

## Mitteilungen

## Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

## „UAW-News“ – International

## Durch Levofloxacin ausgelöste autoimmunhämolytische Anämie (AIHA)

Die AkdÄ möchte Sie im Folgenden über Publikationen und Meldungen aus dem internationalen Raum informieren und hofft, Ihnen damit nützliche Hinweise auch für den Praxisalltag geben zu können.

Levofloxacin ist der linksdrehende Teil des Razemates Ofloxacin (Tarivid®) und als Tavanic® bei uns im Handel. Es handelt sich um ein Fluorchinolone mit sehr guter Wirksamkeit im gramnegativen und befriedigender Wirksamkeit im grampositiven Bereich.

US-Autoren berichten jetzt über einen 82-jährigen Patienten (1), der wegen einer Weichteilinfektion 500 mg Levofloxacin täglich erhielt. Ungefähr vier Tage nach Beginn der Levofloxacin-Behandlung bemerkte der Patient Symptome wie Schwäche und Schwindel. Gegen Ende der zehn Tage dauernden Behandlung verstärkten sich diese Symptome, und es traten zusätzlich ein Ikterus, dunkelfarbiger Urin, Sehstörungen und Atemnot auf. Bei Vorstellung in der Notaufnahme lagen der Hämoglobin-Wert bei 7,0 g/dl, der Hämatokrit bei 18,8 Prozent, die LDH bei 1 543 IU/l, und das indirekte Bilirubin betrug 4,8 mg/dl. Die Elektrolyte und Leberenzyme waren im Normbereich. Der Patient erhielt drei Erythrozytenkonzentrate und sollte sich zwei Tage später beim Internisten vorstellen. Zu diesem Zeitpunkt lagen der Hämoglobin-Wert bei 7,2 g/dl und der Hämatokrit bei 19,0 Prozent. Es erfolgte die stationäre Aufnahme. Zusätzliche Laboruntersuchungen ergaben eine LDH von 596 IU/l, ein indirektes Bilirubin von 9,7 mg/dl, ein Haptoglobin < 6 mg/dl, eine Leukozytose von 17 GPT/l mit Eosinophilie (22,2 Prozent) und ein Urobilinogen im Urin von 1,0 EU/dl. Im direkten Coombs-Test wurden membran-gebundene antierythrozytäre Wärmeantikörper vom IgG-Typ nachgewiesen. Es wurde die Diagnose einer durch Levofloxacin ausgelösten AIHA gestellt, erneut drei Erythrozytenkonzentrate transfundiert und der Patient mit Prednison in absteigender Dosis behandelt. Unter dieser Therapie kam es nach drei Tagen zu einem Verschwinden der klinischen Symptome und Anstieg des Hämoglobins auf 9,8 g/dl. Ein Gespräch während des stationären Aufenthalts mit der Tochter des Patienten

ergab, dass er circa fünf Jahre zuvor eine Urtikaria unter Ciprofloxacin entwickelt hatte, die nach Absetzen des Medikaments rasch verschwunden war. Die Autoren weisen darauf hin, dass über eine durch Levofloxacin oder Ofloxacin ausgelöste AIHA bisher noch nicht berichtet wurde, jedoch ein anderes Fluorchinolone, Temafloxacin, 1992 wegen gehäufte schwerer hämolytischer Anämien aus dem Handel genommen wurde und auch über hämolytische Anämien nach Ciprofloxacin berichtet wurde.

In der Fachinformation für Levofloxacin findet sich die Angabe, dass in seltenen Fällen eine hämolytische Anämie auftreten kann.

In dem gemeinsam vom BfArM und der AkdÄ geführten Spontanerfassungssystem (Stichtag 19. 2. 2004) finden sich 709 Meldungen zu Levofloxacin, darunter sind auch zwei über eine hämolytische Anämie. Die meisten Angaben beziehen sich auf das Muskel- und Skelettsystem, die Haut und den Verdauungstrakt. Im genannten Spontanerfassungssystem, in dem sich zum Stichtag insgesamt 180 166 Meldungen befanden, sind 356 Meldun-

gen von hämolytischer Anämie verzeichnet, wobei etwa zehn Prozent Fludarabin und sechs Prozent Diclofenac betreffen. Die übrigen Medikamente liegen bezüglich ihrer Nennung unter fünf Prozent. Beschränkt man die Suche auf Fluorchinolone, so ergeben sich insgesamt 4 825 Meldungen, darunter 20 Fälle einer hämolytischen Anämie (achtmal Ciprofloxacin, viermal Ofloxacin und je zweimal Moxifloxacin und Levofloxacin; vier Meldungen beziehen sich auf nicht mehr im Handel befindliche Fluorchinolone).

Insgesamt scheint es sich also bei der AIHA nach Fluorchinolonen um eine seltene UAW zu handeln. Da aber laut Schwabe/Paffrath (2) Levofloxacin in einer Menge von 7,2 Mio. DDD (Umsatz 32 Mio. Euro) verordnet wird, dürfte diese UAW doch immer wieder einmal auftreten.

Bitte teilen Sie der AkdÄ alle beobachteten Nebenwirkungen (auch Verdachtsfälle) mit. Sie können dafür den in regelmäßigen Abständen im Deutschen Ärzteblatt auf der vorletzten Umschlagseite abgedruckten Berichtsbogen verwenden oder diesen unter der AkdÄ-Internetpräsenz [www.akdae.de](http://www.akdae.de) abrufen.

## Literatur

- Oh JR, Carr-Lopez SM, Probasco JM, Crawley PG: Levofloxacin-induced autoimmune hemolytic anemia. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 1010–1013.
- Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2003*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2004.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Aachener Straße 233–237, 50931 Köln, Telefon: 02 21/40 04-5 28, Fax: 02 21/40 04-5 39, E-Mail: [info@akdae.de](mailto:info@akdae.de), Internet: [www.akdae.de](http://www.akdae.de) □

## Bekanntmachungen

## Beschlüsse

des Zentralen Konsultationsausschusses für  
Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer

Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, gebildet aus Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, des Bundesministeriums des Innern, des PKV-Verbandes, der Bundesärztekammer sowie eines nicht stimmberechtigten Vertreters der Privatärztlichenrechnungsstellen, hat nach abschließender Beratung am 11. 11. 2003 und am 27. 4. 2004 folgende Beschlüsse zur Abrechnung von HNO-Leistungen nach GOÄ gefasst:

## Operation an der Nasenmuschel

## 1) Turbinoplastik analog Nr. 2382, Nr. 2250 nicht neben Nr. 1438

Eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (z. B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode ist analog nach Nr. 2382 zu bewerten. Mit der Analogbewertung nach Nr. 2382 sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und ggf. knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten. ▷

Die konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) ist Nr. 1438 zuzuordnen. In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung bzw. Muschel(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbstständige Osteotomie nach Nr. 2250 neben Nr. 1438 berechnet werden.

### Operationen am Nasenseptum

#### 2 a) Nr. 1438 oder Nr. 2382 analog neben Nr. 1448

Bei gegebener medizinischer Indikation können Eingriffe an der Nasenmuschel nach Nr. 1438 oder analog nach Nr. 2382 neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

#### 2 b) Nr. 1441 neben Nrn. 1447/1448

Die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehrerer Nasennebenhöhle(n) einer Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, ist dem Eingriff nach Nr. 1441 zuzuordnen. Nr. 1441 ist ein eigenständiger Eingriff und ggf. neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

#### 2 c) Nr. 2253 analog für den plastischen Wiederaufbau des Nasenrückens nach Voroperationen oder bei Dysplasien oder analog für die Septumaustauschplastik neben Nrn. 1447/1448

Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Knorpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchführung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 (Knochen-spanentnahme, 647 Punkte) zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die routinemäßige Reimplantation von gecrushtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-Korrektur außerhalb der oben genannten Indikationen ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

#### 2 d) Nr. 2256 (analog) für die Abtragung der Lamina perpendicularis nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernen Septums ist mit der Berechnung der Nr. 1447 oder Nr. 1448 abgegolten.

#### 2 e) Nr. 2267 (analog) nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Knochenzerbrechung zur Begrädigung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448 abgegolten und kann nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 2267 (analog), neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

#### 2 f) Nrn. 1425/1426 nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Ausstopfung der Nase nach Nr. 1425 oder 1426 kann nicht neben den Nrn. 1447/1448 berechnet werden. Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.

#### 2 g) Postoperative Tamponaden-/Schienen-/Splintentfernung analog Nr. 1427 bzw. analog Nr. 1430

Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist Nr. 1427 analog berechnungsfähig. Nr. 1427 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden.

Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist Nr. 1430 analog berechnungsfähig. Nr. 1430 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.

#### 2 h) Nrn. 1429/1435 in derselben Sitzung nicht neben Nrn. 1447/1448

Maßnahmen zur intraoperativen Blutstillung oder operationsabschließenden Wundversorgung sind mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448, ggf. durch Ansatz eines höheren Faktors, abgegolten, und können nicht als selbstständige Leistungen, z. B. nach den Nrn. 1429/1435, neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

### Operation an den Nasennebenhöhlen

#### 3) Nrn. 1469/1470

Bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operation der Keilbeinhöhle und Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder 1470) zweimal berechnungsfähig, wenn nachweislich getrennte Zugangswege sowohl zur Keilbeinhöhle als auch zum Siebbeinzellensystem gewählt werden.

Bei rechts- und linksseitiger Ausräumung der Siebbeinzellen und/oder Operation der Keilbeinhöhle in derselben Sitzung kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) maximal viermal berechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass jeweils seitengetrennte Zugangswege geschaffen werden. Bei Operation von mehr als einer Kammer der sep-

tierten Keilbeinhöhle kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) nicht mehr als einmal berechnet werden, wenn die zweite Kammer durch denselben Zugangsweg ausgeräumt wird, also transseptal vorgegangen wird.

#### 4) Nr. 1471, Nr. 1469 ggf. neben Nrn. 1469/1470

Werden bei endonasalmikroskopischer/endoskopischer Operationstechnik neben einer Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung die vorderen Siebbeinzellen nicht nur eröffnet, sondern ausgeräumt, so ist das Ausräumen der vorderen Siebbeinzellen mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten. Bei zusätzlicher Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder Nr. 1470) zusätzlich neben Nr. 1471 berechnungsfähig, vorausgesetzt, dass ein separater Zugangsweg zu den hinteren Siebbeinzellen geschaffen wurde.

#### 5) Nr. 1486, subturbinale Fensterung

Wird bei einer endonasal-mikroskopischen/endoskopischen Kiefernhöhlenoperation nach Nr. 1486 ein subturbinales Fenster zur Drainage angelegt, so ist diese zusätzliche Maßnahme durch die Berechnung der Nr. 1486 abgegolten, und nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 1468, neben Nr. 1486 berechnungsfähig. Der durch die zusätzliche subturbinale Fensterung verursachte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

#### 6) Nr. 1488, Operation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite

Gegenüber dem alten Operationsstandard bei chronischer Sinusitis nach Nr. 1488 (Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite) wird in der modernen endoskopisch/mikroskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie das Ziel der schleimhautschonenden Funktionswiederherstellung der Nebenhöhle(n) unter Vermeidung größerer knöcherner Destruktionen verfolgt. Sofern für die operative Behandlung mehrerer Nasennebenhöhlen einer Seite jeweils getrennte endonasale Zugangswege gewählt werden, ist der je Nasennebenhöhle durchgeführte Eingriff als selbstständige Leistung berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anerkennung der Berechnung verschiedener Nasennebenhöhlen-Eingriffe nebeneinander ist, dass sich Indikationsstellung zum jeweiligen Eingriff sowie die Art der operativen Vorgehensweise aus dem OP-Bericht ableiten lassen. Die vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen beschlossenen Abrechnungsempfehlungen für die Gebührenpositionen der einzelnen Nasennebenhöhlen-Eingriffe sind dabei jeweils zu beachten:

Bei Durchführung von Eingriffen zur Ausräumung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle müssen die diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen (vgl. Beschlussvorschlag Nr. 3, Nr. 1469 oder Nr. 1470, je Seite max. zweimal berechnungsfähig) beachtet werden. Erfolgt neben der Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung eine Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen, so ist dies mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten (vgl. Beschluss Nr. 4). Fakultativ zusätzliche Fensterungen der einzelnen Nasennebenhöhlen, z. B. das Anlegen eines zusätzlichen subtubinalen Fensters bei endoskopischer Kieferhöhlenoperation, sind nicht als selbstständige Leistungen zusätzlich zu der Gebührenposition für den operativen Eingriff an dieser Nasennebenhöhle berechnungsfähig; der hierdurch erhöhte Aufwand muss durch Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden (vgl. Beschluss Nr. 5).

#### 7) Nr. 1480 nicht neben Eingriffen an der Nasennebenhöhle

Nr. 1480 kann nur als selbstständige Leistung, nicht für die intraoperative Absaugung im Zusammenhang mit operativen Eingriffen an den Nasennebenhöhlen berechnet werden.

#### Tonsillektomie

#### 8) Nrn. 1499/1500

Die Exzision von hyperplastischem Tonsillen-Gewebe aus dem Bereich der Plica triangularis ist mit dem Ansatz der Nrn. 1499/1500 abgegolten.

#### Tympanoplastik/Otosklerose-Operation

#### 9) Nr. 2253 analog neben Nrn. 1610/1613/1614

Wird zum Verschluss eines größeren Trommelfeldefekts oder zur endoprothetischen Versorgung einer defekten Gehörknöchelchenkette ein autologes Transplantat aus Knorpel oder Knochen verwendet, so sind Entnahme und Präparation des körpereigenen Materials durch den analogen Ansatz der Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) abgegolten. Die Nr. 2253 analog für die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes bzw. der Gehörknöchelchenprothese aus autologem Material ist in diesen Fällen einmal neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

#### 10) Nr. 2583 (Neurolyse) ggf. neben Nrn. 1610/1613/1614

Bei fortgeschrittenem Krankheitsprozess ist ggf. die Neurolyse der Chorda tympani oder des Nervus facialis aus wuchernden Epithelformationen erforderlich. In die-

sen Fällen ist Nr. 2583 neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

#### 11) Nr. 2253 analog für die Verwendung von autologen Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623

Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 kann der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach den Nrn. 2380/ 2381/ 2382/2383/2384, anerkannt werden, da es sich bei der Adaption der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation nach Nr. 1623 handelt. Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 ist allenfalls in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehen-

der größerer Trommelfeldefekt vorliegt, der durch aufwendigere Maßnahmen, die in Beschlussvorschlag Nr. 8. a) nach Nr. 2253 bewertet sind, erforderlich ist.

Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist hierfür für die Entnahme des autologen Knorpels sowie die Präparation Nr. 2253 analog einmal neben Nr. 1623 berechnungsfähig.

#### 12) Nr. 1579 nicht neben Nrn. 1610/1613/1614

Nr. 1579 (Chemische Ätzung in der Paukenhöhle) kann in derselben Sitzung nicht neben dem umfassenderen operativen Eingriff der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610/1613/1614 berechnet werden. □

### KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

#### Bekanntmachungen

## Bekanntmachung

### des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zu Überprüfungen gemäß § 135, Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

vom 27. Mai 2004

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet gemäß § 135 Abs. 1 SGB V darüber, ob eine neue Methode ambulant zulasten der GKV verordnet werden darf. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragte Unterausschuss veröffentlicht die neuen Beratungsthemen, die aktuell zur Überprüfung anstehen.

Entsprechend der Festsetzung des Unterausschusses „Ärztliche Behandlung“ vom 27. Mai 2004 wird das bereits veröffentlichte Beratungsthema „Photodynamische Therapie bei pathologischer Myopie“ (BAnz 17. 10. 2002) erweitert um folgende Indikationen beraten:

#### „Photodynamische Therapie (PDT) bei den Indikationen“

- rein okkulte subfoveoläre chorioidale Neovaskularisation (CNV) bei alterabhängiger Makulopathie
- juxtafoveoläre CNV

- sekundäre CNV nach Chorioretinitis unklarer Genese

Mit dieser Veröffentlichung soll den maßgebenden Dachverbänden der Ärzte-Gesellschaften der jeweiligen Therapierichtungen, den Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Darüber hinaus sind auch Stellungnahmen von Spitzenverbänden der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen willkommen.

Stellungnahmen sind anhand eines Fragenkataloges innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach dieser Veröffentlichung möglichst in elektronischer Form einzureichen (pdt@g-ba.de).

Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Geschäftsführung  
Auf dem Seidenberg 3 a  
53721 Siegburg

Siegburg, den 27. Mai 2004

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Der Vorsitzende  
Dr. R. Hess