

Erschienen im Nds. Ärzteblatt 2/2017

Kasuistik

Eine 64-jährige Patientin erlitt bei einem Fahrradunfall eine dislozierte Jochbeinfraktur rechts, die zu einer stationären Aufnahme in einer Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie führte. Dort wurde in Intubationsnarkose das Jochbein reponiert und durch eine Miniplattenosteosynthese fixiert. Der frakturierte Orbitaboden wurde mit einer angepassten PDS-Folie rekonstruiert und eine Silikon Drainage eingelegt. Entsprechend dem postoperativen Überwachungsprotokoll erfolgte direkt nach dem Eingriff eine Visuskontrolle über einen Zeitraum von zweieinhalb Stunden. Während dieser Zeit wurde kein Visusverlust diagnostiziert. Am nächsten Morgen klagte die Patientin über ein Druckgefühl im Bereich des rechten Auges und einen Sehkraftverlust. Daraufhin erfolgte eine unmittelbare Revision der Orbitabodenfraktur in Intubationsnarkose. Es wurden die Drainage und die PDS-Folie entfernt. Ein Hämatom fand sich lediglich im vorderen Orbitatrichter, eine akute Blutungsquelle konnte nicht identifiziert werden. Das Hämatom, etwa in der Größe einer Erbse, wurde entfernt und eine Easy-Flow-Drainage eingebracht, um die Orbita zum Sinus maxillares zu entlasten.

Im Befund des ophthalmologischen Konsils direkt nach dem Eingriff wurde ein Ober- und Unterlidhämatom rechts, eine ausgeprägte Chemosis rechts, ein Hyposphagma rechts und eine Pupille mit sehr eingeschränktem Spiel festgehalten. Außerdem wurde eine Makula mit zentraler Atrophie, venöser Kongestion und einzelnen retinalen Hämorrhagien im Verlauf des unteren Gefäßbogens beschrieben und der Verdacht auf eine retrobulbäre Druckentwicklung geäußert. Unmittelbar postoperativ wurde auch ein Computertomogramm veranlasst, das rechts einen regelrechten Nervus opticus, regelrechte Augenmuskeln, einen geringen Exophthalmus und einen regelrechten Bulbus oculi ergab. An den folgenden Tagen erfolgten mehrere augenärztliche Konsile, die jeweils eine rechtsseitige Opticus-Neuropathie unbekannter Ursache beschrieben. Als Ursache wurde eine Kompression durch eine Blutung beziehungsweise ein Ödem im Canalis opticus angenommen.

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin vermutet in der Behandlung durch die Ärzte der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie einen Behandlungsfehler und berichtete, dass sie sowohl bei einer augenärztlichen Untersuchung vor der Operation, als auch direkt nach der Operation im Aufwachraum und auf der Station auf beiden Augen hätte sehen können. Am nächsten Morgen jedoch hätte sie auf dem rechten Auge kein Sehvermögen mehr gehabt. Sie sei zum CT gebracht und danach operiert worden und es seien weitere Untersuchungen beim Augenarzt erfolgt. Das Augenlicht auf dem rechten Auge sei aber nicht wieder zurückgekommen.

Stellungnahme der in Anspruch genommenen Klinik

Die behandelnden Ärzte führten in Ihrer Stellungnahme aus, dass die Patientin nach der Versorgung der Jochbein- und Orbitabodenfraktur zunächst auf der Intensivstation und anschließend auf der Station überwacht worden sei. Bei der routinemäßigen Abendvisite hätte der diensthabende Kollege keine Auffälligkeiten bei der Patientin festgestellt, insbesondere keine Einschränkung des Sehvermögens. Bei der Frühvisite am nächsten Morgen gegen 8 Uhr sei ein Verlust der Sehkraft auf dem rechten Auge festgestellt worden. Daraufhin sei bei der Patientin unverzüglich eine Revision des Orbitabodens durchgeführt worden. Dabei hätte sich in der Orbita keine akute Blutungsquelle dargestellt. Ein kleines Hämatom sei ausgeräumt und durch Verlagerung der freien Knochenfragmente sei Platz für die Weichteile geschaffen worden. Als Ursache der Erblindung hätte sich ein retrobulbäres Hämatom nicht sicher bestätigen lassen. Ob eine andere Ursache für die Erblindung des rechten Auges, wie zum Beispiel ein thrombotischer Verschluss der Zentralarterie des Nervus opticus, vorgelegen hätte, hätte nicht festgestellt werden können.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kommt zu der Feststellung, dass bei der beanstandeten Behandlung mit der postoperativ aufgetretenen Erblindung des rechten Auges kein fehlerhaftes ärztliches Handeln festzustellen sei. Aufgrund der Dislokation des rechten Jochbeins hätte eine Indikation zur Operation, das heißt zur Reposition des Jochbeins und zur Fixation mittels Osteosyntheseplatten, bestanden. Wegen der mehrfragmentären Orbitabodenfraktur sei eine zusätzliche Exploration des Orbitabodens notwendig gewesen. Die Frakturversorgung sei sachgerecht durchgeführt worden.

Der Visus des rechten Auges hätte postoperativ engmaschig kontrolliert werden müssen. Zu diesem Zweck gäbe es in der betroffenen Klinik ein Überwachungsprotokoll, das eine regelmäßige Kontrolle des Visus nach der Revision von Orbitabodenfrakturen vorsehen würde. Die letzte Eintragung sei 2 Stunden und 30 Minuten postoperativ handschriftlich verzeichnet. Es bliebe jedoch offen, ob die vorgesehene Visuskontrolle bis zum nächsten Tag durchgeführt worden sei. Eine Schädigung des Sehnervs durch das Unfallereignis oder die stattgehabte Operation sei unwahrscheinlich, da direkt postoperative Visuskontrollen unauffällig gewesen seien. Mögliche Ursachen für eine später aufgetretene Amaurose könnten der Verschluss von retinalen Arterien verbunden mit einer Ödembildung oder einer Blutung innerhalb des Orbitatrichters sein. Eine intraorbitale Blutung führe zu einem Druckanstieg innerhalb des Orbita und könne somit zur Ischämie des Nervus opticus führen. Hinweise für ein retrobulbäres Hämatom hätten sich jedoch weder bei der Revisionsoperation noch bei der postoperativen Bildgebung ergeben. Daher sei von einem Verschluss von retinalen Arterien und somit von einer sekundären Schädigung des Sehnervs auszugehen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle konnte sich dem Gutachten hinsichtlich der Fehlerfrage nicht in vollem Umfang anschließen, da juristische Erwägungen, die der medizinische Sachverständige nicht anzustellen hatte, zu einem anderen Ergebnis führten.

Jochbeinfrakturen sind stets vergesellschaftet mit mehr oder weniger ausgedehnten Frakturen des Orbitabodens und bedürfen zur Vermeidung von Funktionsstörungen des Auges (Dislokation des Bulbus mit Diplopie und Enophthalmus) einer operativen Versorgung. Im vorliegenden Fall war das operative Vorgehen mit dem eingeschlagenen Zugangsweg zum Orbitaboden, der Reposition der Weichgewebe, der Rekonstruktion des Orbitabodens durch eine individuell adaptierte PDS-Folie und der Fixierung des Jochbeinmassivs mittels zweier Miniplatten nicht zu beanstanden.

Erblindungen nach einer Orbitabodenrevision zählen zu den gefürchteten und schwerwiegenden Komplikationen dieses Eingriffes. In einem Teil der Fälle ist eine Ursache über die Ausbildung eines retrobulbären Hämatoms oder eine direkte Verletzung des Sehnervs eruierbar. Oftmals dagegen lässt sich eine direkte Ursache nicht nachweisen. Bei der Patientin wurde die Visusminderung erstmals am Morgen des ersten postoperativen Tages bei der Frühvisite beobachtet. Die danach eingeleiteten therapeutischen und nachfolgend diagnostischen Maßnahmen waren folgerichtig. Unter der kurzfristig anberaumten Revisionsoperation fand sich ein kleines

Hämatom im vorderen Bereich des Orbitatrichters, jedoch keine akute Blutungsquelle. Trotz der Ausräumung des Hämatoms aus der Orbita kam es nicht zu einer Visusverbesserung. Es verblieb die Erblindung des rechten Auges. Entsprechend dem Überwachungsprotokoll war bis zweieinhalb Stunden nach Ende des Eingriffs der Visus des rechten Auges intakt, die Läsion des Nervus opticus muss in der Zeit danach bis zur Frühvisite am nächsten Tag entstanden sein. Dies spricht am ehesten für eine langsam entstandene Druckerhöhung in der Orbita durch ein Hämatom oder auch Ödem.

Hinsichtlich des Zeitpunkts des Erkennens des Visusverlusts war festzustellen, dass engmaschige postoperative Visuskontrollen beim Eintritt einer Visusminderung eine frühzeitige operative Revision ermöglichen und durch Ausräumung intraorbitaler Hämatome mit Druckentlastung generell zur Wiederherstellung der Sehkraft geeignet sind. Bei der Patientin wurde die Visusminderung erst am Folgetag, etwa 16 Stunden nach Beendigung des ersten Eingriffs, festgestellt, zu einem Zeitpunkt, bei dem bereits ein irreversibler Schaden des Nervus opticus eingetreten war. Vorliegend war davon auszugehen, dass es durch ein Hämatom zu einer Druckerhöhung und nachfolgend zu einer Optikusläsion kam. Außerdem handelt es sich bei den nicht erfolgten Visuskontrollen um eine entscheidungserhebliche Tatsache - die Visuskontrollen wurden fehlerhaft unterlassen. In dem Überwachungsprotokoll sind eindeutig ausschließlich Visuskontrollen bis zweieinhalb Stunden nach Beendigung der Operation dokumentiert. Die nachfolgende Nichtdokumentation von Visuskontrollen indiziert deren Unterlassung, das heißt es spricht viel dafür, dass keine regelmäßige Überprüfung der Sehfähigkeit durchgeführt wurde. Für die weitere Bewertung war deshalb nach Aktenlage davon auszugehen, dass keine regelmäßigen Visuskontrollen erfolgten. Damit lag ein Befunderhebungsmangel vor, der grundsätzlich zu einer Beweislastumkehr führen kann.

Es stellte sich daher die Frage, inwieweit Veränderungen in der Beweislastverteilung zwischen den Parteien daraus resultieren. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff).

Diese Voraussetzungen waren in vorliegendem Fall erfüllt: Bei Durchführung der erforderlichen Visuskontrollen wäre der Visusverlust mit überwiegender Wahrscheinlichkeit rechtzeitig

aufgefallen. Hierauf hätte umgehend mit einer Revisionsoperation reagiert werden müssen. Es nicht zu tun, wäre grob fehlerhaft gewesen. Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen. Entsprechend hielt die Schlichtungsstelle Schadensersatzansprüche für begründet.

Fazit

Nach der operativen Versorgung von Orbitabodenfrakturen ist eine regelmäßige postoperative Überprüfung des Visus, auch über die nachfolgende Nacht hinaus, unumgänglich, um ein eventuell auftretendes retrobulbäres Hämatom, das über eine Ischämie des Nervus opticus zu einem Seh-verlust führen kann, rechtzeitig zu erkennen und entsprechende chirurgische Maßnahmen einzuleiten. Das Unterlassen einer regelmäßigen Kontrolle stellt einen groben Fehler dar und der Befunderhebungsmangel führt zu einer Beweislastumkehr.