

Stellungnahme zum rechtsmedizinischen Gutachten von Prof. Dr. Dr. M. Dettmeyer vom 04.07.2011 betreffend Alex Khemma

Dr. med. Michel Romanens, 14.07.2011
Verein Ethik und Medizin Schweiz, www.vems.ch

Entgegen den schweizerischen rechtsmedizinischen Gutachten aus Zürich und Bern (2010) geht Prof. Dettmeyer (04.07.2011) nicht davon aus, dass eine hypertrophe Kardiomyopathie gesichert ist bzw. dass daraus eine Todesursache konstruierbar wäre. Damit bestätigt Prof. Dettmeyer die Ansicht von Dr. med. Michel Romanens weitgehend, welcher das Vorliegen einer HCM als eigentliche Todesursache von Anfang an als unwahrscheinlich betrachtete.

Prof. Dettmeyer sieht die eigentliche Ursache des plötzlichen Herztods in der Diagnose einer fibromuskuläre Dysplasie (FMD) von kleinen Arterien im Ventrikelseptum. Gemäss Prof. Dettmeyer führte die Stress-Situation im Rahmen der Ausschaffung Level IV zu einer Dekompensation der vorbestehenden Herzerkrankung FMD im Sinne eines plötzlichen Herztodes durch Kammerflimmern oder durch eine Asystolie als Folge einer Ischämie im Bereich des Reizleitungssystems. Prof. Dettmeyer betrachtet *allerdings auch zusätzlich* die Umstände der Ausschaffung, insbesondere die Stress-Situation und den Hungerstreik als *konkommittierend relevant* im Mechanismus, welcher zum Tode führte.

Das Myokard weist im Septalbereich vor allem im Bereich des Endokards *chronische* Veränderungen auf, welche mit kleinen Myokardnekrosen vereinbar, aber *nicht beweisend* sind (unspezifische Fibrosen und Kollageneinlagerungen). Die Bestimmung des Einengungsgrades der Septaläste ist beim toten Herzen, welches meist in der Systole untersucht werden muss, *sehr schwierig*, da das Lumen nur in der Diastole genügend geöffnet ist, um das Blut fließen zu lassen. Zudem bestehen anamnestisch keine Hinweise auf repetitive Ischämien, welche sich klinisch als Angina pectoris manifestieren müssten. Die *klinische Relevanz des Einengungsgrades der Septaläste kann patho-anatomisch nur mit grosser Unsicherheit beurteilt werden, zumal auch eine lokale Kollateralisierung von Einengungen Ischämien und Nekrosen verhindert*.

Gemäss Protokollen lag anlässlich *einer bereits vorliegenden Bewusstlosigkeit* ein Blutzucker von 11.1 mol/l vor, ferner haben zwei Zeugen unabhängig voneinander einen Puls ertasten können, in einem Fall durch den Handschuh mittels Handauflegen auf die Brust von Alex Khemma (*tastbarer Herzspitzenstoss*).

Die erweiterte kardiale Anamnese bei der Familie von Alex Khemma ergibt keinen Hinweis auf Präsynkopen oder Synkopen vor und während der Ausschaffungshaft.

Wenn repetitive Durchblutungsstörungen des Ventrikelseptums als Folge der FMD der Septaläste das Reizleitungssystem betreffen, hätte Alex Khemma bereits früher immer wieder, vor allem in Stress-Situation, Präsynkopen oder Synkopen oder zumindest eine Angina pectoris bei körperlicher Anstrengung oder Stress erleiden müssen. Wäre jedoch ein idiopathischer ventrikulärer Ersatzrhythmus vorgelegen, welcher die Präsynkopen oder Synkopen verhindert hätte, hätte dieser Ersatzrhythmus auch anlässlich der Stress-Situation

bei der Ausschaffung auf dem Level IV wirksam werden müssen und eine Bewusstlosigkeit verhindert.

Ein Kammerflimmern als Ursache der Bewusstlosigkeit ist primär auszuschliessen, da noch ein Puls während der Bewusstlosigkeit festgestellt wurde. Ein Kammerflimmern und eine hochfrequente Kammertachykardie, welche zur Bewusstlosigkeit führen, ist *nie* mit der Tastbarkeit des Pulses verbunden. Die Bewusstlosigkeit muss deshalb initial eine andere Ursache gehabt haben.

Histopathologisch wurde zudem ein akuter Myokardinfarkt im Septalbereich ausgeschlossen.

Somit besteht anamnestisch eine völlig asymptomatische FMD, welche insbesondere auch nicht zu Brustbeschwerden (Angina pectoris) geführt hat. Die klinische Relevanz des patho-anatomischen Befundes ist somit *in keiner Weise gesichert*.

Der in Anbetracht des Hungerstreiks gemessene Blutzucker von 11.1 mol/l ist als *hoch* zu bezeichnen und Ausdruck des Schweregrades der Stress-Reaktion. In Anbetracht des erwiesenen Vorliegens einer Kreislaufaktion während der Synkope muss ein *Blutdruckproblem* vorgelegen haben. Dieses Blutdruckproblem wird typischerweise im Rahmen von erheblichen Stress-Situationen als Folge einer *vasovagalen Reaktion* auftreten. Aufgrund der Schilderungen und Umstände muss es sich dabei um ein *vasovagale Reaktion vom vasodepressorischen Typ* gehandelt haben. Ohne rasche adäquate Gegenmasse *einer solchen reaktiven und recht häufigen Stressreaktion* kommt es zu einer globalen Hypoperfusion des Körpers, insbesondere auch des Herzens. Die Folge ist dann in der späteren Phase ein Kammerflimmern, oder wie bei Alex Khemma dokumentiert, eine *Asystolie, ev. perpetuiert durch einen Kaliummangel*. In der Regel erholen sich Personen mit solchen vasovagalen Reaktionen bei *rascher Einnahme* einer liegenden Position, indem die vasovagale Reaktion über den Mechanismus der Synkope (Bewusstlosigkeit) automatisch zum Abliegen bzw. Sturz zwingt. Diese adäquate Handlung wurde *durch die Fesselung verhindert* und wurde zudem offensichtlich zu spät eingeleitet, da davon ausgegangen wurde, Alex Khemma würde den „sterbenden Schwan“ spielen.

Es ist denkbar, aber unwahrscheinlich, dass die Septalast-Einengungen hier ausreichten, um eine lebensbedrohliche Situation durch Kammerflimmern oder Asystolie auszulösen, zumal noch nicht einmal bekannt ist, ob Alex Khemma ein teilweise suffizientes *Kollateralsystem* hatte, welche schwerere Ischämien des Myokards verhindert. Für das Vorliegen *suffizienter Kollateralen oder hämodynamisch durch die FMD nicht relevante Stenosen* spricht auch der autoptische Ausschluss eines akuten Herzinfarktes im Bereich des Septums.

Somit versuchen die Gerichtsmediziner mittels Gutachten eine *akute Todesursache* als Folge insgesamt *unspezifischer und nicht akuter – chronischer - patho-anatomischer Befunde* zu konstruieren. Dass es sich um unspezifische Befunde handelt, deren Gefährlichkeit zudem aus patho-anatomischen Betrachtungen *nicht genügend beurteilt werden kann*, ist durch die Widersprüchlichkeit in der Diagnostik der verschiedenen Gutachter *bereits eindeutig* belegt. *Die Ansicht der rechtsmedizinischen Gutachter sind damit lediglich als Indizien einzustufen*.

Herr Alex Khemma starb an den Folgen der Ausschaffung auf dem Level IV, mit insgesamt *hoher Wahrscheinlichkeit für den Tod als Folge einer vasodepressorischen vagalen Reaktion*. Dieser Mechanismus ist das primär ursächlich zum Tode führende Problem. Es lässt sich aus den *chronischen patho-anatomischen Veränderungen*, welche zudem *nicht als gravierend* beurteilt werden sollten (wenn man die Klinik und die Anamnese berücksichtigt!) *nicht mit*

überwiegender Wahrscheinlichkeit ableiten, dass der Tod durch die FMD verursacht wurde, umso mehr als ein frischer Infarkt im Bereich der FMD betroffenen Arterien ausgeschlossen wurde.

Ob eine reine Ischämie bei FMD der Septaläste mit einer Todesfolge verbunden sein kann, ist reine Spekulation, umso mehr als ein solcher Mechanismus plötzlich auftritt und nicht mit einem klinisch messbaren Puls verbunden sein kann, da ja dann in Übereinstimmung mit Prof. Dettmeyers Verlautbarung unmittelbar eine Asystolie oder ein Kammerflimmern aufgetreten wäre.

Konkommittierend könnte eine Hypokaliämie im Todesmechanismus eine Rolle gespielt haben. Die entsprechende Blutentnahme ist erfolgt, der Verbleib der Blutprobe unbekannt und hat damit allenfalls rechtliche Konsequenzen in der Gesamtbeurteilung der Verantwortlichkeiten für den Tod von Alex Khemma. In jedem Fall existiert wegen der Gefahr von Elektrolyt- und Glukosestoffwechselstörungen nach längerem Hungerstreik eine klare medizinische Kontraindikation für die Ausschaffung auf Level IV. Zudem ist in der Notsituation bei Auftreten eines Kreislaufproblems und in Kenntnis des längeren Hungerstreiks nicht nur die Bestimmung der Glukose sondern auch des Serum-Kaliums sinnvoll. Die Bestimmung des Kalium-Wertes ist in einer solchen Notfallsituation eine adäquate Massnahme.

Die Schilderungen zum Ablauf der Handlungen im Rahmen der Notsituation belegen zudem, dass **die notwendigen Voraussetzungen für eine adäquate Reanimation im Bedarfsfall generell nicht ausreichend verfügbar** sind. Damit sind *gewaltsame Ausschaffungen* in jedem Fall medizinisch nicht zu verantworten.

Zusammenfassend bestehen **chronische Herzveränderungen ohne erwiesenen Zusammenhang mit dem akuten Todesfall Alex Khemma**. Die beurteilenden Rechtsmediziner widersprechen sich dabei fundamental, indem Prof. Schaffner von einem arrhythmogenen Potenzial bei HCM ausgeht, während Prof. Dettmeyer einen völlig anderen Todesmechanismus postuliert (ein Versagen des Reizleitungssystems wegen einer durch die FMD erfolgten Durchblutungsstörung, aggraviert durch die äusseren Umstände). Diese gutachterlich auf zwei völlig verschiedenen Diagnosen beruhenden Aussagen belegen *insgesamt die deutliche Unsicherheit der patho-anatomischen Diagnostik*. Zudem ist es nicht zulässig, sich ausschliesslich auf postmortale patho-anatomische Befunde abzustützen, ohne diese Befunde in den Kontext der klinischen Relevanz zu Lebzeiten zu stellen. Dies bedeutet, dass **eine abschliessende Beurteilung der Todesursachen nicht allein auf patho-anatomische Befunde abgestützt werden dürfen, zumal die Gutachter sich in der Diagnose der Herzerkrankung in wesentlichen Aspekten, insbesondere der postulierten Todesursache, und eben gerade dort eindeutig, widersprechen**.

Die Verantwortung für den Tod von Alex Khemma liegt somit *nach wie vor und vollumfänglich* bei der Ausschaffungsbehörde. Die patho-anatomischen Veränderungen sind nicht beweisend für den Todesfall. Herr Alex Khemma war sinngemäss **nicht verantwortlich für seinen Tod**. Die Reanimation setzte viel zu spät ein, sie wurde nicht ärztlich begleitet und ist ein weiteres Problem beim Vollzug dieser Ausschaffung: **eine adäquate Reanimation hätte Alex Khemma vor dem Tod bewahrt, da vasovagale Reaktion bei adäquater Reaktion praktisch nie tödlich verlaufen**.