter zu Recht über Schwindel.

AOK Nordost: Wie ist die Handhabung? Was läuft sehr gut und was läuft nicht so gut? Kostet es zusätzlich Geld, so eine Anwendung anzuschaffen?

Herr Küçükoglu: Das Arbeiten mit eLiSa ist eigentlich recht einfach, sofern die Technik mitspielt (Internet, PC-Leistung). Es gibt ein

einziges Manko: Wenn man bei der Patientenkonsultation die digitale Patientenakte vor sich hat, ist die zeitgleiche Arbeit mit dem eLiSa-Tool bei mir in der Praxis nicht möglich. Die Bearbeitung erfolgt im Nachgang.

Für den Arzt fallen für die Anschaffung der eLiSa-Software keine zusätzlichen Kosten an. Innerhalb des Versorgungsvertrags mit der AOK Nordost steht dem Arzt für den zeitlichen Aufwand eines Medikations-Checks eine Vergütungspauschale zu.

AOK Nordost: Welche Wirkung hat eLiSa auf Ihre Patienten? Für welche Patienten eignet sich so eine digitale Anwendung?

Herr Küçükoglu: Die Patienten sind zunächst überrascht über die Fülle an Informationen und Gesundheitsdaten. Nach einer Aufklärung über die Vorteile der damit einhergehenden Arzneimittelsicherheit sind sie aber sehr froh darüber, dass man diese Daten einsehen und Veränderungen zu ihrer Sicherheit vornehmen kann. Sie fühlen sich dadurch besser betreut und

fühlen sich sicher in der medizinischen Versorgung.

Arzneimittelsteuerungs-Tools wie z. B. eLiSa eignen sich aus meiner Sicht besonders für multimorbide Patienten, die viele verschiedene Arzneimittel einnehmen und/oder von mehreren Ärzten betreut werden. Dabei sollte auch das Thema Selbstmedikation betrachtet und überprüft werden.

Übrigens:

Aktuell hat der "electronic Live Saver" als „digital unterstütztes hausärztliches Medikations-Management für ambulante Patienten mit Polypharmazie" den Preis für Patientensicherheit des Aktionsbündnisses Patientensicherheit erhalten und ist ebenfalls für den MSD-Gesundheitspreis 2023 nominiert.

https://msd-gesundheitspreis.de/?utm_source=msd&utm_medium=pr&utm_campaign=publikumspreis23

Es handelt sich um die bisher einzige Software mit nachgewiesener Senkung der Mortalität bei Patienten mit Polypharmazie.

Sie möchten auch diese digitale Unterstützung nutzen?

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:

<https://www.aok.de/gg/aerzte-psychotherapeuten/besondere-versorgung/elisa-electronic-life-saver>

Anwendungsbeschränkungen für systemisch und inhalativ angewendete fluorchinolonhaltige Antibiotika – Reminder

Eine aktuelle, von der Europäischen Arzneimittel-Agentur beauftragte Studie analysiert die Verordnungsdaten von Fluorchinolonen in sechs europäischen Ländern (einschließlich Deutschland). Demnach werden diese Antibiotika (z. B. Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Norfloxacin) möglicherweise weiterhin außerhalb der zugelassenen Indikationen angewendet.

Im Juni dieses Jahres wurde in der Konsequenz ein Rote-Hand-Brief veröffentlicht, der an die 2019 stark eingeschränkte Anwendungsempfehlung von Fluorchinolon-Antibiotika erinnert. Die möglichen Nebenwirkungen sind sehr selten, aber potentiell langanhaltend, schwerwiegend und irreversibel.

Zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen, den Bewegungsapparat und das Nervensystem betreffend, gehören:

- Sehnenentzündungen und -risse, Arthralgien, Schmerzen in den Extremitäten
- Neuropathien
- Depressionen, Fatigue, Gedächtnis- und Schlafstörungen
- Beeinträchtigungen des Hörens, Sehens sowie des Geschmacks- und Geruchsinns.

Die Nebenwirkungen können innerhalb von 48 Stunden nach Beginn der Behandlung oder mit Zeitverzögerung von einigen Monaten nach Beendigung der Behandlung auf-

treten.

Die Anwendung von fluorchinolonhaltigen Antibiotika beschränkt sich nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung auf Indikationen, für die es keine Alternativen gibt.

In den deutschen Leitlinien zur Therapie von Atemwegs- und Harnwegsinfekten sind Fluorchinolone bereits als Reservesubstanzen in den Hintergrund gerückt bzw. in den Therapieempfehlungen nicht mehr aufgeführt. So sollen systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone nicht verschrieben werden:

- bei Patienten, die zuvor schwerwiegende Nebenwirkungen im Zusammenhang mit einem Chinolon- oder Fluorchinolonhaltigen Antibiotikum hatten;
- zur Behandlung nicht schwerer oder selbstlimitierender Infektionen (z. B. Pharyngitis, Tonsillitis, akute Bronchitis);
- zur Behandlung leichter oder mittelschwerer Infektionen (einschließlich unkomplizierter Zystitis, akuter Exazerbation einer chronischen Bronchitis und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, akuter bakterieller Rhinosinusitis, akuter Otitis media), es sei denn, üblicherweise empfohlene Antibiotika sind ungeeignet;
- bei nichtbakteriellen Infektionen (z. B. nichtbakterielle [chronische] Prostatitis);
- zur Prävention von Reisediarrhoe oder rezidivierenden Infektionen der unteren

Harnwege.

Besondere Vorsicht ist geboten bei gleichzeitiger Kortikosteroid-Behandlung, bei Älteren, bei eingeschränkter Nierenfunktion und bei Patienten mit Organtransplantaten. Das Risiko einer fluorchinoloninduzierten Tendinitis sowie Sehnenruptur kann erhöht sein.

Die Patienten sollten über das Risiko der Nebenwirkungen dieser Wirkstoffklasse aufgeklärt werden. Sollten erste Anzeichen auftreten, müssen sie unverzüglich einen Arzt aufsuchen.

Das Risiko für Aortenaneurysmen bzw. -dissektionen sowie Herzklappenregurgitation/-insuffizienz wurde 2018 und 2020 in die Produktinformation aufgenommen.

Quellen:

- Rote-Hand-Brief; Systemisch und inhalativ angewendete fluorchinolonhaltige Antibiotika – Erinnerung an die Anwendungsbeschränkungen, 07.06.2023
- Rote-Hand-Brief; Systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone: Risiko einer Herzklappenregurgitation/-insuffizienz, 29.10.2020
- Rote-Hand-Brief; Systemisch und inhalativ angewendete Chinolon- und Fluorchinolon-Antibiotika: Risiko von die Lebensqualität beeinträchtigenden, lang anhaltenden und möglicherweise irreversiblen Nebenwirkungen – Anwendungsbeschränkungen, 08.04.2019
- Rote-Hand-Brief; Systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone: Risiko für Aortenaneurysmen und -dissektionen, 26.10.2018
- Leitlinien zur Therapie von Atemwegs- und Harnwegsinfekten: AWMF-Register-Nr.: 053-010, 053-012, 053-013, 017-024, 043/044).

Anwendungsbeschränkungen bei Januskinase (JAK)-Inhibitoren

Wie kann der Hausarzt unterstützen?

Zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis sind JAK-Inhibitoren seit 2018 zugelassen. Der Einsatzbereich dieser Wirkstoffklasse hat sich mittlerweile auch auf andere Indikationen erweitert: Behandlung chronisch-entzündlicher Erkrankungen, Psoriasis-Arthritis, juvenile idiopathische Arthritis, ankylosierende Spondylitis, nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis, Colitis ulcerosa, atopische Dermatitis, Alopecia areata und Morbus Crohn. Vorteile dieser Therapie sind die orale Einnahme und eine gute Steuerbarkeit mit kurzer Ausschleichphase.

Bei einer Sicherheitsüberprüfung der Substanzklasse durch die europäische Arzneimittelagentur EMA wurden folgende Risiken als Klasseneffekt eingestuft: eine erhöhte Inzidenz von malignen Erkrankungen, schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse, schwerwiegende Infektionen, venöse Thromboembolien und erhöhte Mortalität im Vergleich zu TNF-alpha-

Inhibitoren. Daher wurden im März 2023 in einem Rote-Hand-Brief Empfehlungen zur Risikominimierung bei der Anwendung der JAK-Inhibitoren Baricitinib (Olumiant®), Tofacitinib (Xeljanz®), Upadacitinib (Rinvoq®), Filgotinib (Jyseleca®) und Abrocitinib (Cibinqo®) herausgegeben.

Bei Patienten ab 65 Jahren, bei Rauchern oder ehemaligen Langzeitrauchern sowie bei Patienten mit weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren (Herzinfarkt oder Schlaganfall) oder mit Risikofaktoren für maligne Erkrankungen sollten JAK-Inhibitoren nur zum Einsatz kommen, wenn geeignete Behandlungsalternativen nicht verwendet werden können. Bei Vorliegen von Risikofaktoren für Blutgerinnsel in der Lunge und in tiefen Venen sind JAK-Inhibitoren mit Vorsicht anzuwenden. Die Dosierungsempfehlung wurde bei Patienten mit erhöhtem Risiko für venöse Thromboembolien, Krebs oder schweren Herz-Kreislauf-Problemen überarbeitet. Regelmäßige Hautuntersu-

chungen werden empfohlen.

Der Einsatz von JAK-Inhibitoren ist zu überprüfen. Verunsicherte Patienten sollten darin gestärkt werden, das Gespräch mit dem Facharzt zu suchen. Eigenständiges Absetzen ist zu vermeiden, um weiteren Risiken vorzubeugen.

Der Bundesverband Deutscher Rheumatologen hat im Internet eine Checkliste zur Unterstützung der Therapieentscheidung für die Verordner veröffentlicht. Diese finden Sie unter:

https://www.dgrh.de/dam/jcr:81d7dc1d-15e4-42d6-bf2f-7b651affde31/Checkliste_JAKi.pdf

Quellen:

- Rote-Hand-Brief zu Januskinase-Inhibitoren: Aktualisierte Empfehlungen zur Minimierung der Risiken, 17.03.2023
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. Januskinase-Inhibitoren – Wie ist mit den neuen Anwendungsbeschränkungen umzugehen?

Online-Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte

Sinn und Unsinn bei chronischen Wunden

Gemeinsam mit den AOK-Wundexpertinnen und Herrn Dr. med. Fuchs diskutieren Sie konkrete Patientenbeispiele und entwickeln praxistaugliche Handlungsstrategien u. a. zu Wundbeurteilung, Therapieentscheidungen und Verbandstoffauswahl.

Melden Sie sich an. Wir freuen uns auf Sie!

Termin: Mittwoch, 08.11.2023
Zeit: 16:00 – 18.30 Uhr
Zertifizierung: 4 Fortbildungspunkte der Kategorie A

Anmeldung und weitere Informationen nach Auswahl Ihrer Region im Internet unter:

www.aok.de/gp/nordost/chronischewunden

Virtueller Arzneimittelkongress für Ärzte „Arzneimittel sicher kombinieren“

In diesem Online-Workshop wird an konkreten Patientenbeispielen gemeinsam erarbeitet, wie risikoreiche Kombinationen erfasst werden und ob eine Änderung der Medikation notwendig ist.

Sind Sie schon angemeldet?

Termine: 15.11.2023/29.11.2023/06.12.2023
Zeit: 16:00 – 18:45 Uhr
Zertifizierung: 6 Fortbildungspunkte der Kategorie C

Anmeldung und weitere Informationen nach Auswahl Ihrer Region im Internet unter:

www.aok.de/gp/arzneimittelkongress

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: AOK Mediendienst und privat