

Vermeidung der Doppeleinlage eines Intrauterinpressars

Unterlässt ein Arzt vor der Einlage eines Intrauterinpressars (IUP) eine vaginalsonographische Untersuchung zum Ausschluss eines bereits liegenden IUPs, begeht er einen Befunderhebungsfehler. Eine generelle Haftung lässt sich daraus aber jedenfalls dann nicht ableiten, wenn entzündliche Komplikationen nicht als typische Folge der Zweiteinlage eines IUP in Unkenntnis eines noch liegenden IUP zu bewerten sind.

von Jörg Baltzer, Lutwin Beck und Lothar Jaeger

Die Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein hat sich bereits mehrfach mit dem Problem der Einlage eines zweiten Intrauterinpressars (IUP) bei noch liegendem, nicht bekanntem IUP und den sich hieraus ergebenden Folgen beschäftigt. Anhand zweier exemplarisch aufgeführter Kasuistiken wird nachfolgend dargelegt, wie sich ein möglicher Behandlungsfehlerwurf vermeiden lassen kann.

Fall 1

27-jährige Patientin, keine Auffälligkeiten in der Vorgeschichte bzw. Risikofaktoren bekannt. Einlage eines Intrauterinpressars (IUP) mit anschließender Ultraschallkontrolle, die den korrekten Sitz bestätigt (2005). Verdacht auf Endometritis bei liegendem IUP (2007). Wegen zunehmender Beschwerden stationäre Aufnahme (2007) unter der Diagnose Adnexitis bei liegendem Pessar. Therapie: Entfernung von zwei IUPs, fraktionierte Abrasio und Laparoskopie mit Abstrichentnahme und Fortsetzung antibiotischer Behandlung.

Fall 2

25-jährige Patientin, wegen inkompletter Fehlgeburt bei disloziertem IUP stationäre Behandlung mit Pessarentfernung und Kürettage (2002). Erneute Einlage eines IUP

mit anschließend überprüfem korrekten Sitz (2003). IUP-Wechsel 2006 ebenfalls mit sonographischer Überprüfung auf korrekten Sitz. Stationäre Behandlung in chirurgischer Abteilung wegen Appendizitis. Es erfolgte die Appendektomie. Bei Fortbestehen der Beschwerden erneute stationäre Aufnahme (gynäkologische Abteilung). Dort IUP-Entfernung und antibiotische Behandlung. Trotz dieser Maßnahmen keine Beschwerdebesserung, deshalb diagnostische Laparoskopie mit Spaltung eines Tuboovarialabszesses und Ovarialzystenentfernung. Fraktionierte Kürettage und Entfernung eines weiteren IUP; Fortsetzung der antibiotischen Therapie.

In beiden Fällen hatte sich die Patientin mit dem Vorwurf einer fehlerhaften Behandlung an die Gutachterkommission gewandt und um gutachterliche Überprüfung gebeten.

Bewertung

Diese gelangte in beiden Fällen zu der Bewertung, dass die aufgetretenen entzündlichen Komplikationen zwar in Zusammenhang mit der intrauterinen Kontrazeption stehen, weil die Aszension als typische Komplikation dieser kontrazeptiven Maßnahme zu bewerten ist. Die Einlage eines zweiten Pessars bei noch liegendem IUP konnte dennoch nicht als auslösende Ursache für die aufgetretenen Komplikationen angesehen werden.

Den behandelnden Ärzten war ein Behandlungsfehler vorzuwerfen, weil in beiden Fällen vor dem Wechsel des IUP keine vaginalsonographische Untersuchung zum Ausschluss eines möglicherweise noch liegenden IUPs vorgenommen wurde. Das Unterlassen dieser Untersuchung stellt einen Befunderhebungsfehler dar, der die Frage auslöst, welches Ergebnis eine entsprechende Untersuchung ergeben hätte. Wäre vor der Einlage des IUPs eine vaginalsonographische Untersuchung erfolgt, wäre das liegende IUP entdeckt und entfernt worden.

Der Befunderhebungsfehler war den belasteten Ärzten ebenso vorzuwerfen wie die Tatsache, dass sie bei der Kontrolle der

(korrekten) Lage des neuen IUP das in utero belassene IUP nicht gesehen haben.

Diese Behandlungsfehler, die nicht als schwerwiegend anzusehen waren, führten jedoch nicht zu einer Haftung der belasteten Ärzte, weil die entzündlichen Komplikationen im Gefolge der intrauterinen Kontrazeption auftraten und nicht als typische Folge der Zweiteinlage eines IUP in Unkenntnis eines noch liegenden Pessars zu bewerten waren. Die Behandlungsfehler haben also in beiden Fällen nicht zu einem Schaden geführt.

Zur Vermeidung eines derartigen – jeden Arzt belastenden – Behandlungsfehlerwurfs dienen die folgenden Ausführungen:

Schon im Übersichtsbeitrag zum Thema „Intrauterine Kontrazeption – Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“ (Wagner, 1998) wurde festgestellt, dass die Einlage eines Intrauterinpressars eine sichere Kontrazeptionsmethode mit geringem Morbiditätsrisiko darstellt. Prinzipiell werden die inertesten Kunststoffpessare ohne Zusatz von den Spiralen mit Kupferwicklung bzw. Gestagenzusatz unterschieden, wobei die beiden letztgenannten Spiralen die größte Verbreitung gefunden haben. Entsprechend den Auswahlkriterien der Empfehlungen des Arbeitskreises „Intrauterinpressar“ muss das Pessar in Form und Größe dem Cavum uteri angepasst sein, entsprechend der vaginalsonographischen Messung. Voraussetzung für die Einlage eines IUP ist, dass anamnestisch keine chronisch rezidivierenden Entzündungen bekannt sind. Bei der Auswahl des IUP-Typs ist zu berücksichtigen, dass IUPs mit Gestagenzusatz bei Neigung zu Hypermenorrhoe und Dysmenorrhoe der Vorzug gegenüber der Kupferspirale zu geben ist. Als Kontraindikation gelten ausgeprägte Form- oder Lageanomalien des Uterus, akute oder chronische Infektionen, eine aktuell durchgeführte Antikoagulationstherapie sowie – bei Einlage eines Kupfer-IUP – eine bekannte Kupferallergie (Graf, 2004).

Als typische unerwünschte Nebenwirkung eines Pessars werden Schmerzen, Blutungsstörungen und Genitalinfektionen beschrieben. Bei IUP-Anwendung ist

mit einem 3–4-fach höheren Risiko einer aufsteigenden Genitalinfektion zu rechnen (*de Bruyne u. Somville, 2002*). Auf dieses mögliche Risiko geht auch die Empfehlung zur Kontrazeption bei Frauen mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes mellitus ein (*Leitlinie DGGG, 2004*). Unter dem Aspekt des erhöhten Infektionsrisikos wurde bei Diabetikerinnen über lange Zeit von der Einlage eines Pessars Abstand genommen. Die hohe Rate an Infektionen wurde vornehmlich bei wirkstofffreien IUP registriert. Heute gebräuchliche Pessare führen in einem weit geringeren Ausmaß zur Infektion. In der genannten Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass auch bei Patientinnen mit erhöhtem Infektionsrisiko, zum Beispiel Diabetikerinnen, keine Kontraindikation gegen die Einlage eines Intrauterin-pessars besteht, nach 4 Monaten ist das Infektionsrisiko gleich dem Risiko von Diabetikerinnen ohne Intrauterin-pessar.

Auffallend ist, dass bei Frauen mit Kupfer-IUP schwerere Infektionen zu beobachten sind als bei Einlage eines Hormon-pessars (*Leitlinie DGGG, 2004, Weiss u. Wagner, 2003*). Als mögliche Erklärung wird von den Autoren angegeben, dass die Kupferionen entgegen früherer Annahme nicht bakterizid sind und der durch Levonorgestrel verdickte Zervixschleim die Aszension von Keimen erschwert.

In den Empfehlungen zur Einlage des IUP wird festgelegt, dass die Einlage und Entfernung eines IUP während der Menstruation erfolgen sollte. Für die Einlage ist ein zweizeitiges Vorgehen zu empfehlen (*Feige et al., 2006; Hössli et al., 2003; Diedrich, 2006, Gätje et al., 2006*). Von den Autoren wird als Vorteil der vaginalsonographischen Untersuchung vor der Einlage eines IUP erläutert, dass mögliche Kontraindikationen gegen eine IUP-Einlage bereits im Vorfeld erfasst werden können. Komplikationen wie Dislokation, Perforation und Expulsion treten seltener auf, wenn zuvor Uterusanomalien oder ein Uterus myomatosus ausgeschlossen worden sind und wenn die Uteruslage bestimmt werden konnte. Anlässlich der sonographischen Kontrolle vor Einlage eines IUP lässt sich auch ein noch liegendes Pessar identifizieren, das der Patientin selber nicht mehr bewusst ist.

Im ersten der dargestellten Begutachtungsfälle bestanden erhebliche sprachliche Kommunikationsprobleme. Anamnestisch war eine vorausgegangene IUP-Einlage nicht zu eruieren. Anlässlich der Erstuntersuchung mit gynäkologischer Untersu-

chung und Nativzytologie, PAP-Abstrich, wurden die Wirkungsweise des Pessars und mögliche Folgeerscheinungen mit der Patientin besprochen und der Aufklärungsbogen mit der Unterschrift der Patientin zum Einverständnis der Einlage eines IUP ausgefertigt. Die Einlage des IUP erfolgt während der kommenden Menstruation.

Um das Entzündungsrisiko so gering wie möglich zu halten, muss das IUP unter streng aseptischen Kautelen eingelegt werden. Der korrekte Sitz des IUP wird unmittelbar nach der Insertion vaginalsonographisch überprüft. Die erste Kontrolluntersuchung erfolgt 6 Wochen nach Insertion und wird alle 6 Monate wiederholt. Die Liegezeit des Pessars richtet sich nach der Zulassung, die im Beipackzettel angegeben ist.

In beiden hier besprochenen Begutachtungsfällen erfolgte keine vorausgegangene vaginalsonographische Untersuchung zum Ausschluss eines möglicherweise noch liegenden IUP, sodass in Unkenntnis eines noch in situ belassenen IUP ein zweites gelegt wurde. Auch bei der anschließenden Lagekontrolle des neu gelegten IUP fiel das noch in utero belassene IUP nicht auf, es wurde – wie dokumentiert – nur der korrekte Sitz des neu gelegten IUP beschrieben. Die in der Folgezeit aufgetretenen entzündlichen Komplikationen waren aber als typisch bei länger liegendem IUP anzusehen und nicht typisch für ein „Zweitpessar“.

Trotz des festzustellenden Behandlungsfehlers konnte im zweiten Begutachtungsfall die Entstehung des Tuboovarialabszesses – eine mögliche Komplikation im Gefolge einer IUP-Einlage – nicht unbedingt als Folge der Zweiteinlage angesehen werden; sie hat sie jedoch möglicherweise begünstigt.

Fazit

Bei den in beiden Fällen festgestellten Behandlungsfehlern handelte es sich nicht um schwerwiegende Behandlungsfehler im Sinne der Rechtsprechung, weshalb eine Beweislastumkehr ausscheidet. Ein schwerwiegender Behandlungsfehler wird nur bejaht, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt dieser Fachrichtung schlechterdings nicht unterlaufen darf (*BGH NJW 2004, 2011*).

Für den zweiten Begutachtungsfall bedeutet dies, dass die Patientin gemäß § 286

ZPO (*Strengbeweis*) beweisen muss, dass sich infolge des nicht entfernten länger liegenden IUP die entzündliche Komplikation als Gesundheitsschaden verwirklicht hat. Diesen Beweis kann sie nicht allein dadurch führen, dass sie den Gesundheitsschaden als typische Folge des Behandlungsfehlers darstellt, denn die Entstehung des Tuboovarialabszesses konnte nicht sicher als Folge der längeren Liegezeit des IUP oder als Folge der zweiten Einlage angesehen werden.

Professor Dr. med. Jörg Baltzer ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, **Professor Dr. med. Lutwin Beck** ist Geschäftsführendes Mitglied, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Köln a. D., **Lothar Jaeger**, ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Literaturhinweis

- [1] de Bruyne, F., T. Somville
Gutartige Erkrankungen des Corpus uteri, in: Gutartige gynäkologische Erkrankungen, Hrsg. H.G. Bender, 4. Auflage
Urban und Fischer, München - Jena, 2002
- [2] Diedrich, K.
Gynäkologie und Geburtshilfe
Springer, Berlin - Heidelberg - New York, 2006
- [3] Feige, A.
Intrauterin-pessar, in: Frauenheilkunde: Fortpflanzungsmedizin, Geburtsmedizin, Onkologie, Psychosomatik; Hrsg. A. Feige, A. Rempfen, W. Würfel, J. Jawny, A. Rohde Elsevier, Urban und Fischer-Verlag, 2006
- [4] Gätje, R., C. Sohn, A. Scharl, J. Heinrichs, S. Zangos, V. Jacobi, C. Menzel, T. Diebold, J. Vogl
Apparative Diagnostik, in: Gynäkologie, Hrsg. M. Kaufmann, S.D. Costa, A. Scharl, 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage
Springer, Berlin - Heidelberg - New York, 2006
- [5] Graf, M.
Aktuelle Methoden der Empfängnisverhütung, in: Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe, Hrsg. J. Baltzer, K. Friese, M. Graf, F. Wolff
Thieme, Stuttgart - New York, 2004
- [6] Hössli, J., W. Holzgreve, S. Tercanli
Intrauterin-pessare - IUP, in: Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe, Hrsg. C. Sohn, P.M. Baier, W. Holzgreve, S. Tercanli, 2003, Thieme, Stuttgart
- [7] Wagner, H.
Intrauterine Kontrazeption – Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft
Gynäkologe 31 (1998), 426-437
- [8] Weiss, J.M., H. Wagner
Intrauterine Kontrazeption, in: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin II, Hrsg. K. Diedrich, 4. Auflage
Urban und Fischer, München - Jena, 2003