

Bekanntmachungen

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 25. 11. 2005 folgende Empfehlung beschlossen:

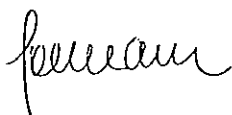
Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation)

Vorwort

Die Beschneidung von Mädchen und Frauen, insbesondere die so genannte „Infibulation“, stößt weltweit auf Ablehnung und Verurteilung. Die Deutsche Ärzteschaft hat ebenfalls in dieser Weise nachdrücklich Stellung bezogen. Die Tradition einiger afrikanischer Kulturen kann nicht nur historisch, politisch und ethisch-moralisch bewertet werden; sondern den betroffenen Frauen ist entsprechend ihrem Leidensdruck und ihrem Beschwerdebild zu helfen, und zwar sozial, psychologisch und medizinisch kompetent. Insbesondere bei gynäkologischen und geburtshilflichen Behandlungen müs-

sen sowohl die anatomischen Besonderheiten nach Beschneidung wie auch die Wünsche der Patientinnen bei Geburt, Operation sowie Wundversorgung funktional, medizinisch und psychologisch berücksichtigt werden. Dies muss in Übereinstimmung mit den berufsrechtlichen Pflichten von Ärztinnen und Ärzten erfolgen. Alle Gesichtspunkte sind erforderlich, um zu einem befriedigenden Behandlungsergebnis zu kommen.

Hierzu dienen die folgenden Empfehlungen der Bundesärztekammer an behandelnde Ärztinnen und Ärzte, die von einer Gruppe sachverständiger Juristen, Ärztinnen und Ärzte erarbeitet wurde.



Dr. med. Cornelia Goesmann
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer



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

1) Hintergrund und Definition

Die weibliche Genitalverstümmelung (female genital mutilation) ist vor allem in Teilen Afrikas sehr verbreitet. Sie wird meist bei Säuglingen, Kleinkindern oder jungen Mädchen durchgeführt und ist eine verstümmelnde Operation mit vielfältigen medizinischen, psychischen und sozialen Folgen.*

Gemäß der Klassifikation der WHO werden vier Formen der Genitalverstümmelung unterschieden:

- Typ I: „Sunna“: Exzision der Vornhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris,
- Typ II: „Exzision“: Entfernung der Klitoris mit partieller oder totaler Entfernung der kleinen Labien,
- Typ III: „Infibulation“: Entfernung der ganzen oder eines Teiles der äußeren Genitalien und Zunähen des Orificium vaginae bis auf eine minimale Öffnung,

*Vgl. Schweizerische Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte, Hebammen und Pflegefachkräfte: „Patientinnen mit genitaler Beschneidung“, <http://www.sggg.ch/>, www.iamaneh.ch/, die ausführlich medizinische, psychologische und soziale Implikationen beschreiben. Die Empfehlungen dienen vorliegend als Arbeitsgrundlage.

- Typ IV: diverse, nicht klassifizierbare Praktiken: beispielsweise Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriss der Klitoris. Ärztinnen und Ärzte werden zumeist mit der Infibulation konfrontiert.

2) Rechtliche und ethische Bewertungen

Wenngleich die weibliche Genitalverstümmelung, die meist nicht von Ärzten durchgeführt wird, in den betreffenden Ländern sozial akzeptiert ist, müssen dieser Eingriff und die ärztliche Beteiligung daran abgelehnt werden.

In Deutschland ist dieser Eingriff als Körperverletzung (§ 223 StGB), gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB), u. U. schwere Körperverletzung (§ 226 StGB) sowie Misshandlung von Schutzbefohlenen (§ 225 StGB) strafbewehrt. Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin ausgeführt wird (vgl. BT-Drucksache 13/8281 vom 23. 7. 1997).

Die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte hält in der Generalpflichtenklausel des § 2 Abs. 2 fest: „Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung ent-

gegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.“ Außerdem bestimmt § 2 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.“

Entsprechend hat der 99. Deutsche Ärztetag 1996 in Köln folgende Entschließung zur rituellen Verstümmelung weiblicher Genitalien verabschiedet:

„Der 99. Deutsche Ärztetag verurteilt die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung jeglicher Form von Beschneidung weiblicher Genitalien und weist darauf hin, dass entsprechend der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte derartige Praktiken berufsrechtlich zu ahnden sind. In anderen europäischen Staaten (z. B. Norwegen, Dänemark, Frankreich) ist die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien bereits gesetzlich unter Strafe gestellt.“

Dies bekräftigte der 100. Deutsche Ärztetag 1997: „Gemäß der Generalpflichten-

klausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte ist die Vornahme derartiger Praktiken berufsrechtswidrig. Durch die genitalen Verstümmelungen werden Mädchen und Frauen fundamentale Menschenrechte, wie das Recht auf Leben und Entwicklung sowie das Recht auf physische und psychische Integrität, verweigert.“

3) Folgen der weiblichen Genitalverstümmelungen

Als Folgen der weiblichen Genitalverstümmelungen sind akute und chronische Komplikationen zu benennen:

a) Akute Komplikationen

- Psychisches Akut-Trauma
- Infektion
 - Lokalinfektion
 - Abszessbildung
 - Allgemeininfektion
 - Septischer Schock
 - HIV-Infektion
 - Tetanus
 - Gangrän
- Probleme beim Wasserlassen
 - Urinretention
 - Ödem der Urethra
 - Dysurie
- Verletzung
 - Verletzung benachbarter Organe
 - Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus)
- Blutung
 - Hämorrhagie
 - Schock
 - Anämie
 - Tod

b) Chronische somatische Komplikationen

- Sexualität/Menstruation
 - Dyspareunie/Apareunie
 - Vaginalstenose
 - Infertilität/Sterilität
 - Dysmenorrhoe
 - Menorrhagie
 - Chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis
- Probleme beim Wasserlassen
 - Rezidivierende Harnwegsinfektion
 - Prolongiertes Wasserlassen
 - Inkontinenz
 - Vaginalkristalle
- Komplikationen des Narbengewebes
 - Abszessbildung
 - Keloidbildung/Dermoidzysten/Neurinome
 - Hämatokolpos
- Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt
 - Vaginaluntersuchung erschwert
 - Katheterapplikation nicht möglich
 - Messung des fetalen Skalp-ph unmöglich

- Austreibungsphase verlängert
- Perinealrisse
- Postpartale Hämorrhagie
- Perineale Wundinfektion
- Vesico-/rektovaginale Fistelbildung
- Perinatale Mortalität erhöht

c) Psychische und soziale Folgen

Die Genitalverstümmelung hinterlässt meist ein schwerwiegendes unauslöschbares körperliches und seelisches Trauma. Der gesamte Vorgang kann sich tief in das Unterbewusstsein des Mädchens eingraben und die Ursache für Verhaltensstörungen darstellen. Eine weitere schwerwiegende Folge ist der Vertrauensverlust des Mädchens in seine Bezugspersonen. Langfristig können daher diese Frauen unter dem Gefühl des Unvollständigseins, unter Angst, Depressionen, chronischer Reizbarkeit, Frigidität und Partnerschaftskonflikten leiden. Viele durch die Genitalverstümmelung traumatisierte Frauen haben keine Möglichkeiten, ihre Gefühle und Ängste auszudrücken und leiden im Stillen.

4) Betreuung der Frauen

Patientinnen mit genitaler Beschneidung, insbesondere Infibulation, bedürfen der besonderen ärztlichen und psychosozialen Betreuung und Beratung, vor allem was die körperlichen Folgen (Genitalinfektion, Blaseninfektion, Fragen der Sterilität) sowie Sexualprobleme (Unmöglichkeit der Kohabitation, Dyspareunie) angeht.

In einer Stellungnahme zur weiblichen Genitalverstümmelung hat sich die Arbeitsgemeinschaft „Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit“ (FIDE) für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie geäußert. Unter Einbeziehung dieser Stellungnahme lassen sich für Arzt-Patienten-Kontakte folgende Empfehlungen geben:

- Einfühlsame Anamnese, eventuell mit Dolmetscherin (im Einzelgespräch und/oder mit der Familie). Es sollte den Frauen gegenüber der Terminus „Beschneidung“ verwendet werden.
- Einfühlsame Befunderhebung und Untersuchung.
- Infektionen indiziert behandeln.
- Blut- und Urinabflussbehinderungen beheben.
- Je nach Beschneidungsgrad die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr (Kohabitationsfähigkeit) herstellen durch Öffnung des Scheidenausgangs unter Anästhesie (s. Punkt 5).
- Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizi-

nisch indiziert sein, insbesondere wenn Vaginal- und Blaseninfektion während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Wegen einer möglichen Traumatisierung soll eine geeignete Anästhesieform gewählt werden, um Erinnerungen an die Beschneidung zu vermeiden.

- Unter der Geburt soll durch Öffnung der Infibulation, durch kontrollierten Dammriss oder Episiotomie eine normale Geburt ermöglicht werden (s. Punkt 6).

5) Öffnung der Infibulation (Defibulation)

Eine Öffnung der Infibulation kann insbesondere bei entsprechenden Beschwerden (rezidivierenden Harnwegsinfektionen, Menstruationsstörungen), bei Sterilität im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit zum Geschlechtsverkehr und bei Sexualstörungen (insbesondere Dyspareunie) medizinisch indiziert sein. Im Einzelnen ist dies indiziert bei:

- Wunsch der Patientin
- Schwierigkeiten beim Wasserlassen
- erschwertem Geschlechtsverkehr
- Keloidbildung des Narbengewebes
- schwerer Dysmenorrhoe
- rezidivierenden Infektionen
- Einschlusszysten
- Geburt.

Hierzu ist vor dem Eingriff eine besondere Beratung notwendig, die die medizinischen Aspekte, aber auch den kulturellen Hintergrund anspricht. Der Eingriff muss unter Anästhesie durchgeführt werden, um eine Erinnerung an ein mögliches Trauma zu vermeiden.

6) Öffnen der Infibulation vor oder unter der Geburt und anschließende Wundversorgung

In der Schwangerschaft soll durch den Geburtshelfer eingeschätzt werden, inwieweit die Beschneidung ein Geburtshindernis darstellen kann. Bereits zu diesem Zeitpunkt soll eine eventuell unter der Geburt notwendige Öffnung der Beschneidung (Defibulation) erörtert werden, wobei die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte sowohl der Öffnung als auch der Wundversorgung nach der Geburt besprochen werden müssen. Ziel dieses Gespräches soll es sein, dass bei der Wundversorgung nach der Entbindung der Scheidenausgang so wieder hergestellt wird, dass es nicht zu möglichen Problemen wie unter Punkt 5 beschrieben kommen kann.

Um nicht zweimal einen operativen Eingriff durchzuführen, soll die Defibulation möglichst nur unter der Geburt durchgeführt werden.

Die Wundversorgung nach der Entbindung basiert auf den mit der Patientin während der Schwangerschaft bespro-

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 Bühren
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