

– diese Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird, Geschäftsführer mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sind,

– die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte den Ärztinnen und Ärzten zusteht,

– Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind

– und eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin/tätigen Arzt besteht.

Die Ärzte-Gesellschaft tritt neben die in einigen Ärztekammern zulässige Heilkunde-GmbH.

6. § 23b MBO Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

§ 23b MBO entspricht im Wesentlichen der bisher geltenden berufsrechtlichen Regelung. Allerdings ist anders als in der Vergangenheit nicht mehr ein abschließender Katalog der Berufe aufgeführt, mit denen eine medizinische Kooperationsgemeinschaft gebildet werden kann. Vielmehr ist eine Generalklausel aufgenommen worden, damit den Entwicklungen im Bereich der anderen medizinischen Fachberufe Rechnung getragen werden kann. Kooperationsgemeinschaften können insbesondere gegründet werden mit:

- Zahnärztinnen und -ärzten,
 - Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Diplompsychologinnen und -psychologen,
 - Klinischen Chemikerinnen und Chemikern, „Ernährungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern“ und anderen Naturwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern,
 - Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Diplom-Heilpädagoginnen und -pädagogen,
 - Hebammen und Entbindungspflegern,
 - Logopädinnen und Logopäden und Angehörigen gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe,
 - Ergotherapeutinnen und -therapeuten,
 - Angehörigen der Berufe in der Physiotherapie,
 - Medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten,
 - Angehörigen staatlich anerkannter Pflegeberufe,
 - Diätassistentinnen und -assistenten.
- Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind weiterhin ausgenommen. □

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

„Aus der UAW-Datenbank“

Immunthrombozytopenie nach Gabe von Oxaliplatin

Zu den Aufgaben der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gehören die Erfassung, Dokumentation und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW). Die AkdÄ möchte Sie regelmäßig über aktuelle Themen aus der Arbeit ihres UAW-Ausschusses informieren und hofft, Ihnen damit wertvolle Hinweise für den Praxisalltag geben zu können.

Das Zytostatikum Oxaliplatin (Eloxatin[®]) gehört zu einer neuen Klasse von Platinderivaten (3. Generation) und ist zur adjuvanten Behandlung eines Kolonkarzinoms des Stadiums III (Dukes C) nach vollständiger Entfernung des primären Tumors und zur Behandlung des metastasierten kolorektalen Karzinoms, jeweils in Kombination mit 5-Fluorouracil (5-FU) und Folinsäure (FS), zugelassen (1).

Dosislimitierend ist die Neurotoxizität (periphere sensorische Neuropathie), die sich von der Neurotoxizität der anderen Platinderivate (Cisplatin, Carboplatin) deutlich unterscheidet, vor allem durch Dysästhesien und/oder Parästhesien der Extremitäten mit oder ohne Krämpfe charakterisiert ist, und häufig über mehrere Monate anhält.

Weitere, sehr häufige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) sind gastrointestinale Störungen (vorwiegend Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe) und Hämatoxizität (Anämie, Neutro- und Thrombozytopenie) (2). In der Fachinformation wird auch auf gelegentlich (bei Monotherapie) oder häufig (in Kombination mit 5-FU und FS) auftretende allergische Reaktionen sowie seltene Fälle von Immunthrombozytopenie und autoimmunhämolytische Anämie (AIHA) hingewiesen (1).

Im deutschen Spontanmeldesystem (gemeinsame Datenbank von BfArM und AkdÄ, Stand 24. 11. 2005) finden sich 442 Meldungen zu Oxaliplatin, davon betreffen 20 eine Hämolyse (4,5 Prozent) und 24 eine Thrombozytopenie (5,4 Prozent).

In einer aktuellen Meldung wurde der AkdÄ der Verdacht auf eine Immunthrombozytopenie bei einem 64-jährigen männlichen Patienten mit kolorektalem Karzinom berichtet, der mit 5-FU, FS und Oxaliplatin behandelt wurde. Anlässlich der Applikation des siebten Zyklus wurden Fieber (38° C), Schüttelfrost und ein Thrombozytenabfall beobachtet (Angaben zu absoluten Thrombozytenwerten fehlten leider ebenso wie Angaben zu kli-

nischen Blutungszeichen). Nach drei Tagen waren die Thrombozytenwerte wieder spontan angestiegen. Bereits nach dem sechsten Therapiezyklus war es zu einem Thrombozytenabfall innerhalb von Stunden nach Infusion von Oxaliplatin gekommen, wobei sich die Thrombozytenwerte eine Woche später spontan normalisierten. In der UAW-Meldung wird weiterhin über eine Leukozytose und einen positiven Coombs-Test, allerdings ohne Hinweis auf eine AIHA, berichtet.

In den letzten Jahren sind mehrere Kasuistiken über das Auftreten Oxaliplatin-induzierter AIHA, Thrombozytopenien bzw. eines Evans-Syndroms (Kombination von AIHA und Immunthrombozytopenie) veröffentlicht worden (3–9). Auch eine Oxaliplatin-induzierte Panzytopenie wurde beschrieben (10). Es wird vermutet, dass es sich bei der wenige Stunden nach Gabe von Oxaliplatin auftretenden Zytopenie um eine medikamentenabhängige, immunologisch vermittelte Reaktion handelt. Diese Interpretation wird durch den Nachweis eines positiven direkten Coombs-Tests mit IgG-Spezifität unterstützt (3; 5; 10). Es wird beschrieben, dass die Patienten unter oder unmittelbar nach Infusion von Oxaliplatin über Unwohlsein, Kältegefühl und Schüttelfrost berichten, zum Teil auch über Fieber und Zeichen der hämorrhagischen Diathese (Petechien, Schleimhautblutungen). Die Gabe von Kortikosteroiden als Prämedikation zeigte bei einer Patientin mit plötzlich aufgetretener schwerer Thrombozytopenie keine Wirkung (8).

Das Risiko immunologisch vermittelter Zytopenien, die häufig erst nach mehreren Therapiezyklen mit Oxaliplatin auftreten, sollte bei Patienten, die Oxaliplatin erhalten, immer beachtet werden.

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 aus der AkdÄ-Internetpräsenz www.akdae.de abrufen.

Literatur

1. Sanofi-Synthelabo GmbH: Fachinformation Eloxatin[®]. September 2004.
2. Cassidy J, Misset JL: Oxaliplatin-related side effects: characteristics and management. *Semin Oncol* 2002; 29: 11–20.
3. Chen VM, Thrift KM, Morel-Kopp MC, Jackson D, Ward CM, Flower RL: An immediate hemolytic reaction induced by repeated administration of oxaliplatin. *Transfusion* 2004; 44: 838–43.

4. Desrame J, Broustet H, Darodes de TAILLY P, Girard D, Saisy JM: Oxaliplatin-induced haemolytic anaemia. *Lancet* 1999; 354: 1179–80.
5. Earle CC, Chen WY, Ryan DP, Mayer RJ: Oxaliplatin-induced Evan's syndrome. *Br J Cancer* 2001; 84: 441.
6. Sorbye H, Bruserud O, Dahl O: Oxaliplatin-induced haematological emergency with an immediate severe thrombocytopenia and haemolysis. *Acta Oncol* 2001; 40: 882–3.
7. Hofheinz RD, Nguyen XD, Buchheidt D, Kerowgan M, Hehlmann R, Hochhaus A: Two potential mechanisms of oxaliplatin-induced haemolytic anaemia in a single patient. *Cancer Chemother Pharmacol* 2004; 53: 276–7.
8. Dold FG, Mitchell EP: Sudden-onset thrombocytopenia with oxaliplatin. *Ann Intern Med* 2003; 139: 156–7.
9. Garufi C, Vaglio S, Brienza S et al.: Immuno-hemolytic anemia following oxaliplatin administration. *Ann Oncol* 2000; 11: 497.
10. Taleghani BM, Fontana S, Meyer O et al.: Oxaliplatin-induced immune pancytopenia. *Transfusion* 2005; 45: 704–8.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Telefon: 0 30/40 04 56-5 00, Fax: 0 30/40 04 56-5 55, E-Mail: info@akdae.de, Internet: www.akdae.de □

Neue Leitlinien in der Wiederbelebung

Ende November beziehungsweise Dezember 2005 haben ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), AHA (American Heart Association) und der ERC (European Resuscitation Council) nach mehrjähriger Erarbeitung einen neuen wissenschaftlichen Konsens und daraus abgeleitete Leitlinien zur kardiopulmonalen Wiederbelebung veröffentlicht, die nun in Deutschland wie auch in anderen europäischen Staaten an die nationalen Verhältnisse angepasst werden müssen.

Seit Anfang März liegt ausschließlich eine reine Übersetzung der ERC-Leitlinien ins Deutsche vor. Die Bundesärztekammer prüft derzeit mit einer wissenschaftlichen Arbeitsgruppe die internationalen Empfehlungen und passt diese, wo geboten, an nationale Verhältnisse an. Es ist vorgesehen, dass innerhalb von ein bis zwei Monaten zunächst „Eckpunkte“ zu den Reanimationsempfehlungen verabschiedet und veröffentlicht werden. Anschließend wird die Bundesärztekammer einen nationalen Konsens herbeiführen.

Wann die neuen deutschen Empfehlungen zur kardiopulmonalen Wiederbelebung in der 4. und überarbeiteten Auflage des Buches „Reanimation – Empfehlungen für die Wiederbelebung“ veröffentlicht werden können, ist derzeit nicht absehbar und hängt nicht unwesentlich von der Dauer des Konsensusprozesses ab. Es ist zu hoffen, dass dieser nicht wieder Jahre in Anspruch nimmt.

Die Bundesärztekammer empfiehlt in der derzeitigen Überarbeitungsphase und bis zur Veröffentlichung der „Eckpunkte“ allen die Beibehaltung des bisherigen und bundesweit konsentierten und einheitlichen Vorgehens bei der Wiederbelebung, wie in der 3. Auflage des Buches „Reanimation – Empfehlungen zur Wiederbelebung“ veröffentlicht. □

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Ergänzung der Bundesempfehlung

gemäß § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Erst- und Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege

Die oben genannte Bundesempfehlung wurde um einen Abschnitt ergänzt, in dem die Bereinigung der budgetierten beziehungsweise pauschalierten Gesamtvergütung empfohlen wird.

Voraussetzung einer evtl. Bereinigung sind bereits vor Inkraftsetzen der Vereinbarung bestehende Verträge,

nach denen die spezifischen Leistungen nach der Nr. 27 (EBM 96) verordnet wurden.

Maßgeblich für die Bereinigung ist die Vergütung des zweiten Halbjahres 2004 und des ersten Halbjahres 2005 der Leistung nach der Nr. 27 (EBM 96) bzw. 01420 (EBM). □

Bekanntmachungen

Bundesempfehlung

gemäß § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Finanzierung der Einführung der Erst- und Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege im Rahmen der Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

zum 1. Juli 2005

Der AOK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bonn; der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Essen; der IKK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bergisch Gladbach; der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Kassel; die Bundesknappschaft, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bochum; die See-Krankenkasse, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Hamburg; der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg – einerseits – und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Berlin, – andererseits – geben im Zusammenhang mit der Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V zum 1. Juli 2005 die folgende Empfehlung zur Finanzierung der Erst- und Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ab.

(1) Die Partner dieser Bundesempfehlung haben sich über die Grundsätze zur Finanzierung der Aufnahme der Erst-

und Folgeverordnung im Rahmen der Änderung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Juli 2005 wie folgt verständigt:

Mit der Einführung der Erst- und Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in den EBM wird eine neue Leistung in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen, die nicht zu Einsparungen bei anderen Leistungen (Substitution) führt.

(2) Die Partner dieser Bundesempfehlung stellen fest, dass der finanzielle Mehrbedarf durch die Aufnahme der Erst- und Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in den EBM durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen nicht finanziert werden kann.

(3) Die Partner dieser Bundesempfehlung empfehlen, für die Vergütung der Erst- und Folgeverordnung von Behand-