

chenen Festlegungen des Öffnens der Infibulation und der Wundversorgung nach der Geburt. Es darf kein Genitalverschluss in der Form vorgenommen werden, dass medizinische Probleme, wie rezidivierende Blaseninfektionen, Stau des Menstruationsblutes oder Schwierigkeiten beim Sexualverkehr, zu erwarten sind.

### 7) Rechtliche und ethische Beurteilung der Wundversorgung

Rechtlich ist zwischen den verschiedenen Formen der (primären) Genitalverstümmelung und der Wundversorgung zu unterscheiden. Während das Erste eine schwere Körperverletzung darstellt, ist das Zweite eine medizinisch notwendige Maßnahme. Die Wundversorgung nach der Entbindung hat zum Ziel, die geöffneten Narben sowie den Dammriss oder den Dammschnitt zu versorgen.

Wie jede andere Heilbehandlung ist diese nur mit Einwilligung der Patientin nach erfolgter Aufklärung zulässig. Der Aufklärung und Information kommen bei der Behandlung der betroffenen Frauen besondere Bedeutung zu. Das Aufklärungsgespräch hat neben der verständlichen Darstellung der medizinischen Behandlung in angemessener Weise die besondere Situation der Frau zu berücksichtigen.

Verlangen Frauen mit Infibulation nach erfolgter Aufklärung die Wiederherstellung des körperlichen Zustandes wie vor der Geburt, muss der Arzt die Behandlung dann ablehnen, wenn diese erkennbar zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Frau führen würde, da dies ebenso wie eine Infibulation eine gefährliche Körperverletzung darstellt.

Der Arzt ist verpflichtet, die bestehenden Wunden so zu versorgen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung der Frau entsteht. Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens der Frau.

### 8) Psychosoziale Beratung von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung

Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung stellen eine relativ kleine Gruppe der Wohnbevölkerung in Deutschland dar. Die vorhandenen Beratungsstellen im psychosozialen Bereich haben wenig Ausbildung sowie Erfahrung mit den besonderen Problemen von Frauen mit weiblicher Genitalverstümmelung. Insbesondere in den Großstädten sollten daher entweder vorhandene Beratungsstellen (z. B. Migrantinnenberatung) für dieses Konfliktfeld ausgebildet werden oder neue Beratungsstellen, die sich auch dieser besonderen Problematik widmen, ein-

gerichtet werden. Hierzu bedarf es eines Rahmens, der sowohl die staatlichen Beratungsstellen als auch die freigemeinnützigen Beratungsstellen einbezieht.

### 9) Prävention für die neugeborenen Töchter

Entsprechend ihrem kulturellem Hintergrund haben die werdenden Mütter mitunter den Wunsch, eine Beschneidung auch bei ihren neugeborenen Töchtern zu veranlassen. Dies ist in jedem Fall zu vermeiden.

In der Beratung der Mütter sollen die medizinischen, psychischen und sozialen Folgen einer Beschneidung besprochen werden. Es bieten sich andere Riten der Aufnahme in die kulturelle Gemeinschaft an, sodass der Druck aufgrund des kulturellen Hintergrundes von diesen Frauen genommen werden kann. Die Entbindung in der Klinik kann die einzige Gelegenheit zur diesbezüglich rechtzeitigen oder präventiven Beratung sein. Sie ist deshalb im Interesse der neugeborenen Mädchen in jedem Fall zu nutzen.

### 10) Ausblick

Eine Beseitigung der Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung wird in er-

ster Linie nur durch politische und soziale Maßnahmen in den Herkunftsländern möglich sein.

Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte und der psychosozialen Beratungsstellen in Deutschland ist es, den betroffenen Frauen eine Betreuung zu ermöglichen, die den kulturellen Hintergrund respektiert, einfühlsam reagiert und eine individuelle Lösung des Konflikts sucht.

Mitgliederverzeichnis des Arbeitskreises:

**Prof. Dr. med. Eggert Beleites**  
Präsident der Landesärztekammer Thüringen

**Dr. med. Astrid Bühnen**  
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer

**Dr. med. Cornelia Goesmann** (federführend)  
Vizepräsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

**Prof. Dr. med. Heribert Kentenich**  
Chefarzt der DRK-Frauenklinik, Berlin

**Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Mechthild Neises**  
Medizinische Hochschule Hannover  
Psychosomatische Gynäkologie

Geschäftsführung:

**RAin Ulrike Wollersheim**  
Justiziarin der gemeinsamen Rechtsabteilung von KBV und Bundesärztekammer

## Mitteilungen

### Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

## „UAW-News – International“

### Leberversagen durch Quetiapin (Seroquel®)

Zu den Aufgaben der AkdÄ gehören die Erfassung, Dokumentation und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW). 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.

Quetiapin (Seroquel®) gehört zu den atypischen Neuroleptika und ist zugelassen zur Behandlung der Schizophrenie und von mäßigen bis schweren manischen Episoden. Es konnte nicht gezeigt werden, dass Seroquel das Wiederauftreten manischer oder depressiver Episoden verhindert (Rote Liste 2005). Die Verordnungshäufigkeit innerhalb der GKV lag 2004 bei 9,3 Mio. DDD, mit einer Steigerung um 44 Prozent gegenüber dem Vorjahr (1).

Es wird jetzt über eine 58-jährige Patientin berichtet (2), die wegen einer bipolaren Erkrankung mit Quetiapin und Li-

thium behandelt wurde. Einen Monat nach Beginn der Behandlung mit Quetiapin (100 mg/Tag) zeigten sich erhöhte Leberenzyme.

Die Patientin litt weiterhin unter Diabetes mellitus, Hypertonie und Hypothyreose. Sie erhielt deshalb Metformin, Ramipril und eine Schilddrüsenhormon-Ersatztherapie. Die Leberenzyme waren vor Beginn der Therapie mit Quetiapin normal. Nunmehr fanden sich deutlich erhöhte Werte: GPT (ALAT) 1245 U/l (normal: 4–10 U/l), GOT (ASAT) 982 U/l (normal: 5–10 U/l), alkalische Phosphatase 265 U/l (normal: 30–120 U/l) und ein Gesamt-Bilirubin von 17,4 mg/dl. Eine Hepatitis konnte ausgeschlossen werden. Der klinische Verlauf war gekennzeichnet durch eine allgemeine Verschlechterung des Zustandes, und es kam zu einer Enzephalopathie. Die Patientin musste intensiv medizinisch behandelt werden und verstarb im weiteren Verlauf an den

## Bekanntmachungen

## Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V  
zur Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V  
vom 20. Dezember 2005

Folgen einer Staphylokokkensepsis. Den Kausalzusammenhang begründen die Autoren mit der engen zeitlichen Koinzidenz zwischen Anstieg der Leberenzyme und Beginn der Quetiapin-Behandlung bei zuvor normalen Leberwerten sowie dem Ausschluss anderer Ursachen. Sie gehen von einer Idiosynkrasie aus.

Im deutschen Spontanmeldesystem (gemeinsame Datenbank von BfArM und AkdÄ; Stand: 25. 11. 2005) sind 431 Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) im Zusammenhang mit Quetiapin erfasst. Davon betreffen zehn Meldungen (2,3 Prozent) Störungen des Leber-Galle-Systems. Berichtet wurde vornehmlich über Leberenzym erhöhungen und allgemeine Leberfunktionsstörungen. Ein akutes Leberversagen wurde bislang nicht gemeldet.

In der Fachinformation zu Seroquel® wird auf häufige Erhöhung der Serumtransaminasen (GOT, GPT) sowie den gelegentlichen Anstieg der Gamma-GT als unerwünschte Wirkungen hingewiesen. Selten träten ein Ikterus und sehr selten eine Hepatitis auf (3).

Wie andere atypische Neuroleptika wird auch Quetiapin versuchsweise als Stimmungsstabilisator als Alternative zu oder in Kombination mit Lithiumsalzen bei Patienten mit einer manisch-depressiven Erkrankung eingesetzt. Ob die Kombination im vorliegenden Fall rational begründet war, kann von uns aus nicht entschieden werden.

Die AkdÄ empfiehlt eine erhöhte Aufmerksamkeit bei der Verordnung von Quetiapin. Da der Wirkstoff extensiv in der Leber metabolisiert wird, ist bei Patienten mit bekannten Leberfunktionsstörungen oder vorgeschädigter Leber Vorsicht geboten. Insbesondere sollten notwendige Dosisanpassungen bedacht und Leberwertkontrollen durchgeführt 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](http://www.akdae.de) abrufen.

## Literatur

- Schwabe U, Paffrath P (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2004. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York 2005.
- El Hajj IE, Sharara AI, Rockey DC: Subfulminant liver failure associated with quetiapine. Eur J Gastroenterol Hepatol 2004; 16: 1415–1418.
- Fachinformation Seroquel® Filmtabletten, September 2004.

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](mailto:info@akdae.de), Internet: [www.akdae.de](http://www.akdae.de) □

Der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 Abs. 7 SGB V hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2005 die Anpassung der Anlage 1 der Mindestmengenvereinbarung beschlossen.

Der Beschluss tritt am 1. 1. 2006 in Kraft.

Siegburg, den 20. 12. 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 Abs. 7 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Dr. Polonius

## Anlage 1

(gültig ab 1. Januar 2006)

Katalog der Prozeduren und  
Leistungen in der OPS Version 2006  
inkl. spezieller ein- oder  
ausgrenzender Kriterien

1. Lebertransplantation (inkl. Teilleber-Lebendspende) – jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 20

Leberteillesektion und Hepatektomie (zur Transplantation)

5-503.0 Hepatektomie, postmortal

**Hinw.:** Dieser Kode ist auch zu verwenden, wenn die Leistung nicht abschließend erbracht wird oder sich erst intraoperativ die Nichtverwendbarkeit des Organs für eine spätere Transplantation herausstellt.

Dieser Kode und der im Fall eines vorzeitigen Abbruchs dieses Eingriffes zusätzlich zu kodierende Zusatzkode 5-995 werden nicht im Rahmen des Datensatzes nach § 301 SGB V bzw. § 21 KHEntG übermittelt.

Die Aufrechterhaltung der Homöostase für die postmortale Organspende ist im Kode enthalten.

Auf Anfrage sind den zuständigen Krankenkassen von den Krankenhäusern entsprechende Nachweise (u. a. DSO) über die Menge der erbrachten Leistung darzulegen.

5-503.1 Entfernung einer Transplantatleber als selbstständiger Eingriff

**Exkl.:** Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)

5-503.2 Entfernung einer Eigenleber als selbstständiger Eingriff

**Exkl.:** Hepatektomie im Rahmen einer Transplantation (5-504.0)

5-503.3 Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3], zur Lebend-Organ spende

5-503.4 Hemihepatektomie links [Resektion der Segmente (1), 2, 3, 4a und 4b] zur Lebend-Organ spende

5-503.5 Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organ spende

5-503.6 Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organ spende

5-503.x Sonstige

5-503.y N. n. bez.

## Lebertransplantation

**Hinw.:** Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben.

5-504.0 Komplet (gesamtes Organ)

**Inkl.:** Simultane Hepatektomie

5-504.1 Partiiell (Split-Leber)

5-504.2 Auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum eigenen Organ)

5-504.3 Retransplantation, komplett (gesamtes Organ) während desselben stationären Aufenthalts

**Inkl.:** Simultane Hepatektomie

5-504.4 Retransplantation, partiell (Split-Leber) während desselben stationären Aufenthalts

5-504.5 Retransplantation, auxiliär (linker Leberlappen zusätzlich zum vorhandenen Organ) während desselben stationären Aufenthalts

5-504.x Sonstige

5-504.y N. n. bez.

2. Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) – jährliche Mindestmenge pro Krankenhaus: 25

## Nierentransplantation

**Hinw.:** Bei AB0-nichtkompatibler Transplantation ist der Kode 5-930.21 zusätzlich anzugeben.

5-555.0 Allogen, Lebendspender

5-555.1 Allogen, Leichenniere

5-555.2 Syngen

5-555.3 Autotransplantation