

Der ältere Mensch in der forensisch-toxikologischen Begutachtung

Oliver Temme und Thomas Daldrup

Ab wann ein Mensch als älterer Mensch zu bezeichnen ist, kann aus biologisch-medizinischer Sicht, die einen nicht unbedeutenden Anteil an der forensisch-toxikologischen Begutachtung hat, sicherlich nicht allgemeingültig bestimmt werden. Hilfestellung aus statistischer Sicht leisten hier die öffentlichen datenverarbeitenden Stellen (Statistisches Bundesamt Deutschland [1], Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik [2], Kraftfahrtbundesamt [3]), in deren Aufstellungen im Allgemeinen Personen mit 65 und mehr Jahren in der obersten Altersstufe zusammengefasst sind. Weiterhin ist dies auch das reguläre Pensionsalter, in dem beispielsweise Fahrgewohnheiten geändert werden. Zur Vereinfachung und Vereinheitlichung soll im Weiteren die Grenze zum Senior also mit Vollendung des 65. Lebensjahrs als überschritten gelten.

In einer forensischen Fallsammlung der Jahre 1996-2002 der Rechtsmedizin Düsseldorf mit chemisch toxikologischen Untersuchungen (ohne „nur Alkohol“) hat die Gruppe der über 65jährigen (59 Personen: 44 Männer, 15 Frauen) mit rund 0,9 % nur einen geringen Anteil an den untersuchten Personen mit bekannt gegebenem Alter (6354 Personen). Zur Untersuchung gelangt sind diese Personen im Wesentlichen wegen Verkehrsdelikten (52 Personen). Als weitere Untersuchungsgründe wurden Tötungsdelikte (3 Personen), Brandstiftung (2 Personen), Suizid und Opfer eines Einbruchdiebstahls (jew. 1 Person) genannt. Dementsprechend liegt das Hauptgewicht der Senioren in dieser Fallsammlung im Bereich Straßenverkehr.

Die Zusammensetzung des Kollektivs zeigt jedoch gegenüber anderen Altersgruppen und den amtlichen Statistiken deutliche Auffälligkeiten. Fast alle Vorfälle (91 %) ereigneten sich in den Tagesstunden und 81 % (unter 65 Jahren 23 %) der Verkehrsdelikte beziehen sich auf Unfälle. In 61 % (unter 65 Jahren 26 %) der Unfälle wurde Unfallflucht begangen der Frauenanteil liegt bei 35 % (unter 65 Jahren 15 %). Von den 710.814 Personen [1], die 1998 in Deutschland an Unfällen mit Personenschäden beteiligt waren, waren 45.376 Personen [1] (6,4 %) 65 Jahre oder älter. Im diesem Jahr wurden 24.831 Personen [4] (54,7 %) als Hauptverursacher von Unfällen mit Personenschäden angesehen, die 65 Jahre oder älter waren. Somit ist mehr als jeder 2. Unfallbeteiligte über 65 Jahren auch Unfallverursacher.

Im Jahr 2001 waren 705.667 Personen [1] in Deutschland an Unfällen mit Personenschäden beteiligt. Hiervon waren 52.078 Personen [1] (7,4 % der Verunfallten) 65 Jahre oder älter. Die Zahl der Beteiligten an Unfällen mit Personenschaden sank also von 1998 bis 2001 um 0,7 % (Bevölkerungszunahme 2,5 %), während diejenige der Senioren um 14,8 % anstieg (Zunahme der Zahl der Senioren 5,6 %). Hierdurch lag die Anzahl der Unfallbeteiligungen 6,3 % höher als die der unter 18jährigen, wohingegen der Bevölkerungsanteil der über 64jährigen 11,7 % unter dem der unter 18jährigen [1] lag. Es kann demnach festgestellt werden, dass die Gruppe der Senioren den größten Zuwachs an Unfallbeteiligungen mit Personenschäden verzeichnete, wodurch auch ihre Bedeutung als Verursacher dieser Unfälle gewachsen ist und weiter wächst.

Die Anteil der begutachteten Senioren hingegen ist als vergleichsweise gering zu bezeichnen. Dies hat insofern scheinbar seine Berechtigung, da keine Person „illegale Drogen“ konsumiert hatte. Selbst in der 50köpfigen Gruppe der Personen zwischen 60 und 65 Jahren findet sich nur 1 Person, die mit einem solchen Konsum (Cannabis und Cocain) aufgefallen ist. Somit beschränkt sich die Betrachtung im Wesentlichen auf Medikamente, die auf das zentrale Nervensystem einwirken oder das Herz-/Kreislaufsystem beeinflussen. Aber auch weitere laborchemisch feststellbare Parameter, wie Stoffwechsellentgleisungen (insbesondere im Zuckerhaushalt), bedürfen der Betrachtung.

Insgesamt wurden 38x Benzodiazepine (9x Bromazepam, 8x Nordazepam, 7x Oxazepam, 4x Temazepam, 3x Diazepam, 3x Flurazepam und jew. 1x Alprazolam, Tetrazepam, Clonazepam, Lormetazepam), 4x Metoprolol, 3x Phenprocoumon, 3x Zolpidem, 2x Carbamazepin und 2x Tramadol sowie jeweils 1x Morphin, Codein, Diphenhydramin, Clomethiazol, Phenobarbital, Trimipramin, Metamizol, Tilidin, Methylphenidat, Canrenon, Pentoxiphyllin, Paracetamol, Trimethoprim und Colchizin (4x Midazolam, Ketamin und 1x Morphin, die nach Unfällen verabreicht wurden, sind in der Aufzählung nicht enthalten) nachgewiesen. Von den untersuchten 59 älteren Menschen standen 30 (50,8 %) zum Zeitpunkt des jew. Vorfalls unter der Wirkung von Tranquilizern, Sedativa oder Antiepileptika, also Substanzen mit zentraldämpfender Wirkung. Unter den 42 verunfallten Verkehrsteilnehmern finden sich 21 Personen (50 %), die unter dem Einfluss solcher Mittel standen und 8 weitere unter Alkoholeinfluss (zus. 69 %). Über alle Altersgruppen verteilt liegt der Anteil der Personen, die unter dem Einfluss von Benzodiazepinen oder anderen zentraldämpfenden Medikamenten standen, unter 20 %. Zusammen mit illegalen Drogen und Alkohol steigt der Anteil auf 93 %. Somit steht zu vermuten, dass 7 % der Personen (alle Altersgruppen), die zur Blutentnahme gebeten werden, trotz eines Anfangsverdachts keine berauschenden Mittel eingenommen haben. Bei den über 64jährigen sind dies etwa 31 % (24 % waren gänzlich negativ oder unauffällig), wobei nur bei 15 % keine Informationen zu vorangegangenen Medikamenteneinnahmen vorlagen. Hieraus wird deutlich, dass die Kriterien, die einen Anfangsverdacht begrün-

den, bei Senioren anders gesetzt sind, als bei jüngeren Personen. Möglicherweise werden auch Auffälligkeiten als altersbedingte körperliche Gebrechen akzeptiert.

Parameter, die einen Anfangsverdacht begründen, sind u. a. die auf den Untersuchungsbögen festgehaltenen Punkte. Die über 64jährigen (alle Deliktarten) zeigen in allen Prüfpunkten des ärztlichen Berichts auffälligere Befunde als die unter 65jährigen mit Ausnahme des Punktes „Verhalten“ (gleichviele) und „Pupillenweite“ (weniger). Insbesondere Gangunsicherheiten (> 70 % der untersuchten Senioren, < 30 % der untersuchten jüngeren Personen) und die Angabe von eingenommenen Medikamenten (bei 86 % der Senioren) könnten somit Ursachen für einen Anfangsverdacht sein. Andererseits deutet sich wie oben gezeigt die Tendenz ab, Senioren nur unter bestimmten Bedingungen zur Untersuchung zu bringen. Diese Faktoren bewirken eine extreme Verzerrung des Seniorenkollektivs.

Die Begutachtung der Individuen dieses Kollektivs muss somit vor dem Hintergrund der höheren „Durchschnittsauffälligkeit“ gesehen werden. Bei den mit dem Probenmaterial eingesandten Unterlagen handelt es sich weiterhin häufig lediglich um einen mehr oder weniger vollständig ausgefüllten ärztlichen Bericht und ein polizeiliches Protokoll mit Angaben zu Vorfallart, -datum und -uhrzeit. Hieraus ergibt sich bei der Beurteilung der Untersuchungsbefunde die Schwierigkeit, (nicht mitgeteilte) Vorerkrankungen, die in dieser Altersgruppe gehäuft auftreten dürften als in anderen, von Ausfallerscheinungen abzugrenzen, die durch die Einnahme von Medikamenten verursacht worden sind.

Darüber hinaus sind die üblichen Untersuchungsmethoden i. d. R. auf gängige berauschende Mittel ausgelegt, so dass Untersuchungen auf u. U. wichtige Parameter (z. B. Blutzucker, aber auch einige Herz-/Kreislaufmedikamente, Diuretika usw.) gesondert erfolgen müssen, da sie sich andernfalls der Bestimmung und dadurch der Mitbewertung entziehen.

Auch müssen bei Senioren pharmakologische bzw. pharmakokinetische Besonderheiten berücksichtigt werden. Da für Medikamente die Halbwertszeit im Alter verlängert sein kann, muss u. U. nach (regelmäßiger) Einnahme mit erhöhten Konzentrationen dieser Substanzen und einer daraus resultierenden verstärkten Wirkung gerechnet werden. Im Untersuchungsgut zeigt sich jedoch beispielsweise für das häufig auftretende Benzodiazepin Bromazepam nicht dieser Effekt. Die Durchschnittskonzentration für Bromazepam liegt bei den über 64jährigen bei 490 ng/ml (70 - 1.730 ng/ml) Serum und für die unter 65jährigen bei 580 ng/ml (30 - 3.400 ng/ml) Serum. Bei der Hälfte der Senioren ist die Konzentrationen als übertherapeutisch (> 200 ng/ml) zu betrachten, bei den jüngeren Personen sind dies über 60 %. Aufgrund der Auswahl des Kollektivs kann diese Beobachtung jedoch lediglich als repräsentativ für strafrechtlich auffällig gewordene Personen angesehen werden.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass das Seniorenkollektiv - möglicherweise durch eine modifizierte Selektion - eine andere Zusammensetzung als die Kollektive anderer Altersgruppen besitzt (Frauenanteil, Unfallbeteiligung, Unfallflucht, Häufigkeit körperlicher Mängel, Spektrum der aufgenommenen Substanzen). Vorerkrankungen, die beispielsweise aufgrund der angegebenen Medikamente zu vermuten sind, sind häufig nicht angegeben, dürften aber in einigen Fällen mitverantwortlich für die festgestellten Ausfallerscheinungen sein. Insgesamt muss festgestellt werden, dass Senioren trotz ihrer nicht unerheblichen und steigenden Bedeutung für insbesondere das Verkehrsgeschehen bei forensisch-toxikologischen Untersuchungen unterrepräsentiert sind.

Literaturverzeichnis

- [1] Statistisches Bundesamt Deutschland
- [2] Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in Nordrhein-Westfalen
- [3] Kraftfahrtbundesamt
- [4] ADAC Pressemitteilung zum Verkehrsgerichtstag 2002

Dipl.-Biol. Oliver Temme
Prof. Dr. Thomas Daldrup
Institut für Rechtsmedizin des
Universitätsklinikums Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf