

*Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 7/2011*

## **Einleitung**

Jochbeinfrakturen zählen zu den am häufigsten übersehenen Frakturen. Eine deutliche Schwellung der Wange und Funktionsstörungen, wie Diplopie, Mundöffnungsbehinderung und Sensibilitätsstörungen im Ausbreitungsgebiet des N. infraorbitalis, nach einem Unfallereignis deuten auf eine Jochbeinfraktur hin und bedürfen zwingend einer röntgenologischen Abklärung.

## **Kasuistik**

Eine 48-jährige Patientin befand sich wegen einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung zu Rehabilitationsmaßnahmen in einer Reha-Klinik. Dort stürzte sie nach einer Ergometertrainingseinheit als Folge einer vasovagalen Synkope gegen eine Tür. Bei der ersten klinischen Untersuchung wurde eine Prellung der rechten Gesichtshälfte mit oberflächlichen Schürfwunden an der rechten Schläfe diagnostiziert und nachfolgend eine Gehirnerschütterung sowie ein Myokardinfarkt mittels EKG und laborchemischen Untersuchungen ausgeschlossen. Nach dem Unfallereignis entwickelte sich rasch eine deutliche Schwellung im Bereich der rechten Gesichtshälfte, die durch Kühlung angegangen wurde. Nach Abschwellung des Gesichtes zeigte sich zehn Tage nach dem Unfallereignis eine Stufenbildung im Bereich des rechten Infraorbitalrandes und die jetzt angeordneten Röntgenaufnahmen ergaben eine laterale Mittelgesichtsfraktur rechts. Vonseiten der Rehabilitationsklinik wurde die Patientin darauf hin entlassen und ein Vorstellungstermin bei einem Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen vereinbart, der klinisch und röntgenologisch eine Jochbeinfraktur rechts unter Beteiligung des Orbitabodens und der Vorderwand des Oberkiefers mit Anästhesie im Ausbreitungsgebiet des N. infraorbitalis rechts diagnostizierte. Außerdem fand er einen Hämatosinus rechts. Zur Versorgung der Fraktur wurde die Patientin stationär aufgenommen, und es erfolgte in Intubationsnarkose die Reposition des rechten Jochbeins, eine Revision des Orbitabodens und der fazialen Kieferhöhlenwand mit Miniplattenosteosynthese sowie eine Neurolyse des N. infraorbitalis rechts. Der Orbitaboden und die faziale Kieferhöhlenwand wurden mit Ethisorbmembranen wiederhergestellt.

[www.schlichtungsstelle.de](http://www.schlichtungsstelle.de)  
[info@schlichtungsstelle.de](mailto: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

Wegen fortbestehender Sensibilitätsstörungen im Ausbreitungsgebiet des N. infraorbitalis rechts suchte die Patientin einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie auf, der die Sensibilitätsstörungen im Bereich des zweiten Trigeminusastes als Folge der Fraktur verifizierte und zentralneurologische Ursachen ausschloss. Bei der Ableitung von somatosensibel evozierten Potenzialen am N. trigeminus fanden sich linksseitig normale Werte, rechtsseitig jedoch konnten keine Potenziale abgeleitet werden. Die Eingliederung der Patientin in den Arbeitsprozess gelang nur schrittweise, da sie seit dem Unfall unter Albträumen und unter einer depressiven Stimmungslage litt.

Die Patientin vermutete in der Behandlung der Reha-Klinik einen Behandlungsfehler und beanstandete, dass sie fehlerhaft nach der Erstuntersuchung trotz einer erheblichen Schwellung im Bereich der rechten Gesichtshälfte nicht geröntgt worden sei. Die behandelnde Ärztin hätte nach dem Sturz eine Gehirnerschütterung, eine Platzwunde am Kopf und eine geschwollene rechten Gesichtshälfte diagnostiziert und keine Veranlassung gesehen, trotz des schwerwiegenden Sturzes eine Röntgenuntersuchung zu veranlassen. Diese sei erst zehn Tage später aufgrund der persistierenden Beschwerden veranlasst worden. Durch die verspätete Erkennung der Jochbeinfraktur sei es auch zu einer zu späten operativen Intervention und Entlastung des Nerven gekommen. Sie postulierte, dass es bei einer unverzüglichen operativen Versorgung nicht zu den Sensibilitätsstörungen gekommen wäre, die bis heute anhalten würden und wahrscheinlich irreparabel seien.

Die behandelnden Ärzte argumentierten, dass bei der Patientin nach dem Unfallereignis keine Hinweise für eine Schädelfraktur bestanden hätten. Sie sei über 60 Minuten engmaschig im Intensivzimmer der Klinik überwacht worden und elektrokardiographisch und laborchemisch hätte ein akutes Myokardinfarktgeschehen ausgeschlossen werden können. Im weiteren Verlauf hätte sich eine Schwellung der rechten Gesichtshälfte entwickelt, die mit Cool Packs behandelt worden seien. Erst nach zehn Tagen hätte sich nach Abschwellung der rechten Gesichtshälfte eine Konturunterbrechung am rechten Orbitaboden gezeigt. Die daraufhin sofort durchgeführte Röntgendiagnostik hätte den Verdacht auf eine Aussprengung aus dem rechtsseitigen Orbitaboden ergeben, und die Klinik hätte sofort die notwendigen weiteren therapeutischen Maßnahmen veranlasst.

## Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kommt zu der Feststellung, dass bei der beanstandeten Behandlung durch die Reha-Klinik gegen seinerzeit geltende Standards verstoßen, also fehlerhaft gehandelt worden sei. Nach dem Sturz hätte eine

Röntgenuntersuchung des Gesichtsschädels durchgeführt werden müssen, da die Art der Gewalteinwirkung und das Leitsymptom der Hypästhesie des N. infraorbitalis rechts zumindest einen Anfangsverdacht auf eine laterale Mittelgesichtsfraktur nahe gelegt hätten, der dann durch entsprechende Bildgebung hätte bestätigt oder ausgeschlossen werden müssen. Für diese Röntgenuntersuchung hätte jedoch nach dem Sturz keine unmittelbare Indikation bestanden. Angesichts der Situation einer plötzlichen Bewusstlosigkeit der Patientin wären vollkommen zu Recht zunächst die Überprüfung der Vitalparameter und der Ausschluss lebensbedrohlicher zerebraler oder kardialer Ereignisse in den Vordergrund zu rücken gewesen.

Die Sensibilitätsstörungen im Ausbreitungsgebiet des N. infraorbitalis rechts hätten jedoch durch eine frühere Diagnose und Operation der Jochbein-/Orbitabodenfraktur nicht verhindert werden können. Sie seien nicht ursächlich auf die zehn Tage verzögerte Röntgendiagnostik zurückzuführen. Die Schädigung des Nerven wäre eindeutig durch die Quetschung als Folge der direkten Gewalteinwirkung beim Bruch des Jochbeins und Orbitabodens eingetreten. Das Intervall zwischen Trauma und Operation spiele keine wesentliche Rolle hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit der Erholung der Innervation des N. infraorbitalis. Vielmehr würden der Schweregrad der Schädigung, also der Grad der Dislokation und insbesondere die Einbeziehung des Canalis infraorbitalis als wesentliche Faktoren für die Prognose der Nerverholung angegeben. Deshalb würde die Reposition der Jochbein-/Orbitabodenfraktur nur in Ausnahmefällen als dringend angesehen, und im Gegenteil würde sogar Zeit für die Abschwellung der Weichteile eingeräumt, um den operativen Zugang und die Palpation der knöchernen Strukturen zu erleichtern. Die Sensibilitätsstörungen wie auch die Zeitdauer ihres Auftretens wären auch bei richtigem ärztlichen Handeln ohnehin eingetreten. Auch Schmerzen und Schwellungen wären im gleichen Rahmen zu beobachten gewesen. Fehlerbedingt seien keine zusätzlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen eingetreten.

## Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle folgte dem schlüssigen Gutachten und vertrat ebenfalls die Ansicht, dass von den Ärzten der Reha-Klinik zweifelsfrei bei der Erstuntersuchung die Jochbeinfraktur übersehen und nicht die erforderlichen bildgebenden Verfahren zur Diagnosestellung veranlasst wurden. Obwohl keine massiven Funktionsbeeinträchtigungen, wie eine Diplopie oder eine Mundöffnungsbehinderung, bestanden, haben die massive Schwellung der gesamten rechten Gesichtshälfte und die Sensibilitätsstörungen im Ausbreitungsgebiet des N. infraorbitalis eindeutig auf eine Jochbeinfraktur hingewiesen. Entsprechend hätte die Patientin einer

weitergehenden Röntgendiagnostik oder einer fachärztlichen Untersuchung zugeführt werden müssen. Entsprechende Untersuchungen wurden seinerzeit nicht veranlasst, so dass ein Befunderhebungsmangel vorliegt, wobei nach Lage der Akten davon auszugehen war, dass bei Veranlassung einer Nasen-Nebenhöhlen-Aufnahme die Jochbeinfraktur erkannt worden wäre. Nach sachgerechter Frakturversorgung kam es zu einer Ausheilung der Fraktur in regelrechter Stellung, es verblieb jedoch die Sensibilitätsstörung im Ausbreitungsgebiet des N. infraorbitalis. Dies ist Folge der direkten Verletzung des Nerven und nicht auf die verzögerte Diagnostik und Behandlung zurückzuführen. Auch bei einer unmittelbaren Diagnose und frühzeitigen Revision mit Neurolyse des N. infraorbitalis im Nervenkanal wäre der Funktionsausfall nicht zu vermeiden gewesen. Letztlich ist die Jochbeinfraktur standardgemäß behandelt worden mit einem Behandlungsverlauf, der auch bei rechtzeitiger Diagnose der Jochbeinfraktur nicht anders abgelaufen wäre.

Der Befunderhebungsmangel zeitigte in diesem Fall ausnahmsweise keine beweisrechtlichen Konsequenzen zugunsten der Patientin, da der Funktionsausfall des N. infraorbitalis zweifelsfrei direkt mit dem Unfall kausal verknüpft war.

Entsprechend hielt die Schlichtungsstelle Schadensersatzansprüche nicht für begründet.