

DAS GYNÄKOLOGISCHE GUTACHTEN ANHAND VON FALLBEISPIELEN

Georg J. Gerstner

1 Tubarruptur in Saigoner Kaufhaus – ein hoch-dramatischer Verlauf einer Eileiterschwangerschaft

1.1 Sachverhalt

Die 30-jährige Frau S. hatte ihren eigenen Angaben zufolge ihre letzte Menstruation von 7. bis 9.6. Am 11.6. hätte sie starke Unterleibsschmerzen bekommen, so als ob „sie sich innerlich einen Nerv eingeklemmt hätte“. Weiters hätte sie Schmerzen in der Brust gehabt und die Menstruation hätte sich nahtlos in eine Schmierblutung fortgesetzt. Deshalb suchte sie am 14.6. den Gynäkologen auf. Es war dies die Erstkonsultation. Sie erklärte ihm, dass sie nicht verhütet hätte und Kinderwunsch bestünde. Die Frage des Gynäkologen, ob sie schwanger sein könnte, verneinte sie, da sie ja unmittelbar davor die Menstruation hatte.

Der Gynäkologe führte einen Vaginalultraschall durch und stellte die Diagnose polyzystisches Ovar-Syndrom (PCO). Weiters wurde etwas freie Flüssigkeit am tiefsten Punkt der Bauchhöhle gefunden. Es wurde ein Krebsabstrich und ein Chlamydienabstrich durchgeführt und Voltaren® bzw Zithromax® verordnet.

Tags darauf flog Frau S. nach Bangkok und weiter nach Vietnam. Ihre Unterbauchbeschwerden bestanden während der ersten beiden Urlaubswochen im Mekongdelta weiter. Am 3. Juli brach Frau S. in einem Kaufhaus in Saigon zusammen und wurde zunächst in eine internationale SOS-Station, schließlich in ein französisch-vietnamesisches Privatspital gebracht. Sie traf dort in den Abendstunden in schockiertem Zustand mit

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

einem Blutdruck von 60/40 ein. Es wurde sofort eine Infusionstherapie durchgeführt und ein Gynäkologe ließ Frau S. sofort in den Operationsaal bringen. Aufgrund des hochgradigen Schockzustandes bei akutem Abdomen wurde sofort die Indikation zur Eröffnung des Bauches gestellt. Dabei wurden Blut und Blutkoagel von mehr als 1,5 Liter entfernt. Die Blutung ging von einer geplatzten, linksseitigen Eileiterschwangerschaft aus und es wurde der linke Eileiter entfernt. Ein detaillierter OP-Bericht liegt ebenso wenig vor wie der histologische Befund. Es heißt dann Blutungskontrolle, Ausspülen des Bauchraumes und Wundverschluss. Frau S. erhielt insgesamt 7 Ery-Konzentrate und 7 Fresh Frozen Plasma-Konserven. Nach 5 Tagen im Spital und weiteren 5 Tagen im Hotel in Saigon flog sie nach Hause zurück und blieb noch 3 Wochen im Krankenstand. Körperlich hätte sie sich gut erholt, psychisch jedoch nicht. Wegen Anämie, Adynamie, Panikattacken und Durchschlafstörungen wurden diverse Schmerztherapien, Gesprächstherapien, Faszien-Techniken und Soft Tissue-Techniken durch einige Monate durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Begutachtung 7 Monate später befand sich Frau S. bereits in zufriedenstellendem Allgemeinzustand.

1.2 Beurteilung

Ohne Zweifel kam es bei Frau S. zu einem besonders dramatischen Verlauf einer Eileiterschwangerschaft mit Tubarruptur 19 Tage nach Arztbesuch, wovon 18 Tage in Fernost, und zwar im Mekongdelta, ohne der Möglichkeit einer medizinischen Betreuung, zugebracht wurden.

Zentral für die Begutachtung dieses Falles ist nun die Frage, ob dieser Verlauf durch die Konsultation beim Gynäkologen hätte verhindert oder verkürzt werden können. Der Vorwurf der Patientin lautet, dass der Arzt keinen Schwangerschaftstest durchgeführt hatte. Dies trotz der Tatsache, dass sie selbst immer, auch noch gegenüber dem Sachverständigen, angab, ihre Menstruation von 7. bis 9.6. gehabt zu haben und deshalb auch die Frage, ob sie schwanger sein könnte, verneinte.

Hiezu wurde gutachtlich festgehalten, dass Schwangerschaftstests heute in jedem Kaufhaus um wenige Euros erhältlich und absolut zuverlässig sind. Dies hat zur Folge, dass heute in aller Regel die Patientin bereits mit der Diagnose eines positiven Schwangerschaftstests zum Gynäkologen kommt. In den meisten Ordinationen werden deshalb Schwangerschaftstests kaum noch durchgeführt, nicht zuletzt auch deshalb, weil der Selbsttest für die Patientin billiger kommt. Vor diesem Hintergrund erhebt sich

also die Frage, ob es für den Arzt schuldhaft vorwerfbar ist, keinen Schwangerschaftstest zu machen, obwohl die Patientin angab unmittelbar davor ihre Menstruation gehabt zu haben und sagte nicht schwanger zu sein und er im Ultraschall auch keinerlei Hinweis auf eine Schwangerschaft fand. Tatsächlich ergaben die vorgelegten Ultraschallbilder auch keinerlei Hinweise für einen sog. Pseudogestationssack.

Insgesamt handelt es sich also um einen weitgehend typischen Fall einer bedauerlicherweise übersehenen Eileiterschwangerschaft, welcher durch die Tatsache der Fernreise ohne weitere ärztliche Konsultation besonders dramatisch verlaufen ist.

Ein Konsil mit zwei weiteren Sachverständigen zur Beantwortung obiger Frage hat nun unisono ergeben, dass man dem Arzt in dieser speziellen Situation keinen schuldhaften Fehler vorwerfen kann. Hätte die Patientin einen Menstruationskalender geführt, was ihr bei bestehendem Kinderwunsch durchaus zumutbar gewesen wäre, so hätte ihr auffallen müssen, dass es sich um keine normale Regelblutung gehandelt haben kann. Auch die Vornahme eines Schwangerschaftstests wäre ihr durchaus selbst zumutbar gewesen. Die Patientin hingegen konnte auch noch bei der Befragung durch den Sachverständigen keine Angabe über ihre letzte Blutung vor der Blutung vom 7. bis 9. Juni machen. Natürlich ist in diesem Zusammenhang auch auf eine gewisse Eigenverantwortlichkeit der mündigen Patientin hinzuweisen.

Der **Fragenkatalog** wurde wie folgt beantwortet:

1. Das Verletzungsausmaß einer geplatzten, linksseitigen Eileiterschwangerschaft mit schwerstem Schockzustand und querer Unterbauchlaparotomie ist als schwer zu bezeichnen. Der Heilungsverlauf war unter Gabe von 7 Blutkonserven und 7 Plasmakonserven komplikationslos.
2. An erlittenen Schmerzen können bei einer derartigen Operation gerafft auf den 24-Stunden-Tag 3 Tage mittelstarke und 10 Tage leichte Schmerzen angenommen werden.
3. Als Dauerfolge ist die Entfernung und damit das Fehlen des linken Eileiters verbunden mit der 50%igen Minderung der Fähigkeit schwanger zu werden, anzusehen. Dies hat keinen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit und das Privatleben.
4. An Spätfolgen einer derartigen Operation, die mit einer beträchtlichen Ansammlung von Blut im Bauchraum einherging, sind Verwachsungen zu nennen, die zu Unterbauchbeschwerden führen können. Auch ein Darmverschluss ist denkbar.

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

5. Abgesehen von der Tatsache, dass Frau S. 5 Tage im Spital in Saigon war und dann weitere 5 Tage im Hotel von ihrem Freund betreut wurde, bestand keine weitere Pflegebedürftigkeit. Der Krankenstand betrug 3 Wochen.
6. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug 3 Wochen.
7. Die Frage nach Hinweisen, einen Verdacht auf eine Eileiterschwangerschaft zu äußern und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, bestehen seitens der Patientin im Erkennen des Ausbleibens der Regelblutung und insbesondere einseitigen Schmerzen im Unterbauch. Seitens des Arztes ergibt sich der Verdacht auf eine Eileiterschwangerschaft immer bei etwa 6- bis 7-wöchigem Ausbleiben der Regelblutung, bei Vorliegen von Schmierblutungen und bei Fehlen einer intrauterinen Schwangerschaft im Ultraschall. Die Frage, ob der Gynäkologe einen Schwangerschaftstest hätte machen müssen, wurde verneint; obwohl dieser unter den gegebenen Umständen positiv hätte sein können. Die Frage, ob ein schicksalhafter Verlauf vorliegt wurde insofern bejaht, da die Patientin unmittelbar nach der Arztkonsultation nach Vietnam auf Urlaub fuhr. Wäre sie nicht auf Urlaub gefahren, so ist es durchaus wahrscheinlich, dass sie aufgrund der Beschwerden innerhalb von 17 Tagen nochmals einen Arzt aufgesucht hätte.

1.3 Verfahrensausgang

Die Patientin erhielt nach Einschaltung eines Anwaltes von der Haftpflichtversicherung des Arztes aufgrund des Gutachtens und den besonders dramatischen Umständen auf dem Kulanzweg € 5.000,- zugesprochen.

1.4 Literatur

Kucera E., Lehner R., Husslein P: Extrauterin gravidität in: Schneider H., Husslein P., Schneider MK. Die Geburtshilfe, Springer 3. Auflage 2006.

Kirk E. et al: The diagnostic effectiveness of an initial transvaginal scan in detecting ectopic pregnancy. Hum. Reprod. 11 (2007) 2824–2828.

Hucke J.: Extrauterine Schwangerschaft. Der Gynäkologe 30 (1997) 875–887.

Bree R., et al: Transvaginal sonography in the evaluation of normal early pregnancy: Correlation with HCG level. Am. J. Röntgenol. 153 (1989) 75–79.

2 Verlust eines Eileiters als Folge massiver Infektion nach Einlage einer Kupfer-Intrauterin-Spirale bei bestehender Scheideninfektion (Chlamydien)

2.1 Sachverhalt

Die 29-jährige Patientin W. suchte über Zuweisung ihrer praktischen Ärztin wegen einer Blasenentzündung am 13.5. den Gynäkologen auf. Dieser stellte eine sog. bakterielle Vaginose, also eine Besiedelung mit dem Keim Gardnerella vaginalis und anderen anaeroben Keimen fest und behandelte diese mit Anerobex® Filmtabletten. Frau W. war jedoch der Meinung, es hätte sich um eine Pilzinfektion gehandelt. Etwa 3 Monate später am 13.8. suchte Frau W. den Gynäkologen neuerlich wegen einer Scheidenentzündung auf. In der Kartei war vermerkt Colpitis sowie Verdacht auf Eierstockzyste. Es erfolgte eine Behandlung mit dem Pilzmittel Candibene 200 mg Vaginaltabletten®, Tantum rosa® sowie einer nicht näher deklarierten Heilcreme. Die Zyste am rechten Eierstock hätte 13 mm betragen. Bei der nächsten Konsultation am 30.8. wurden die Diagnosen Colpitis, Vulvitis, Soor – also Scheidenentzündung, Entzündung der Vulva durch Pilze und Therapie Fluconazol® 150 mg 2 Stk. (orales Pilzmittel) sowie das Schmerzmittel Xefo® 8 mg Tabletten dokumentiert.

Nachdem Frau W. bei der Untersuchung einen Prospekt über den Vaginalring in der Hand hielt, empfahl ihr der Arzt gleich eine Spirale und setzte diese auch in einer, laut Frau W. „Ruck-Zuckaktion“, innerhalb von 10 Minuten ein. Ein Revers wäre nicht unterzeichnet worden, Unterlagen über die Spirale hätte sie auch keine erhalten. Der Preis wäre € 300,- bis € 320,- gewesen, das Geld hätte sie vom Bankomat abgeholt. Die Einlage wäre sehr schmerzhaft gewesen, weil außen alles entzündet war. Der Arzt wäre auf Beschwerden, weswegen Frau W. ihn eigentlich aufgesucht hätte, nicht näher eingegangen.

In der Kartei fand sich der Vermerk Sono: Fundusdistanz 11 mm. Hier enden die Aufzeichnungen. Weitere Unterlagen bestanden nicht.

Laut Aussage von Frau W. wurden ihre Schmerzen nach Einlage der Spirale immer ärger, obwohl sie, wie verordnet, zwei Wochen Xefo® nahm. Nachdem der Gynäkologe auf Urlaub war, suchte Frau W. am 13.9., also 14 Tage nach Einlage der Spirale, die Ambulanz eines Krankenhauses auf, wo eine akute Eierstockentzündung diagnostiziert wurde. Der mikrobiologische Befund ergab Gardnerella vaginalis, sowie Prevotel-

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

la bivia, sie hätte auch Ciproxin® und Anaerobex®-Tabletten als Antibiotikum erhalten. Frau W. wäre den ganzen Tag im Bett geblieben, die Schmerzen wären jedoch immer ärger geworden und es kam Fieber von 38° C dazu. Am Abend suchte sie die Notfallambulanz des Allgemeinen Krankenhauses auf. Dort wurde Frau W. umgehend unter der Diagnose Unterbauchschmerzen bei Status febrilis nach Einlage eines IUDs vor zwei Wochen, stationär aufgenommen. Die Spirale wurde entfernt. Die Entzündungsparameter waren deutlich erhöht: 12.600 Leuko, CRP 19,8.

Unter der Aufnahmediagnose Eierstockentzündung/Gebärmuttersentzündung wurde eine intravenöse Antibiotikatherapie mit Mefoxitin® und Vibravenös® begonnen.

Nachdem sich im Ultraschall zwei Tage später ein zystisches Areal in der Größe von 5 x 3,9 mm mit mehreren Septen, sowie teils echodichten Strukturen zeigte, welches hochgradig verdächtig auf einen entzündlichen Prozess des inneren Genitales war, wurde die Indikation zur operativen Bauchspiegelung gestellt.

Dabei zeigten sich ausgedehnte Verwachsungen, der rechte Eileiter stark aufgetrieben mit Eiter zwischen Eileiter und Eierstock, der rechte Eierstock selbst unauffällig. Deshalb musste der rechte Eileiter entfernt werden.

Nach Lösung der Verwachsungen an dem linken Eierstock und Eileiter zeigt sich auch der linke Eileiter etwas aufgetrieben und entzündlich verändert, hier jedoch kein Eiter.

Der postoperative Verlauf gestaltete sich unter Antibiotikatherapie unauffällig und es kam zu einem deutlichen Rückgang der Entzündungszeichen, sodass Frau W. nach 10 Tagen im guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte.

Der histologische Befund ergab eine hochgradig aktive Entzündung des Eileiters, in gutem Einklang mit der klinischen Diagnose.

Der intraoperative Abstrich ergab eine Infektion mit Chlamydien, weswegen die Patientin seitens der Klinik ein Rezept für Vibramycin® 200 mg erhielt. Bezüglich der koexistenten Condyloma acuminata (Feigwarzen) wurden seitens der Klinik vereinbart, dass Frau W. mit ihrem betreuenden Facharzt Rücksprache zur Festlegung der weiteren Behandlungsmodalitäten hält. Frau W. suchte jedoch nach etwa 6 Wochen einen anderen Frauenarzt auf, welcher naturgemäß keine Spitalsunterlagen hatte.

Wenn der Gynäkologe in Kenntnis des positiven Clamydienabstriches von Frau W. gewesen war, wäre er selbstverständlich verpflichtet gewesen

Frau W. mitzuteilen, dass bei ihr eine weitere Therapie und Kontrolluntersuchung notwendig ist.

Bedauerlicherweise wusste Frau W. auch zum Zeitpunkt ihrer Begutachtung viele Monate später noch immer nichts von ihrer Chlamydieninfektion und der sich daraus ergebenden Therapie bzw Partnertherapie.

Eine neuerliche Sekretkulturuntersuchung ergab jedoch einen Chlamydien-negativen Befund, es fand sich jedoch *Candida albicans* sowie *Ureaplasma urealyticum*.

6 Monate danach hätte Frau W. dauernd in wechselnder Stärke geblutet, Schmerzen hätte sie seit der Operation keine mehr, nur gelegentliches Ziehen.

Die gynäkologische Untersuchung ergab eine zapfenförmige Resistenz im Douglas'schen Raum, dem tiefsten Punkt der Bauchhöhle. Dieser Befund spricht für postentzündliche Verwachsungen. Die Pilzinfektion wurde behandelt.

Frau W. wurde etwa ein Jahr später schwanger und Mutter eines gesunden Knaben.

Über ihren Anwalt stellte sie neuerlich die Forderung nach einer Abgeltung der restlichen Schmerzperioden und wurde neuerlich untersucht.

2.2 Beurteilung

Den spärlichen Unterlagen des Gynäkologen war zu entnehmen, dass Frau W. zunächst eine bakterielle Scheidenentzündung, 3 Monate später eine Pilzinfektion der Scheide hatte, die mit einem Pilzmittel behandelt wurde. Offensichtlich kam es 14 Tage später zu einer Verschlechterung, da dann auch eine massive Entzündung der äußeren Scham und der Scheide bestand.

Trotzdem wurde bei der Patientin, die offensichtlich seit 3 1/2 Monaten an dauernden Infektionen der Scheide litt, ohne nähere Beratung eine Spirale gelegt. Ein Revers wurde nicht unterzeichnet. Die Einlage der Spirale wäre sehr schmerzhaft gewesen.

Gutachtlich kann nun kein wie immer gearteter Zweifel daran bestehen, dass die Einlage einer Spirale bei bestehender vaginaler Infektion als nicht lege artis bezeichnet werden muss.

Üblicherweise werden Spiralen zum Zeitpunkt der Menstruationsblutung eingelegt, einerseits um sicher zu gehen, dass die Patientin nicht schwanger ist, andererseits da bei Frauen, die noch nicht geboren haben, der Gebärmutterhals zu diesem Zeitpunkt etwas geöffnet ist.

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

Zum Ausschluss jeglicher Infektion durch pathogene Bakterien oder Pilze sollte vor Einlage einer Intrauterin-Spirale eine Scheidensekretuntersuchung, in eventu auch eine Sekretkultur vorgenommen werden. Bei Frau W. hingegen bestanden bereits klinische Zeichen für eine massive Entzündung der Scheide und der äußeren Scham.

Feststeht, dass es im zeitlichen Zusammenhang mit der Einlage der Spirale zu einer massiven Aszension, dh. zum Aufsteigen der Bakterien aus dem unteren Genitaltrakt über die Gebärmutter in die Eileiter und damit in die Bauchhöhle, gekommen ist. Dabei handelt es sich um eine typische Komplikation, welche insbesondere bei jungen Frauen, welche noch nicht geboren haben, gefürchtet ist.

Gutachtlich kann natürlich nicht festgestellt werden, zu welchem Zeitpunkt die Chlamydieninfektion bei Frau W. stattgefunden hat. Nachdem Chlamydieninfektionen häufig asymptomatisch sind, dh. die Betroffene sie nicht bemerkt, ist es gut möglich, dass die Chlamydieninfektion zum Zeitpunkt der Spiraleinlage bereits über längere Zeit bestanden hat.

Nachdem der Gynäkologe unmittelbar nach Einlage der Spirale auf Urlaub ging, hatte Frau W. auch keinerlei Ansprechpartner für ihre immer stärker werdenden Schmerzen. Zu kritisieren ist, dass ihr offensichtlich kein Vertreter genannt wurde.

Beim Weiterbestehen von Schmerzen nach einer Spiraleinlage sind kurzfristige Kontrollen mit der Verordnung von Antibiotika notwendig, in eventu muss die Spirale, insbesondere bei Frauen, die noch nicht geboren haben, wie im gegenständlichen Fall, wieder entfernt werden, um massive Infektionen des inneren Genitales, wie hier, zu vermeiden. Deshalb ist auch die Verordnung des Schmerzmittels Xefo® über eine längere Zeitperiode von 14 Tagen nicht indiziert.

Bekannt ist schließlich auch, dass Frauen mit immer wiederkehrenden Infektionen des äußeren Genitale häufig auch Chlamydieninfektionen haben. Der Arzt muss nach diesen allerdings mit einer Kulturuntersuchung fahnden. Darüber hinaus zeichnen sich genitale Infektionen durch sog. Mischinfektionen von zahlreichen aeroben und anaeroben Bakterien aus. Häufig ist es auch schwierig, diese aus intraoperativ gewonnenem Sekret zu kultivieren.

Man kann also durchaus vermuten, dass an gegenständlicher Eileiterinfektion noch zahlreiche andere Bakterien, neben den Chlamydien, beteiligt waren.

Insgesamt steht gutachtlich außer Zweifel, dass Frau W. durch die Einlage einer Spirale bei bestehender Infektion des äußeren Genitales, ein be-

Tubarruptur in Saigoner Kaufhaus

trächtlicher Gesundheitsschaden erwachsen ist. Frau W. hat durch die aufsteigende Infektion in zeitlichem Zusammenhang mit der Einlage der Spirale, den rechten Eileiter verloren und damit 50% der Chance, auf natürlichem Weg schwanger zu werden.

Erfreulicherweise hat sich herausgestellt, dass der linke Eileiter durch die Entzündung nicht beschädigt wurde, da Frau W. 2 Jahre später schwanger wurde.

An **Schmerzperioden** wurden angenommen:

30.8. bis 13.9.: 15 Tage mittelstarke Schmerzen

13.9. bis 23.9.: Spitalsaufenthalt UFK-Wien: 2 Tage mittelstarke Schmerzen, 7 Tage leichte Schmerzen

Ab 24.9.: unregelmäßige Blutungen und Blutungsstörung, 4 Monate leichte Beschwerden.

Zusammengefasst insgesamt 17 Tage mittelstarke Schmerzen: gerafft auf den 24-Stunden-Tag; 6 Tage mittelstarke Schmerzen

7 Tage Spitalsaufenthalt und 4 Monate leichte Beschwerden: gerafft 30 Tage leichte Schmerzen.

Als Spätfolge ist die um 50% verminderte Chance schwanger zu werden zu nennen, welche sich hier glücklicherweise nicht verwirklicht hat. Als Dauerfolgen sind Verwachsungen im kleinen Becken mit Schmerzen zu nennen.

2.3 Verfahrensausgang

Die Patientin erhielt aufgrund des Gutachtens von der Haftpflichtversicherung des Arztes € 5.000,- zugesprochen. Weitere Ansprüche 2 Jahre später wurden abgewiesen. Frau W. hätte 2007 ein Kind bekommen.

2.4 Literatur

Grimes D.A.: Intrauterine device and upper-genital-tract infection, *The Lancet* 356 (2000) 1013–1019.

3 Gebärmutterhalskrebs bei falsch-negativem Krebsabstrich: Verlust der Fertilität mit 35 Jahren

3.1 Sachverhalt

Die 35-jährige Frau S. hatte eine völlig blande Anamnese. Sie verhütete mit der Antibabypille und der 3-Monats-Spritze. Im Mai 1999 gebar sie ein gesundes Mädchen. Danach verhütete sie wieder mit der Pille und war in regelmäßiger fachärztlicher Kontrolle bei ihrer Gynäkologin, wo auch regelmäßige Krebsabstriche abgenommen wurden. Im Oktober 2001 findet sich in der Kartei erstmals der Vermerk Erosio portionis, also sog. roter Fleck am Muttermund, der Krebsabstrich war normal (PAP II). Dies war auch im November 2002 und im Jänner 2004 der Fall. Im Juni 2005 neuerlich Erosio portionis bei normalem Krebsabstrich vermerkt.

Im November 2005 suchte Frau S. wegen einer 4-wöchigen Blutung in Regelstärke ihre Gynäkologin auf. Diese vermutete im Ultraschall einen Polyp und schickte die Patientin an die Universitäts-Frauenklinik zur Gebärmutterspiegelung und Ausschabung.

Die Ärzte an der UFK fanden am äußeren Muttermund polypöses Schleimhautgewebe einer Erosion entsprechend und wollten eine Konisation und Ausschabung der Gebärmutter durchführen. Der Krebsabstrich, den auch sie abnahmen, war jedoch hochpathologisch (PAP V), weswegen die Patientin einberufen wurde und von der vorderen Muttermundslippe 2 Probeentnahmen eines 1,5 cm polypoiden Areals, das auf Berührung stark blutete, entnommen wurden.

Der histologische Befund ergab ein invasives, niedrig differenziertes Karzinom des Gebärmutterhalses, Grad 3, mit einer Invasionstiefe von 7 mm und einer Lymphangiosis carcinomatosa.

Deshalb wurde bei Frau S. eine Wertheim'sche Radikaloperation mit Entfernung der Lymphknoten durchgeführt. Der histologische Befund ergab ein ulzerierendes, breit invasives, niedrig differenziertes, nicht verhorndes Plattenepithelcarzinom des Gebärmutterhalses, Grad 3, mit multiplen Lymphgefäßeinbrüchen und einer max. horizontalen Ausdehnung von 2 cm und einer max. Invasionstiefe von 1,2 cm; die Resektion ist im Gesunden, das Stadium pT 1b1, pN0, FIGO 1b1.

Der postoperative Verlauf war komplikationslos und die Patientin konnte nach nur 6 Tagen entlassen werden. Laufende Nachsorgekontrollen waren unauffällig.

Gebärmutterhalskrebs als Folge von falsch-negativem Krebsabstrich

Auf Betreiben der Patientin wurden nun 3 Krebsabstriche, und zwar jene vom November 2002, vom Jänner 2004 und vom Juni 2005 von einem renommierten Gynäko-Pathologen nachbefundet. Das Ergebnis war, dass der Abstrich vom November 2002 als richtig negativ befundet wurde, der Abstrich vom Jänner 2004 wurde als eingeschränkt repräsentativ nachbefundet, da keine Zellen der Transformationszone vorhanden waren. Beschrieben werden 3 dysplastische Zellen bei beträchtlicher Entzündung, entsprechend insgesamt einem PAP IIID. Dieser Befund hätte eine kurzfristige Wiederholung erfordert. Der Abstrich vom Juni 2005 wies eine mangelnde Qualität auf. Er enthielt 2 atypische Zellgruppen entsprechend einem pathologischen PAP IV, welcher eine histologische Abklärung erfordert hätte. Laut gynäkopathologischen Gutachten hätte die richtige Diagnose dieses Abstriches jedoch den Verlauf der Erkrankung wegen der zeitlichen Nähe zur Radikaloperation wahrscheinlich nicht geändert.

Der Rechtsanwalt von Frau S. folgerte aufgrund des zytologischen Gutachtens von zwei falsch-negativen Krebsabstrichen ein Fehlverhalten gem. § 1313 ABGB und machte ein Schmerzensgeld für die psychische Belastung, den Verlust der Fertilität bei aufrechtem Kinderwunsch und die Verletzung des Nervenapparates und Entfernung der Gebärmutter von € 20.000,-, ein Schmerzensgeld wegen Schmerzen anlässlich und nach der Operation von € 5.000,-, eine Verunstaltungsentschädigung durch die entstandene Narbe von € 2.000,-, ein Akonto für die Kosten der psychiatrischen Behandlung von € 5.000,- sowie schlussendlich Kosten der alternativbegleitenden Behandlung von € 2.000,-, insgesamt also € 34.000,-, geltend.

Im April 2006 legte die Antragstellerin einen psychiatrischen Befund eines bekannten Primararztes vor, demzufolge sie an einer mittelgradigen, depressiven Episode (ICD – 10, F 32.1) bzw an einer posttraumatischen und gemischten Anpassungsstörung (ICD – 10, F 43.1 bzw F 43.22) leide. Die Radikaloperation und die entsprechende ängstlich und aggressiv gefärbte Erschütterung einerseits, bei sehnsüchtig vorbestehendem Kinderwunsch und entsprechend schwerer Enttäuschung und Kränkung andererseits hätte jene mittelschwere, einschlägige depressive Symptomatik mit Antriebsverlust, morgendlichem Pessimismus, Lustlosigkeit, Energielosigkeit, Reduktion des elan vital, Attacken der Verzweiflung, Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitlosigkeit, mittelschwere, sei es depressive, sei es dysphorische Verstimmungszustände, aber auch resignativer Pessimismus und pseudoautistischer Rückzug mit Selbstvorwürfen bzw auch Schuldgefühlen, pathogenetisch ausgelöst und ursächlich bedingt. Trotz geeigneter antidepressiver und schlafanstoßender Medikation und regel-

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

mäßigen, einzelspsychotherapeutischen Gesprächen konnte vorläufig bezüglich des depressiven Dauerschmerzes, im Zusammenhang mit ihrem brennendem Kinderwunsch keine stabile Remission erzielt werden. Frau S. leidet an einer, durch die Radikaloperation ausgelösten, aber auch wegen schier ungebrochenem, aufrechten Kinderwunsch bedingten, mittelschweren, endomorph-depressiven Episode, bzw depressiven und ängstlichen Reaktion, die medikamentös psychiatrisch und einzelspsychotherapeutisch behandelt werden muss.

3.2 Beurteilung

Aufgrund des zytologischen Gutachtens ergibt sich eine Latenzzeit vom falsch-negativem Krebsabstrich vom 21.1.2004 bis zur richtigen Diagnose am 25.11.2005 von 1 Jahr und 10 Monaten bzw 1 Jahr und 7 Monaten (PAP-Kontrolle nach 3 Monaten).

Daraus ergibt sich:

1. Eine Therapieverzögerung von 19 Monaten.
2. Es ist wahrscheinlich, dass sich der Tumor zwischen Jänner 2004 und November 2005 entwickelt hat, da es sich um einen niedrig-differenzierten Tumor, Grad 3 gehandelt hat.
3. Höchstwahrscheinlich ist, dass bei richtiger Diagnosestellung Ende April/Anfang Mai 2004 eine Radikaloperation vermeidbar gewesen wäre und nur eine Konisation und Curettage, also Entfernung eines kegelförmigen Gewebsteiles aus dem Gebärmutterhals und eine Ausschabung, notwendig gewesen wäre.
4. Daraus folgt, dass die Therapieverzögerung von 19 Monaten den Verlust der Fertilität durch die Radikaloperation bedingt hat.
5. Gutachtlich nicht nachvollziehbar ist der psychiatrische Befund, in dem eine mittelgradig depressive Episode bei „sehnsüchtig vorbestehendem Kinderwunsch“ beschrieben wird. Dies deshalb, da aufgrund der Aktenlage Frau S. sowohl in den Jahren vor ihrer Geburt 1994 bis 1998, als auch danach bis zum Sommer 2005 nachweislich immer wegen Antikonzeptionswunsch bei ihrer Gynäkologin in Behandlung stand.

Daraus ergibt sich gutachtlich, dass zumindest bis zum Zeitpunkt der Operation, also Ende 2005, kein Kinderwunsch bestanden haben kann.

6. Feststeht andererseits, dass die 35-jährige Frau S. höchstwahrscheinlich noch einige Jahre Kinder kriegen hätte können und auf-

Gebärmutterhalskrebs als Folge von falsch-negativem Krebsabstrich

grund der Therapieverzögerung den Verlust ihrer Fertilität zu beklagen hat.

Diesbezüglich wäre ein schwerer, langandauernder, psychotraumatischer Leidenszustand von Krankheitswert, welcher von einem allgem. beeid. gerichtl. zertifiz. Sachverständigen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie diagnostiziert werden müsste, Voraussetzung für einen Schmerzensgeldanspruch. Aus gynäkologischer Sicht machte Frau S. jedoch einen, auch psychisch völlig konsolidierten und keineswegs depressiven Eindruck und es wurde von ihr auch nicht einmal eine diesbezügliche Andeutung gemacht.

7. **Beantwortung des Fragenkataloges:**

- a) Die Frage, ob eine Kontrolluntersuchung innerhalb von maximal 6 Monaten nach dem Abstrich vom 21. April 2004 den Verlauf der Erkrankung wesentlich geändert hätte, wobei auf das zytologische Gutachten verwiesen wird, wurde bejaht. Es besteht kein Zweifel darüber, dass eine Kontrolluntersuchung innerhalb von max. 6 Monaten nach dem Abstrich vom 21.4. 2004 den Verlauf der Erkrankung ganz wesentlich geändert hätte; dies aufgrund des zytologischen Gutachtens.
- b) Wie hoch das Schmerzensgeld für die Operation anzusetzen ist, wenn diese hätte vermieden werden können, wurde wie folgt beantwortet:

Schmerzkatalog:

29.12.2005: Operation
 30. u 31.12.: 3 Tage starke Schmerzen
 1. u 2.1.2006: 2 Tage mittelstarke Schmerzen
 3. bis 10.1.: 8 Tage leichte Schmerzen
 11.1. bis 31.1.: (Krankenstand) 21 Tage leichte Schmerzen, komprimiert auf den 24-Stunden-Tag: 7 Tage leichte Schmerzen.
 Insgesamt: 3 Tage starke Schmerzen
 2 Tage mittelstarke Schmerzen
 15 Tage leichte Schmerzen

- c) Die Frage, welche allfälligen negativen Folgen aus einer Alternativbehandlung resultieren hätte können:

Als Alternativbehandlung wäre ein Konisation und Curettage im Mai 2004 anzusehen gewesen. Theoretisch hätte sich auch daraus die Notwendigkeit einer Radikaloperation ergeben können.

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

- d) Ob eine medizinische Nachbehandlung notwendig war?

Eine medizinische Nachbehandlung im Sinne einer kurativen Therapie ist gynäkologisch nicht notwendig. Die durchgeführte Misteltherapie wurde von der Krankenkasse zum Teil finanziert und ist möglicherweise im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes wertvoll.

- e) Ob es bei der Operation zu einer Verletzung des Nervenapparates im Unterleib gekommen ist?

Von einer Verletzung des Nervenapparates im Unterleib kann man keineswegs sprechen. Blasenentleerungsstörungen treten aufgrund der Größe der Operation häufig auf. Diese beschränken sich bei Frau S. lediglich auf ein fehlendes Blasengefühl, sind also glücklicherweise wenig ausgeprägt.

3.3 Verfahrensausgang

Frau S. erhielt tatsächlich von der Haftpflichtversicherung auf dem Kulanzwege einen Betrag von € 34.400,- sowie € 3.000,- für Anwaltskosten.

Anmerkung des Gutachters: Der Ehemann von Frau S. war zum damaligen Zeitpunkt in führender Position tätig.

4 Die forensische Bedeutung der Therapieverzögerung beim Mammakarzinom

Als Diagnose- und Therapieverzögerung beim Mammakarzinom wird jede unerwünschte Latenzzeit zwischen möglicher und endgültiger Diagnose und Therapiebeginn angesehen. Diese kann nun patienten- oder systembedingt sein.

Als Differenzschaden bei körperlichen Schäden nach Behandlungsfehlern wird der Unterschied zwischen dem körperlichen Status mit und ohne das schädigende Ereignis definiert.

Der Gutachter hat bei Diagnose/Therapieverzögerung Bedacht zu nehmen auf:

- den Heilungsverlauf,
- die Chancen auf gänzlicher Heilung (Restitutio),
- wie invasiv sind die Eingriffe und die Therapie in physischer und psychischer Hinsicht?

Die forensische Bedeutung der Therapieverzögerung beim Mammakarzinom

- die Schmerzperioden und die Rückfallsgefahr bzw höhere Mortalität (psychische Belastung durch verkürzte Lebenserwartung bzw schlechtere Lebensmodalität bis zum möglichen letalen Ausgang).

Es ist im Vergleich jetzt zu früher zu beurteilen:

- Operation: vermeidbar, ident, radikaler?
- Chemotherapie: notwendig?
- Strahlentherapie: notwendig?

Im Folgenden werden 4 Fälle mit Therapieverzögerung bei Mammakarzinom aus der Gutachtensammlung des Autors vorgestellt.

4.1 Fall 1:

4.1.1 Sachverhalt

Bei der 59-jährigen Patientin K. S. kam es zu einer Therapieverzögerung von 16 Monaten, obwohl die Patientin regelmäßig in Kontrolle der Ambulanz ihrer Krankenversicherung stand. Bei der letzten Mammographie wurde eine Zunahme fibröser Strukturen beschrieben und eine Abklärung mittels Magnetresonanz und Ultraschall empfohlen. Als Ursache der Therapieverzögerung wurde die Tatsache identifiziert, dass der Befund nicht abgeholt wurde und nicht kommuniziert wurde.

Die Patientin wurde außerhalb von Wien präoperativ mit 6 Zyklen Chemotherapie (FEC-Schema), dann mit der üblichen Quadrantenresektion und Ausräumung der Achsellymphknoten mit folgender Nachbestrahlung behandelt. In der Folge erhielt sie noch 4 Zyklen Chemotherapie (Epirubicin und Taxol).

Der histologische Befund ergab ein 18 mm invasiv duktales Mammakarzinom, Stadium pT1c, pN2a (5 von 16 Lymphknoten pos.), G 1, Östrogenrezeptor pos., Progesteronrezeptor neg., HER 2 neg.

4.1.2 Beurteilung

Operation und Nachbestrahlung wären auch ohne Therapieverzögerung ident gewesen. Ohne Zweifel kam es zur Verschlechterung der Prognose durch einen größeren Tumor und positive Lymphknoten. Offensichtlich handelte es sich um einen schnell wachsenden Tumor. Daraus ergibt sich die Frage, ob eine prä- und postoperative Chemotherapie bei frühzeitiger Entdeckung notwendig gewesen wäre.

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

4.1.3 Verfahrensausgang

Die Patientin erhielt von der Haftpflichtversicherung eine Entschädigung von € 15.000,- sowie weitere € 2.000,- für die außergerichtlichen Anwaltskosten.

2008 ist sie seitens des Tumors symptom- und beschwerdefrei.

4.2 Fall 2:

4.2.1 Sachverhalt

Bei der 59-jährigen Patientin K.I. kam es zu einer Therapieverzögerung von 9 Monaten. In der Mammographie wurde eine „12 bis 15 mm knotige Verdichtung mit diskreten Malignitätskriterien“ vom röntgenologischen Sachverständigen befundet. Der röntgenologische Sachverständige bemängelte, dass keine Palpation und keine Ultraschalluntersuchung erfolgte.

Therapeutisch erhielt die Patientin eine Quadrantenresektion mit axillärer Disektion und Nachbestrahlung, sowie 6 Zyklen Chemotherapie (CMF-Schema). Der histologische Befund ergab ein 16 mm invasiv duktales Mammakarzinom, Stadium pT1c, pN1a (1 Mikrometastase von 25 Lymphknoten befallen), G 3, Östrogenrezeptor pos., Progesteronrezeptor pos.

4.2.2 Beurteilung

Auch hier wären Operation und Nachbestrahlung mit und ohne Therapieverzögerung ident gewesen. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die 9-monatige Therapieverzögerung ist jedoch möglich.

4.2.3 Verfahrensausgang

Aufgrund des Gutachtens kam es zu einem gerichtlichen Vergleich in der Höhe von ATS 300.000,- (€ 21.802,-).

Die Klägerin ist 2008 symptom- und beschwerdefrei seitens des Karzinoms.

4.3 Fall 3:

4.3.1 Sachverhalt

Bei der 63-jährigen Frau Dr. F. kam es zu einer 17-monatigen Therapieverzögerung. Ursächlich war ein falsch-negativer histologischer Befund

Die forensische Bedeutung der Therapieverzögerung beim Mammakarzinom

nach Quadrantenresektion und Probeentnahme aus der Brustwarze bei Verdacht auf Morbus Paget. Der falsch-negative Befund lautete fibrozystische Mastopathie und Adenose.

17 Monate später zeigte eine Mammographie einen 10 mm kugeligen Blastomschatten retromamillär, welcher als Mammakarzinom bei eingezogener Mamille befundet wurde.

Als Therapie musste eine Ablatio mammae, also die Entfernung der gesamten Brust, und 6 Zyklen Chemotherapie (CMF-Schema) durchgeführt werden. Weiters erhielt die Patientin Tamoxifen durch 5 Jahre. Der histologische Befund ergab ein multizentrisches, invasiv duktales Mammakarzinom, Stadium pT4, pN1bi (3 von 13 Lymphknoten pos.), pMx, G 1, mit Infiltration der Mamilla. Östrogenrezeptor stark pos., Progesteronrezeptor stark pos., HER 2 pos.

4.3.2 Beurteilung

Es wurde der seinerzeitige histologische Befund des inzwischen verstorbenen Pathologen nachbefundet. Dieser ergab bedauerlicherweise mindestens ein Stadium pT1b, nicht im Gesunden entfernt.

4.3.3 Verfahrensausgang

Nach Konsultation der Patientenanwaltschaft Wien erhielt die Patientin von der Haftpflichtversicherung des Pathologen ATS 500.000,- (€ 36.337,-).

2008 war Frau Dr. F. seitens des Tumors symptomfrei.

4.4 Fall 4:

4.4.1 Sachverhalt

Die 32-jährige Frau B. war schwanger. Sie wurde monatelang wegen entzündlicher Veränderungen an der linken Brust sowohl von Fachärzten für Frauenheilkunde, als auch praktischen Ärzten und auch ambulant im Spital behandelt. Der Befund einer in der 26. Schwangerschaftswoche (SSW) veranlassten Mammographie endete mit dem Satz: „Ein inflammatorisches (entzündliches) Mammakarzinom weder sonografisch noch mamografisch ausschließbar“. In der 35. SSW kam es zu einem kardiorespiratorischem Notfall, welcher in einem auswärtigen Krankenhaus behandelt wurde. Die Patientin wurde auf die Universitätsklinik geflogen, wo

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde. Bedauerlicherweise kam es zu einem dramatischen Tod am Operationstisch (Mors in tabula). Die Obduktion ergab einen doppeltfaustgroßen Tumor in der rechten Brust mit einer Metastasierung in die Achsellymphknoten, in die Leber, in die Lunge, sowie auch in die Plazenta und in die Wirbelsäule.

4.4.2 Beurteilung

Gutachtlich wurde festgehalten, dass trotz 20 Arztbesuchen eine bioptische Abklärung unterblieben war. Die Frage des Gerichtes, ob der Todesertritt vermeidbar gewesen wäre, wurde bejaht. Aussagen über die Prognose müssen jedoch spekulativ bleiben, da es sich um ein fortgeschrittenes, sog. inflammatorisches, also entzündliches, Mammakarzinom gehandelt hat. Die Prognose derartiger Tumoren ist an sich schon schlecht und wird durch das Auftreten in der Schwangerschaft weiter verschlechtert. Bei entsprechend aggressiver Therapie wäre jedoch in eventu eine mehrjährige Überlebenschance möglich gewesen. Die Therapieverzögerung betrug 4 Monate und 12 Tage.

4.4.3 Verfahrensausgang

Das Strafverfahren endete mit einem Freispruch nach § 259/3 StPO.

Juristisch handelte es sich um ein „unechtes Unterlassungsdelikt“. Die Kausalität wurde verneint. Kausal ist die Unterlassung, wenn das gebotene Tun (hier die Biopsie) den Erfolg (Tod) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abgewendet hätte. Eine Risikoerhöhung genügt nicht.

4.4.4 Diskussion

In der Literatur finden sich kontroversielle Angaben über die Therapieverzögerung. So fanden Richards et al bei einer Therapieverzögerung über 3 Monate ein um 12 % schlechteres 5-Jahres-Überleben, bei 3 bis 6 Monaten ein 7 % schlechtere 5-Jahres-Überlebensrate.

Sainsbury hingegen fand bei einer Therapieverzögerung über 3 Monate keinen Effekt auf das Überleben. Simmons hingegen beschrieb bei einer Therapieverzögerung von 3 bis 6 Monaten ein Risiko größerer Tumore, einer höheren Rate befallener Lymphknoten, sowie einer 10 % höheren Rezidiv und Todesrate.

Fremdkörper bei Spiralenwechsel (Mirena®) in der Gebärmutter zurückgelassen

4.4.5 Literatur

Bastert G.: Malignome der Mamma, in: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 12, Spezielle gynäkologische Onkologie II, Herausgeg. von H. G. Bender, Urban und Fischer Verlag, München–Jena 2003, 107–210.

Richards M. A. et al.: Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review, *Lancet* 1999, 353, 1119–1126.

Sainsbury R. et al.: Effect on survival in referral of patients with breast cancer symptoms: a retrospective analysis, *Lancet* 1999, 353, 1132–1135.

Symmons P.: Cancer biology maybe more important than diagnostic delay, letter, *British Medical Journal* 2002.

5 Fremdkörper bei Spiralenwechsel (Mirena®) in der Gebärmutter zurückgelassen

5.1 Sachverhalt

Die 46-jährige Klägerin Frau K. wollte beim niedergelassenen Facharzt ihre Hormonspirale (Mirena®), welche ihr von dessen Vorgänger vor 5 Jahren problemlos gelegt wurde, wechseln lassen. Kurz vor der letzten Einlage musste bei der Klägerin eine Konisation und Curettage wegen einer zervikalen intraepithelialen Neoplasie III, also einer schweren, auf die Schleimhaut beschränkten Gewebsveränderung, welche durch humane Papilloma-Viren (HPV) hervorgerufen war, unterziehen. Die Klägerin hatte bereits 1986 und 1989 sowie 1994 jeweils Kupferspiralen (Multilo-ad 375) erhalten. Sämtliche Spiraleinlagen waren immer problemlos und der Sitz bei entsprechenden Nachkontrollen war immer gut. Am 6.11. war nun laut Kartei die Entfernung der alten Mirena wegen hochgeschlagenen Rückholfadens unmöglich und der Versuch wurde abgebrochen. Laut Klägerin hätte der Versuch des Spiralenwechsels 30 bis 40 Minuten gedauert, wobei es sie „zwickte“ und sie es irgendwann nicht mehr aushalten konnte. Sie hätte einen Schüttelfrost bekommen und sich für etwa 15 Minuten auf eine Untersuchungsliege gelegt. In der Folge hätte sie durch 4 Tage Blutungen, schwächer als ihre Regelblutung, und stechende Schmerzen gehabt, welche sie mit Aspirin C-Brausetabletten behandelt hätte. Einen Termin 4 Tage später bei Dr. A. hätte sie abgesagt, weil sie das Vertrauen zu ihm verloren hatte.

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

Exakt 7 Tage nach dem vergeblichen Spiralenwechsel erhielt sie einen Termin bei Dr. B., welcher bei der Untersuchung zunächst einen, und dann einen zweiten Metallteil in der Gebärmutter der Klägerin fand und beide entfernte. In weiterer Folge konnte Dr. B. den Spiralenwechsel schnell und problemlos vornehmen. Gegen die Entzündung verschrieb Dr. B. Medikamente.

In einem Arztbrief hielt Dr. B. fest, dass er im Vaginalultraschall einen verdächtigen, metallischen Fremdkörper im Gebärmutterkörper, nahe dem Gebärmutterhals, gefunden hatte. Bei der Tastuntersuchung hätte die Gebärmutter druckempfindlich reagiert, die Eierstöcke wären beidseits ohne Befund gewesen. Dr. B. entfernte zwei 3 bis 4 cm lange Metallhäkchen und die liegende Mirena® aus der Gebärmutter und legte eine neue Mirena®. Es wurde Dalacin® (Antibiotikum) und Seractil® (Schmerzmittel) verordnet. Auf dem von Dr. B. angefertigten Ultraschallbild sieht man tatsächlich sehr schön eine Aufhellung im Bereich des Gebärmutterhalskanals, welche offensichtlich den Metallhäkchen entspricht.

Etwa 4 Wochen nach dem vergeblichen Mirena-Wechsel ging die Klägerin nochmals zu Dr. A. und erklärte ihm, was passiert war. Er stritt alles ab und behauptete, er hätte nur eine Spiralenfasszange, welche er der Klägerin zeigte. Er wollte die Metallteile sehen und wäre laut Klägerin unhöflich gewesen.

Monate später las die Klägerin einen Artikel über Patientenrechte und Aufklärung in der Zeitschrift Medizin-Populär. Sie erkannte, dass Dr. A. ihrer Meinung nach einen Fehler gemacht hätte, da er ihr hätte mitteilen müssen was passiert war. Daher wollte die Klägerin die Metallteile von Dr. B. abholen, der diese jedoch nicht herausgab.

Die Klägerin wandte sich an die Schlichtungsstelle der Ärztekammer in G., wo ein Verfahren in Gang kam, welches jedoch keine Ergebnisse erbrachte. Dr. A. hätte dort wieder eine Spiralenfasszange gezeigt, welche intakt war, und gesagt, er hätte nur diese einzige.

Die Klägerin schloss gegenüber dem Sachverständigen definitiv aus, dass sie zwischen dem Arztbesuch bei Dr. A. und dem Arztbesuch bei Dr. B. noch bei irgendeinem weiteren Arzt oder sonst jemand anderen gewesen wäre. Auch vorher wäre sie nur bei Dr. A. und seinem Vorgänger gewesen und außer den 3 Spiraleneinlagen und der Konisation 1998 wären niemals irgendwelche Manipulationen an ihrer Gebärmutter vorgenommen worden. Daher geht die Klägerin davon aus, dass die Metallteile ausschließlich von dem frustrierten Spiralenwechsel bei Dr. A. stammen können.

Fremdkörper bei Spiralenwechsel (Mirena®) in der Gebärmutter zurückgelassen

Die Untersuchung durch den SV zeigte einen flachen und narbigen Gebärmutterhals nach Konisation, in dessen Tiefe ein Spiralfaden sichtbar war. Bei der Vaginalultraschalluntersuchung zeigte sich die Hormonspirale Mirena® gut liegend. Der rechte Eierstock kleinzystisch 46 mm.

5.2 Beurteilung

Unstrittig ist, dass der Spiralenwechsel bei Dr. A. am 6.11. nicht geglückt war und daher als frustran zu bezeichnen ist. Zu dem hochgeschlagenen Rückhofaden der Spirale wurde gutachtlich festgehalten, dass die Entfernung der alten Spirale dadurch nicht nur deutlich erschwert war, sondern, dass es in dieser Situation manchmal tatsächlich unmöglich ist, eine Spirale zu entfernen. Hiefür gibt es entsprechende Spiralenfasszangen, mit welchen blind in die Gebärmutterhöhle eingegangen wird und versucht wird, die T-förmige Spirale zu fassen.

Vom SV wurde festgestellt, dass die zwei Metallteile ganz offensichtlich von einer sog. IUP-Fasszange, wie sie von diversen Firmen, zB Martin, Veden und Wisap, hergestellt werden, stammt. An den Metallteilen war eindeutig eine Korrosion sichtbar. Zum Bruch derartiger Geräte kommt es, da diese immer in der Führungshülse sterilisiert werden und nicht geöffnet werden. Beim Fassen etwas dickerer Gegenstände unter entsprechendem Zug können diese dünnen Arme dann leicht abbrechen.

Die Frage des Gerichtes, ob die von Dr. B. der Klägerin entfernten Metallhäkchen einem OP-Besteck, welches beim Mirenawechsel zum Einsatz gelangt, zuzuordnen sind, konnte daher eindeutig bejaht werden. Die beiden Metallteile stammen ganz eindeutig von einer sog. IUP-Fasszange, wie sie von vielen Instrumentenherstellern erzeugt wird. Es ist nun durchaus möglich, dass diese Metallteile im Rahmen eines frustranen Spiralen-Bergeversuchs abgebrochen sind. Hiezu wurde gutachtlich festgehalten, dass unter dieser Annahme der Arzt dies zunächst „in der Hitze des Gefechtes“ durchaus übersehen hätte können. Spätestens die Assistentin hätte jedoch das Fehlen der Arme der IUP-Fasszange beim Reinigen und Sterilisieren des Instrumentes feststellen müssen. Selbstverständlich hätte dann die Patientin über den Verlust der beiden Metallhäkchen des Fassinstrumentes informiert werden müssen und es hätten sofort Maßnahmen zur Entfernung derselben aus der Gebärmutter der Patientin gesetzt werden müssen.

Als Folge der zwei Fremdkörper in der Gebärmutter treten, wie bei jedem Organ mit unwillkürlicher, glatter Muskelversorgung Krämpfe auf, mit dem Ziel diesen Fremdkörper herauszubefördern. Naturgemäß kommt

Das gynäkologische Gutachten anhand von Fallbeispielen

es dabei auch zu einer Blutung. Es wurde sachverständig ausgeführt, dass es nicht Aufgabe des Gutachtens aus dem Fachgebiet der Frauenheilkunde sein könne, tatsächlich herauszufinden, ob die von Dr. B. aus der Gebärmutter der Klägerin entfernten Metallteile tatsächlich aus dem Instrumentarium Dris. A. stammen und bei dem in Rede stehenden frustranen Spiralenwechsel tatsächlich abgebrochen sind. Dies ist naturgemäß keine Sachverständigen-, sondern eine Rechtsfrage. Wenn man allerdings dieser Annahme folgt, so ergibt sich folgender **Schmerzkatalog**:

- 6.11.: frustraner Spiralenwechsel
- 7.11.–13.11.: dauernde Unterbauchkrämpfe wegen Fremdkörper, Blutung weniger als Regelstärke, 8 Tage leichte, zeitweilig mittelstarke Schmerzen
- 13.11.: Entfernung von 2 Metallhäkchen, Mirenawechsel
- 13.11.–20.11.: Heilungsphase: 7 Tage leichte Schmerzen.

5.3 Verfahrensausgang

Bei der Verhandlung wurde ein gerichtlicher Vergleich über Zahlung von € 2.000,- an die Klägerin mit einer Einspruchsfrist von 3 Wochen beschlossen. Der Sachverständige empfahl die Annahme dieses Vergleiches dem Beklagten ausdrücklich, nicht zuletzt auch wegen eines zweiten, im Raum stehenden Verfahrens des Beklagten. Der Vergleich wurde rechtswirksam.

5.4 Literatur

Weiss J. N. und Wagner H.: Intrauterine Kontrazeption, In: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 2, Endokrinologie und Reproduktionsmedizin II, herausgegeben von K. Dietrich, 4. Auflage, Urban und Fischer-Verlag, München, Jänner, 2003, 121–141