

Verkennen einer Vulvaneoplasie wegen fehlender Inspektion

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, bei der Krebsvorsorge des weiblichen Genitales eine leitliniengerechte Befundung der Vulva und Vagina zu erheben und diese zu dokumentieren.

von Jörg Baltzer, Rainer Rosenberger und Beate Weber

In den vergangenen Jahren ist es zu einer deutlichen Zunahme der prämaligen und malignen Erkrankungen der Vulva gekommen. Bei den Präneoplasien wird zwischen den u-VIN-Veränderungen, die virusassoziiert sind, und den d-VIN-Veränderungen unterschieden, die HPV-negativ sind und typischerweise auf dem Boden chronischer vulvärer Erkrankungen entstehen. Bei den d-VIN-Veränderungen handelt es sich zumeist um unifokale Läsionen. Für die u-VIN-Veränderungen ist eine Multifokalität beziehungsweise Multizentrität charakteristisch. Als Virustypen kommen am häufigsten HPV 16 und 18 in Frage. Der Anstieg der VIN-Inzidenz ist bei Frauen unter 50 Jahre besonders ausgeprägt [1]. Insofern handelt es sich bei den Präneoplasien und Neoplasien der Vulva nicht mehr um eine Erkrankung der älteren beziehungsweise der alten Frau.

In den Leitlinien wird bei der Krebsvorsorge des weiblichen Genitales obligatorisch eine Befundung der Vulva und Vagina verlangt (vgl. *Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen*, AWMF - Registernummer 015/059). Werden Vulva und Vagina nicht in Augenschein genommen, so liegt ein Befunderhebungsfehler vor, vor allem wenn wiederholt vulväre Beschwerden beklagt und/oder eine Lokaltherapie verschrieben wurde. Da solche Klagen in der gynäkologischen Praxis häufig sind, muss die vorgenommene Inspektion zur Befunderhebung auch entsprechend dokumentiert werden (siehe *Leitlinie a.a.O., Langfassung S. 70*), will sich der Arzt nicht einem Haftungsrisiko aussetzen. Dabei sind auffällige Veränderungen hinsichtlich ihrer Lokalisation, Anzahl und Verteilung, Größe, Begrenzung und Farbe zu beschreiben (siehe *a.a.O.*), was

eine Dokumentation in der Krankenakte beziehungsweise der Patientenakte bedeutet. Diese Dokumentationspflicht ist keine bloße Empfehlung, die je nach Praxisübung mehr oder weniger genau zu befolgen sein könnte, deren praktische Umsetzung also im Belieben des Untersuchers stünde [2].

Der Gesetzgeber hat den Behandelnden in § 630f Abs. 1 BGB verpflichtet, zum Zwecke der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Darin hat er sämtliche, aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse und Befunde (siehe *a.a.O., Abs. 2*). Welche Maßnahmen im vorliegenden Fall durchzuführen waren, ergibt sich aus der zitierten Leitlinie. Es hätte demnach in der Patientenakte unter anderem aufgezeichnet werden müssen, dass die Vulva in ihrer Gesamtheit (*Mons Pubis, Schamlippen, Klitoris, Scheidenvorhof*) klinisch inspiziert wurde, und zwar auch im Wiederholungsfalle. Grundsätzlich genügt eine Aufzeichnung in Stichworten, durch die Irrtümer beim nachbehandelnden Arzt vermieden werden (vgl. *BGH VersR 1992, 745*). Hat sich kein krankhafter, suspekter oder sonst von der Norm abweichender Befund ergeben, genügt ein Vermerk „o. B.“. Diente die Untersuchung der Ausräumung eines Verdachts oder zur Abklärung eines Beschwerdebildes, müssen auch negative Befunde dokumentiert werden (*BGH VersR 1995, 706; OLG Stuttgart VersR 1998, 1550*).

Die rechtlichen Konsequenzen einer unterbliebenen oder mangelhaften Dokumentation sind erheblich. Nach § 630h Abs. 3 BGB wird vermutet, dass der Arzt die Maßnahme nicht getroffen hat, wenn er sie entgegen § 630f Abs. 1 oder 2 BGB nicht aufgezeichnet hat. Zwar kann der Arzt im Prozess diese Vermutung etwa durch Zeugenbeweis widerlegen. Der Beweis ist aber häufig schwierig zu führen. Im Verfahren vor der Gutachterkommission führt die Vermutungswirkung zur Feststellung eines Behandlungsfehlers, weil die Gutachterkommission ihrer Beurteilung die Dokumentation zugrunde legt. Nach ihrem Sta-

tut ist keine Vernehmung von Zeugen oder Beteiligten vorgesehen. Es handelt sich eben nicht um ein gerichtliches Verfahren.

In den letzten Jahren wurden fünf Diagnosefehler bei ähnlich gelagerten Fällen bestätigt, davon bei drei Carcinoma in situ-Veränderungen und zwei Vulvakarzinomen mit Prognoseverschlechterung.

Sachverhalt

Die 32-jährige Patientin gibt an, dass sie am 15. November 2013 mit juckenden Beschwerden im Intimbereich und einem starken Ausfluss den behandelnden Gynäkologen aufgesucht habe. Wegen der langen Wartezeit habe sie ohne ärztliche Untersuchung ein Rezept für eine Lokaltherapie erhalten. Es sei aber nur eine vorübergehende Besserung eingetreten, sodass sie sich am 12. Februar und am 25. März erneut vorgestellt habe. Der Arzt habe von einer Entzündung gesprochen, die mit einem Schnupfen vergleichbar sei. Dies sei nichts Schlimmes und komme häufiger vor. Bedingt durch einen Umzug habe sie dann trotz Fortbestehens der Symptomatik erst verzögert einen zweiten Gynäkologen aufgesucht, der die Beschwerden mit ihrem Nuvaring in Verbindung gebracht habe. Es seien Gynophilus® (*Lactobacillus casei rhamnosus*) und Ovestin® (*Estriol*) verordnet worden. Bei ausbleibender Besserung habe sie am 2. Oktober einen dritten Arzt aufgesucht, der sofort eine offene Stelle erkannt und mittels einer Salbe behandelt habe. Beim Kontrolltermin wäre dann eine Operation vereinbart worden, die am 17. Dezember ein „Carcinoma in situ (VIN III)“ erbracht habe. Ihrer Ansicht nach hätte die fortgeschrittene Neoplasie frühzeitig erkannt und behandelt werden können.

Die belasteten Gynäkologen weisen den Behandlungsfehlervorwurf zurück. In den Ambulanzunterlagen des zweitbelasteten Gynäkologen ist unter dem 11. September 2014 ein Untersuchungsbefund dokumentiert. Es heißt: „Ausfluss, Geruch, Juckreiz. Dysmenorrhoe vor 4 Jahren. Syphilis bei Blutspende. Döderlein“. Die weitere handschriftliche Eintragung ist nicht zu entziffern. Der zytologische Abstrichbefund im Rahmen der Krebsfrüherkennung ergab einen PAP I. In seiner Stellungnahme gibt der Arzt an, dass die Patientin sich nur dieses eine Mal bei ihm vorgestellt habe. Es habe sich bei liegendem Nuvaring im Nativpräparat eine unspezifische intravaginale Entzündung gefunden, es sei der

Einsatz von lokalen Östrogenen empfohlen worden. Bei Fortbestehen der Beschwerden sei eine Wiedervorstellung angeraten worden, die nicht erfolgt sei.

Im Ausdruck der Karteikarte des erstbelasteten Gynäkologen heißt es am 15. November: „Gesichert Fluor vaginalis. Gesichert routinemäßiger Papanicolaou-Abstrich der Zervix“. Unter Befund heißt es: „Gespräch, Magenprobleme seit drei Monaten. SD-Werte sind kontrolliert worden. Nach Absetzen der Pille Hormonwerte kontrolliert im Klinikum, waren im Wesentlichen o.k. Min. Androstendion, möchte Nuvaring (sonst Valette vom Klinikum). Hat erhöhte Leberwerte, von Pille abgeraten. US aktuell negativ, kontrolliert. Chlamydien waren negativ, alle Geschlechtskrankheiten negativ. Uterus normal groß, anteflektiert, Adnexe palpatorisch frei. Portio originär. PAP nativ Clue cells, Aminkolpitis, Amintest positiv“. Dokumentiert ist „Rezeptur von Arilin® (Metronidazol) sowie von Gynophilus®. (Lactobacillus Casei Rhamnosus), PAP II“. In seiner Stellungnahme gibt der Gynäkologe an, die Patientin habe am 15. November nicht über Juckreiz berichtet. Vielmehr wäre die Diagnose der bakteriellen Vaginose ein Zufallsbefund aufgrund des Nativpräparates gewesen.

Bei der Wiedervorstellung am 27. Januar wurde dokumentiert: „Gesichert Dysmenorrhoe. Gesichert Konzeptionsverhütung“. Am 12. Februar lautete es weiter: „Pilzinfektion, gegangen wegen Wartezeit 1 Std. ohne festen Termin. Rezeptur Kadefungin®“. Die Dokumentation am 25. März vermerkte: „Krebsvorsorge. Gesichert Fluor vaginalis. Nuvaring. Rezept Arelin®“. Als Befund wurde schriftlich festgehalten: „Mammae palpatorisch frei, Uterus normal groß, Adnexe palpatorisch frei, nativ Clue cells, Portio originär. PAP. Gesicherte bakterielle Vaginose“. In seiner Stellungnahme verneint der belastete Gynäkologe eine Klage oder ein Hinweis auf Juckreiz am äußeren Genitale zu diesem Zeitpunkt. Es hätten keinerlei Auffälligkeiten im Bereich des äußeren Genitales vorgelegen.

Vom nicht beschuldigten Gynäkologen wurde die Patientin am 2. Oktober untersucht. Dokumentiert wurde: „Patientin kommt zur Vorsorgeuntersuchung, letzte Periode 07.09.2014. Zyklus regelmäßig. Befund: Abdomen weich, ohne Abwehrspannung, Leisten beidseits fest, keine Lymphknoten palpabel. Vulva leicht gerötet, leichte Schwellung im Bereich des hinteren Introitus (DD Kratzspuren/Kondylom),

Vagina unauffällig, Portio glatt, Uterus normal groß, anteflektiert, mobil, nicht dolent. Adnexe beidseits palpatorisch unauffällig. Douglas frei, ohne Resistenzen. Mammae beidseits weich, keine Resistenzen palpabel. Axillae beidseits frei“. Als Diagnose ist dokumentiert: „CA-Vorsorge, Aminkolpitis, Vulvacandidose, Antikonzeption. Zunächst Arilin®, dann Nystaderm comp.® Kontrolle des Befundes in 8 Wochen“. Bei der Kontrolle vom 24. November wurde dokumentiert: „...Vulva: Immer noch kleines, stechnadelkopfgroßes Ulkus im Bereich des hinteren Introitus...“. Zur Therapie ist dokumentiert: „Punch-Biopsie“. Dem histopathologischen Befund der Gewebeentnahme ist zu entnehmen, dass es sich um „Anteile eines epidermoiden Carcinoma in situ (VIN III) neben dysplasiefreiem Plattenepithel, kein Nachweis eines invasiven Plattenepithelkarzinoms“ handelte. Wegen unklarer Resektionsgrenzen wurde die Patientin zur Nachresektion überwiesen, die am 4. Februar komplikationslos unter Ausschluss weiterer Veränderungen durchgeführt wurde. Im Verlauf trat eine Nahtdehiszenz auf.

Beurteilung

Beiden Gynäkologen ist ein Befunderhebungsfehler vorzuwerfen, da sie es unterließen die Patientin im Rahmen der Krebsvorsorge standardgerecht zu untersuchen. Ein Untersuchungsbefund der Vulva und Vagina ist weder am 15. November noch bei der Krebsvorsorgeuntersuchung am 25. März bei erneut gesichertem Fluor vaginalis vom erstbelasteten Gynäkologen durchgeführt worden. Es findet sich nur die Beschreibung von Uterus, Adnexen und Portio. Die im Formblatt für Krebsvorsorgeuntersuchungen angekreuzte „unauffällige Inspektion der Vulva“ kann bei Vorliegen von Beschwerden nicht als Beweis ausgeschlossener Veränderungen der Vulva anerkannt werden. Dies hätte zudem auch für den Uterus, die Adnexen und die Portio gegolten, die jedoch in der Karteikarte explizit aufgeführt werden. Die Angaben im Formblatt dienen der Information des Zytologen und sind beweisrechtlich nicht gleichzusetzen mit einer sachgerechten Befundbeschreibung, an der es hier in Bezug auf die Vulva fehlt.

Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [3] stellt dies eindeutig fest: „Ein spezifisches Screening zur Detektion des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen existiert nicht, eine

suffiziente Untersuchung der gesamten Vulva ist obligater Bestandteil der gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung.“ Auch in der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie [4] wird darauf hingewiesen, dass eine suffiziente Untersuchung der gesamten Vulva obligatorischer Bestandteil der gynäkologischen Krebsfrüherkennungsuntersuchung sei, die hier behandlungsfehlerhaft unterlassen wurde.

Da es sich bei der letztendlich diagnostizierten vulvären intraepithelialen Neoplasie Grad III um eine Veränderung handelt, die sich auf chronisch veränderten, mit dem Auge erkennbaren Terrain der Vulva entwickelt, ist es nicht vorstellbar, dass bei der Untersuchung am 11. September durch den zweibelasteten Gynäkologen keine Veränderung vorhanden gewesen sein soll, die dann sechs Wochen später beim dritten, nicht beschuldigten Gynäkologen aufgefallen ist. Der gültigen Literatur ist zu entnehmen, dass es sich bei dieser Veränderung nicht um einen akut auftretenden Befund, sondern um ein chronisch verlaufendes Krankheitsbild handelt [5, 6]. In den entsprechenden Leitlinien wird ausgeführt, dass die Diagnostik primär klinisch erfolgt, das heißt durch die Inspektion, gegebenenfalls ergänzt durch eine Vulvoskopie, wobei bei auffälligen Befunden die Gewebeentnahme zur eindeutigen Klärung durchgeführt werden muss (*DGGG-Leitlinie* [3]; *AGO-Leitlinie* [4]; [7, 8, 9, 10, 11]).

Letztendlich konnte die Läsion bei dieser Patientin durch die geeignete Operation [12] lokal im Gesunden entfernt werden, sodass durch die Diagnoseverzögerung der Gynäkologen um knapp acht Monate beziehungsweise um sechs Wochen zum Glück kein weiterer Schaden entstand. Ein Rezidivrisiko beziehungsweise die Ausbildung eines echten Karzinoms als Folge ist unwahrscheinlich. Inwieweit die beklagten psychischen Beeinträchtigungen in Form einer anhaltenden Depression eine Folge der verspäteten Diagnose der ausgeheilten Veränderung sind, kann von der Gutachterkommission nicht festgestellt werden. RA

Literaturhinweise

bei der Redaktion erhältlich. www.aekno.de

Professor Dr. med. Jörg Baltzer ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied, **Rainer Rosenberger**, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht a.D., ist Stellvertretender Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, **Dr. med. Beate Weber** ist Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission Nordrhein.