

(Aus dem Universität-Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin,
Königsberg i. Pr. — Direktor: Prof. Dr. *Nippe*.)

Über Handlungsfähigkeit nach schwerer Kopfverletzung.

Von
Privatdozent Dr. C. Goroney.

Wenn es bei der Rekonstruktion eines Tatbestandes von Bedeutung ist, festzustellen, ob unmittelbar nach einer schweren Kopfverletzung Handlungsfähigkeit des Verletzten bestand oder nicht, so wird in den allermeisten Fällen dieser Art zu untersuchen sein, ob sofort Bewußtlosigkeit aufgetreten und dadurch die Handlungsfähigkeit aufgehoben gewesen ist. Zahlreiche Arbeiten über diesen Fragenkomplex liegen vor. Es zeigt sich aber, daß relativ selten eindeutige Schlüsse möglich sind und daß immer wieder überraschende Beobachtungen gemacht werden. Ein entsprechender Fall ist von uns erlebt worden. Er soll mitgeteilt werden, da kasuistisches Material in erster Linie die aufgeworfene Frage zu klären geeignet ist.

Es handelt sich um eine schwere Kopfverletzung durch stumpfe Gewalt: Fraktur mit multiplen Kontusionsherden (Ober- und Unterfläche des Gehirns). Weder sofort noch bald nach der Verletzung trat Bewußtlosigkeit auf. Die Handlungsfähigkeit blieb über lange Zeit erhalten, hier derart, daß der Verletzte einen weiten Weg nach Hause allein zurücklegen konnte.

Am 8. V. 1929 wurde von Medizinalassessor Dr. L. und mir die gerichtliche Leichenöffnung des am 4. V. verstorbenen 25jährigen Knechtes N. in einer Kleinstadt Ostpreußens vorgenommen. Über die Vorgeschichte war zur Zeit der Sektion uns nur bekannt, daß der verstorbene N. am Morgen des 4. V. bei Dienstanfang bewußtlos im Bette gefunden, dann sofort in das Krankenhaus gebracht und dort nach kurzer Zeit verstorben war. Der leitende Krankenhausarzt Dr. W. hatte die Vermutungsdiagnose Gehirnblutung gestellt.

Die Sektion ergab u. a. folgendes: Keine äußeren Verletzungen. In der Bindehaut des rechten Oberlides eine punktförmige Blutung. Pupillen mittel- und gleichweit. Unter der Kopfschwarte über dem rechten Seitenwand-, Stirn- und Schläfenbein und über dem linken Seitenwandbein Blutungen in dünner Schicht, von dunkelroter Farbe und locker geronnener Beschaffenheit. Die Beinhaut des Schädels in den erwähnten Bezirken ebenfalls durchblutet. Dickste Stelle der Sägefläche des Schädeldaches 3 mm.

Diastase der Kranznaht rechts. Von hier beginnend ein Bruch des rechten Seitenwandbeines, der über den Höcker nach dem Hinterhauptsbein zog und frei etwa 1 cm unterhalb der Sägefläche endete.

Auf dem rechten vorderen Viertel der harten Hirnhaut ziemlich fest haftend ein großes schwärzliches Blutgerinnsel, das das Gehirn an dieser Stelle eingedellt hatte.

An der Außenseite des rechten Stirn- und Scheitellappens entsprechend der Nahtdiastase bzw. der Frakturlinie 2 etwa markstückgroße Blutunterlaufungen der weichen Häute, eine weitere über dem linken Scheitellappen hinter der hinteren Zentralwindung und schließlich eine an der *Unterfläche* des linken Stirnlappens.

Die Hirnrinde zeigte *an allen diesen Stellen Kontusionsherde*. Die motorischen Regionen waren unverletzt. Gehirn im übrigen blutreich, nicht sehr feucht.

Im vorläufigen Gutachten führten wir demnach aus, daß die Todesursache eine Blutung aus der Arteria meningea media infolge eines Schädelbruches und der Schädelbruch die Folge einer stumpfen Gewaltwirkung gewesen sei.

Die Schwurgerichtsverhandlung — wir hatten inzwischen nichts mehr von dem Fall gehört — brachte interessante Feststellungen über das klinische Verhalten des seinerzeit tödlich verletzten Mannes.

Am Abend des 3. V. 1929, also am Tage vor dem Tode, kam es zwischen zwei feindlichen Parteien im Dorfe E. zu einer der üblichen Reibereien, die dieses Mal ernsteren Charakter annahm. In dem sich entspinrenden Kampf gerieten der Angeklagte und der verstorbene N. aneinander. Alkohol spielte keine Rolle. Ich zitiere nun auszugsweise das Urteil: Beide kamen zu Fall und rollten unter die Deichsel eines Wagens. Plötzlich fühlte der Angeklagte, daß er mit dem Messer am Oberschenkel und am linken Handgelenk gestochen war. Beide Gegner ließen nun voneinander ab und erhoben sich, jeder auf einer Seite der Deichsel. Der Angeklagte wickelte ein Taschentuch um die Wunde am Handgelenk und machte N. Vorhaltungen wegen der Messerstiche. N. bestritt seinerseits, überhaupt ein Messer zu haben, stieg über die Deichsel und kam auf den Angeklagten zu. In diesem Augenblick ergriff der Angeklagte eine gerade am Boden liegende *Dreikantlatte* und hieb mit derselben seinem Gegner N. *einen Schlag über den Kopf*. N. knickte etwas zusammen und rief: „Mein Kopf, mein Kopf!“ Dabei lehnte er sich an die Scheunenwand. Nun trat ein Zeuge Gustav A. an N. heran und hieb ihm ebenfalls mit einer *Zaunlatte einen Schlag über den Kopf*. *Der Geschlagene fiel auch daraufhin nicht nieder, sondern lief mit seinem Halbbruder Otto W. weg*. Beide gingen nach Hause. Auf dem Wege nach Hause und zu Hause wurden N. sicher keine Verletzungen beigebracht. Am nächsten Tage wurde N. bewußtlos in seinem Bette aufgefunden usw.

Die Zeugen machten einen glaubwürdigen Eindruck. Der beteiligte Halbbruder des Verstorbenen hatte sich übereinstimmend geäußert. Es ist also sichergestellt, daß tatsächlich der Verstorbene nach der Ver-

letzung das Bewußtsein und seine Handlungsfähigkeit bis zu seiner Rückkehr nach Hause nicht verloren hatte.

Das Schwurgericht sprach den Angeklagten wegen Notwehr frei.

Der Fall zeigt also die auffällige Beobachtung, daß eine sehr schwere Gehirnerschütterung durch stumpfe Gewalteinwirkung, die mit Schädel-fraktur und Contrecoupverletzungen einherging, klinische Erscheinungen einer Gehirnerschütterung, insbesondere Bewußtlosigkeit gleich nach der Verletzung vermissen ließ.

Besonders auffällig sind die Contrecoupverletzungen. Obwohl sie der Ausdruck dafür sind, daß das Gehirn im ganzen von erheblichen Stößen durchsetzt gewesen ist, war das Bewußtsein erhalten geblieben. Man wird daher mit der Annahme sofortiger Bewußtlosigkeit auch bei pathologisch-anatomischen Anzeichen schwerer Gehirnerschütterung, wie sie im vorliegenden Falle vorhanden waren, zurückhaltend sein müssen.
