

# Neurochirurg vor Gericht: Begutachtungsfragen nach Schädel-Hirn-Trauma

G. Sandvoß

Gründer und Mitglied des Gutachterausschusses des BDNC  
Chefarzt i. R.

Vortrag anlässlich der 32. Fortbildungstagung der DGNC  
Thema: Schädel-Hirn-Trauma (SHT) und Periphere Nerven (PN)

Samstag, 16. November 2013 in Seeheim-Jugenheim

[sandvossgerddr@t-online.de](mailto:sandvossgerddr@t-online.de) , [www.sandvoss-neurochirurg.de](http://www.sandvoss-neurochirurg.de)

[www.bdnc.de](http://www.bdnc.de)

# 1. Fall

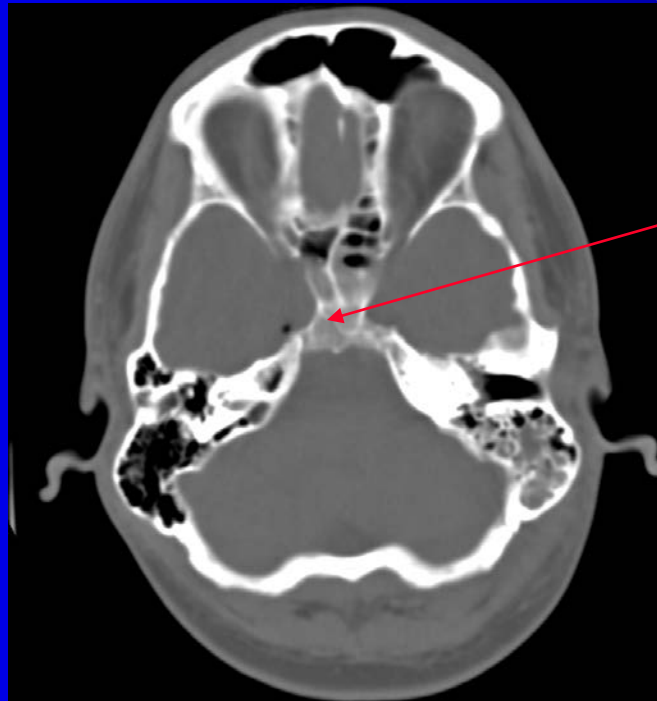
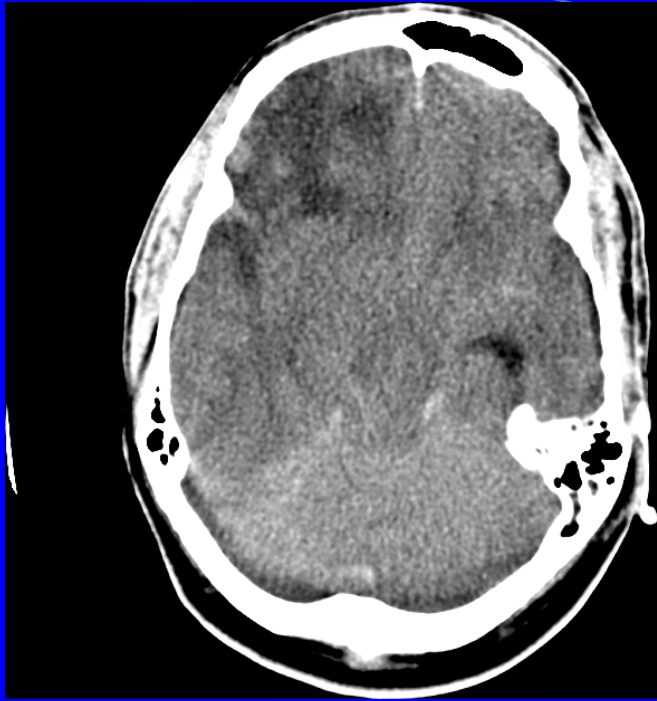
- Männlich, schweres Schädelhirntrauma, Intensivtherapie in auswärtigem KKH
- Neurochirurg als Konsiliarius kann den Patienten wegen Bettenmangels nicht auf die eigene Intensivstation übernehmen
- Patient verstirbt an Traumafolgen
- Verantwortliche Intensivschwester des KKH begeht Suizid

# Vorwurf der Staatsanwaltschaft im Ermittlungsverfahren

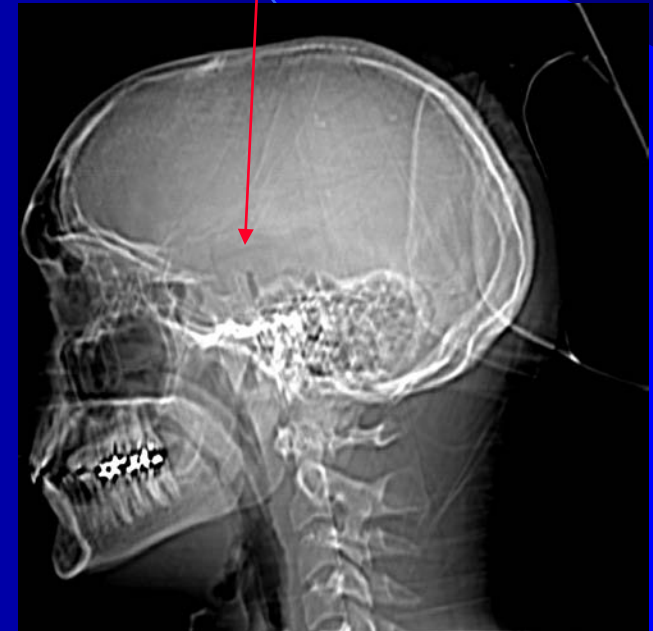
- Unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB:
- durch die nicht erfolgte Übernahme in die Neurochirurgie (so der Erst-Gutachter nach Aktenlage)
- durch Unterlassen der angeblich gebotenen bds. Entlastungstrepanationen

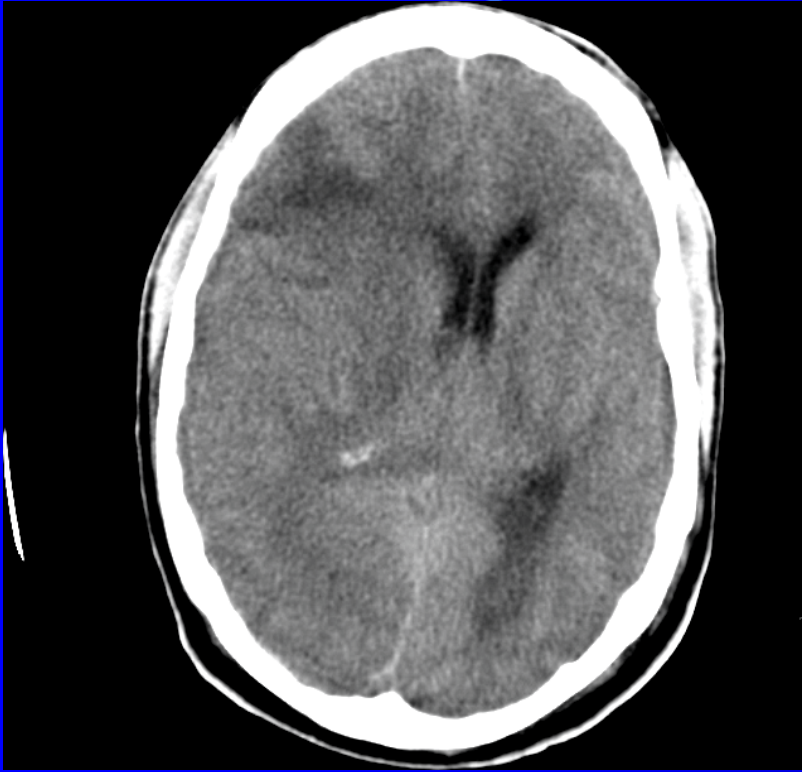
# Mängelliste laut Privatgutachter:

- Grobe Mängel bei der Ermittlungsarbeit: keine Sektion durchgeführt!
- Nur Aktengutachten: die externe Bildgebung (CCT) nicht nachbefundet
- Entlastungstrepanationen zum Standard erhoben
- „offene“ Schädelbasisfraktur übersehen, Meningitis als Todesursache nicht ausgeschlossen!



Luft para - bzw. retrosellär





Kleinhirnödem, der 4. Ventrikel und die infratentoriellen Zisternen sind fast aufgebraucht

# Das Privatgutachten führt zur Einstellung des Verfahrens:

- da die Todesursache nach wie vor unklar (z.B. Meningitis bei „offenem“ SHT)
- weil Entlastungstrepanationen nach dem Lehrbuchstandard (GREENBERG, MOSKOPP/WASSMANN) nicht obligat d.h. noch nicht „Standard“ sind
- weil supratentorielle Entlastungstrepanationen zu einer tödlichen retrograden Kleinhirnherniation nach oben in den Tentoriumschlitz hätten führen können



## 2. Fall

- 42 j. Kosovo-Albaner fällt aus dem Korb eines umstürzenden Hubkrans aus 4 m Höhe auf harten Untergrund:
- Polytrauma mit EDH, Schädel – und basisfrakturen, HWS Fraktur, Frakturen bd. Unterarme usw
- Zahlreiche erfolgreiche Operationen im Rahmen einer 40 tägigen Intensivtherapie
- Neu: Entwicklung eines Diabetes mellitus und eines Diabetes insipidus
- Verlegung auf die NC-Normalstation, da in der REHA kein Platz frei ist
- Exsiccose, psychomot. Unruhe, Fixation, Rückverlegung zum ZVK



# Dramatische Folgen:

- Beim Legen des ZVK akuter Herzstillstand, erfolgreiche Reanimation
- Angeblich „hypoxisches“ Hirnödem
- Tod im Coma cerebrale

# Vorwurf der Staatsanwaltschaft im nachfolgenden Gerichtsverfahren

- Fahrlässige Körperverletzung mit Todesfolgen nach § 227 StGB:
- verursacht durch die die Normalstation führende Assistenzärztin (laut „fachfremden“ Gerichtsgutachtern Gerichtsmediziner / Anästhesist nach Aktenlage + Sektionsbefund)
- durch „Verdursten“ des in ihrer Obhut befindlichen Patienten

# Mängelliste laut Privatgutachter:

- Grobe Mängel bei der Ermittlungsarbeit: keine Sektion der Schilddrüse, der Testes, der NN-Rinden, unvollständige Hirnsektion!
- die bioptisch nachgewiesene Nekrosen und Einblutung in den Hypophysenvorderlappen wurden negiert:
- Zu Lebzeiten wurde auf der Intensivstation: der posttraumatischer Panhypopituitarismus, das diencephales Syndrom mit potentiell tödlicher endocriner Krise nicht erkannt
- Typische Komplikationen beim Legen eines ZVK wurden nicht diskutiert: Luftembolie mit oberer Einflusstauung und konsekutivem Hirnödem! Überwässerung, pontine Myelinolyse
- Unqualifizierte bzw. unvollständige „Übergabe“ von Intensiv auf die Normalstation bei „Befunderhebungsmangel“: kein endokrines Update im Rahmen der 40 tägiger Intensivtherapie
- Unkenntnis der Fachliteratur:

POWNER DJ, BOCCALANDRO C, ALP MS, VOLLMER DG (2006) Endocrine failure after traumatic brain injury in adults. *Neurocrit Care* 5: 61-70

AIMARETTI G et al (2005) Residual pituitary function after brain injury-induced hypopituitarism: a prospective 12-month study. *J Clin Endocrinol Metab* 90: 6085-92

AGHA A et al (2004) Neuroendocrine dysfunction in the acute phase of traumatic brain injury. *Clin Endocrinol (Oxf)* 60: 584-91

Kleindienst A, G Brabant, C Bock, Ch Maser-Gluth, M Buchfelder (2008) Neuroendocrine Function following Traumatic Brain Injury and Subsequent Intensive Care Treatment: A Prospective Longitudinal Evaluation. *J Neurotrauma* 26:1435–1446 (September 2009)

SCHNEIDER M, H SCHNEIDER, GK STALLA (2005) Anterior Pituitary Hormone Abnormalities following Traumatic Brain Injury. *J Neurotrauma* 22 (9): 937–946

GREENBERG MS (2006) *Handbook of Neurosurgery*. Thieme Verlag, New York, p. 420, 645 (posttraumatic Hypopituitarism: 40 % Diabetes insipidus, 100% Defizit Wachstumshormon und Gonadotropin, 95% Corticotropin Defizit, 85% reduziertes TSH)

Kostron A, I Mohsenipour (1983) Das diencephale Syndrom. *Z. Allg. Med.* 59: 228-231

Förster Ch (1975) Das diencephale Syndrom. *Med Klin* 70 Nr. 37: 1458-1461

Popugaev KA, IA Savin, AS Goryachev, AA Polupan, AV Oshorov, EYu Sokolova, VO Zakharuv, AYu Lubnin (2012) Diencephalic syndrome. *Anesteziologija i reanimatologija* 4: 42 - 47

# Folgen:

- Die Staatsanwaltschaft hat gegen das Urteil Berufung eingelegt
- Die betroffene Assistenzärztin hat danach gegen das sie belastende Urteil ebenfalls Berufung eingelegt und das Parteigutachten in Auftrag gegeben
- Das Strafverfahren ist nach wie vor anhängig

# Take home messages

- Der qualifizierte **Parteigutachter ist das unverzichtbare Schutzschild des Beschuldigten im Strafverfahren** (in dubio pro reo). Er hat laut BGH die gleichen Rechte wie der Gerichtsgutachter.
- Der Privatgutachter sollte sich aber immer einen Vorsprung wie bessere Literaturkenntnis oder durch die Bildgebung sichern und Versäumnisse der Vorgutachter konsequent offenlegen.
- **Man darf nie einen „fachfremden“ Gerichtssachverständigen akzeptieren:**  
BGH NJW 1997 S. 3090: OLG Hamm VersR 2001 S. 249: *Es gilt der Grundsatz der fachgleichen Begutachtung. Der Sachverständige ist grundsätzlich aus dem medizinischen Fachbereich des behandelnden Arztes zu bestimmen.*  
Oder BGH, NJW 1987, 2300 = LM § 402 ZPO Nr. 31 zit.nach NJW 1999 Heft 24 S. 1803
- Immer neurochirurgische Fachkompetenz hochhalten und bei voller eigener Intensivstation den Patienten in die nächste Neurochirurgie weiterverlegen: **nie ablehnen sondern weitervermitteln.**
- Nie einen Schwerkranken von der eigenen Intensivstation ohne vollständige Diagnostik auf die Normalstation übernehmen: die Früh-REHA/Neurologie/Endokrinologie ist kompetenter und personell besser ausgestattet.