

# Das 10-Punkte-Programm der Hamburger Rechtsmedizin zur besseren Versorgung für ältere Menschen

1. Deutschland gehört zu den Ländern mit dem weltweit höchsten Anteil älterer Menschen. Im Jahr 2000 war ein Viertel der Gesamtbevölkerung mindestens 60 Jahre alt; im Jahr 2030 wird dies bereits jeder dritte Mensch sein (34,4%). Man spricht von der (Über-)Alterung unserer Gesellschaft.

Festzustellen ist einerseits eine zunehmende Anzahl gesunder, aktiver, selbstbestimmt lebender Senioren - dank der großen Fortschritte der Medizin und einer gesünderen Lebensweise.

Andererseits wird mit der steigenden Lebenserwartung auch die Zahl in der letzten Lebensphase gesundheitlich beeinträchtigter hilfs- und pflegebedürftiger Menschen ansteigen. - Insoweit ein Fluch bzw. ein Danaer-Geschenk der Medizin!

Heute stellen wir (noch) fest: Lebensqualität ist trotz chronischer Krankheiten und/oder Behinderungen für die Mehrheit der Menschen im Alter immer weiter angestiegen. Insgesamt hat das Risiko, pflegebedürftig zu werden, in Deutschland in den letzten Jahren eher abgenommen. - Aber hier dürfen wir nicht nachlassen, sondern müssen uns im Gegenteil weiter verbessern.

2. Vor einem Jahrzehnt haben die Rechtsmediziner hier in Hamburg erstmals auf die kritische Situation älterer kranker und pflegebedürftiger Menschen aufmerksam gemacht. Danach sprach man seinerzeit in Hamburg und auch bundesweit vom sogenannten Pflegeskandal. Übrigens: Damals wie auch heute ist dies keineswegs eine Hamburgensie. Vielmehr waren die Zahlen über Dekubitusprävalenzen in anderen deutschen Großstädten (z.B. Berlin, Hannover) - dargestellt anhand der Situation bei der Krematoriumsleichenschau - eher noch viel bedenklicher!

Unseren früheren Untersuchungsansatz im Rahmen der Krematoriumsleichenschau haben wir auch jetzt wieder praktiziert. Überprüft wurden die Sterbefälle, die im Rahmen der 2. Leichenschau im Krematorium untersucht werden. Die von mir hier heute mitgeteilten Ergebnisse beziehen sich also ausdrücklich auf die letzte Phase des Lebens, die dem Sterben unmittelbar vorausgeht. Dass die Ursachen der festgestellten medizinischen Probleme bei der Endkontrolle zum Teil viele Jahre zuvor gelegt wurden, ist eine eher selbstverständliche Erkenntnis. Insofern ist das von uns erhobene Status-Momentbild bei der Leichenschau das Ergebnis einer Entwicklung, die eventuell nur einige Tage gedauert hat, möglicherweise aber auch das Zeitraffer-Bild einer jahrelangen negativen Entwicklung darstellt.

Im Rahmen der jetzigen Altersstudie wurde der Ansatz umfassender gewählt als vor einem Jahrzehnt. Wir haben mit einer ganzen Reihe von Einzelstudien die nachfolgend dargestellten Aspekte abgebildet.

Untersucht wurden insgesamt 8.518 Verstorbene ab dem 60. Lebensjahr. Darunter waren 57% Frauen und 43% Männer. Der Altersdurchschnitt lag bei 81 Jahren (Frauen 84 Jahre, Männer 78 Jahre). Der letzte Wohnort befand sich bei 65% in Hamburg, bei 31% in Schleswig-Holstein und bei 4% in Niedersachsen. Der Sterbeort war in 22,7% privat, bei 42,3% im Krankenhaus, bei 30,7% in einem Pflegeheim und bei 4,3% im Hospiz.

Die Studie wurde unterstützt von der Robert-Bosch-Stiftung. Sie wurde begleitet von einem wissenschaftlichen Beirat. Durchgeführt wurden die wissenschaftlichen Arbeiten im Krematorium einerseits von ärztlichen Mitarbeitern des Instituts für Rechtsmedizin, andererseits von Doktoranden.

3. Gesundheitszustand bzw. Krankheitsspektrum: Aus den Todesbescheinigungen ergab sich, dass viele alte Menschen multimorbide sind. Bei den Todesursachen dominieren Herz-/Kreislaufkrankungen sowie Tumorerkrankungen. Man findet in den schriftlichen Aufzeichnungen der Todesbescheinigungen nur sehr selten Angaben zu Demenz, Pflegezustand, Ernährung, Mobilität, Sterbeverlauf. Hierzu bedarf es des genauen Hinschauens bei der Krematoriumsleichenschau. 6,4% der Verstorbenen hatten einen Herzschrittmacher (n = 477) oder einen implantierten Defibrillator (n = 62). Unterschiede waren diesbezüglich zwischen Heimbewohnern und dem privaten Bereich nicht festzustellen. Patienten mit Schrittmacher oder Defibrillator waren offensichtlich vor ihrem Todeseintritt mobiler.
4. Pflegezustand, insbesondere Dekubitus:  
Bedacht werden muss insbesondere, dass hier Patienten an ihrem Lebensende untersucht wurden. Gerade bei chronischen Erkrankungen im Endstadium ist es verständlich, wenn keine umfangreichen Lagerungsmaßnahmen oder komplizierten Verbände mehr angewendet werden, sondern eher einen Sterbeprozess in Ruhe ablaufen zu lassen.

Immerhin hatten 12,1% der Verstorbenen mindestens eine geringfügige Durchliegestelle aufzuweisen (darunter waren 58% Frauen). 41% der Dekubitalulzera kam im Alter von 80 bis 89 Jahren vor. Etwa ein Viertel der Dekubitalulzera war bei untergewichtigen Personen festzustellen und ca. 50% bei Normalgewichtigen. Immerhin 3,3% aller Verstorbenen wiesen Dekubitalulzera 3. oder 4. Grade (nach Shea) auf. Dies erscheint angesichts der früher eingeleiteten Präventionsmaßnahmen ein nach wie vor immer noch zu hoher Wert zu sein. Von den Todesfällen mit Dekubitus ereigneten sich 38,2% im Krankenhaus, 35,2% im Pflegeheim und 22,5% im privaten Bereich sowie 4% im Hospiz. Die Mehrzahl der Dekubitalulzera war gut/sauber verbunden und befand sich in einem akzeptablen Wundstatus. (Nur) einzelne Dekubitusläsionen wurden offensichtlich schlecht versorgt. - Aus verschiedenen Gründen wurden bisher jegliche fall- oder institutionenbezogenen Auswertungen zurückgestellt.

5. Ernährung, Gewicht, Versorgung mit Magensonden:  
Etwa die Hälfte der untersuchten Verstorbenen hatten laut dem Body-Mass-Index der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Normalgewicht, etwa 15% war untergewichtig (nach dem sogenannten geriatrischen Body-Mass-Index sogar 22,1%). 35% waren übergewichtig, davon 11,2% sogar stark.

Bei den Hochaltrigen kam Untergewicht immer häufiger vor. Die untergewichtigen Personen starben am häufigsten im Heim, relativ selten im Krankenhaus.

Verstorbene mit Magensonden durch die Bauchdecke (insgesamt 6,6%) fanden sich im höheren Lebensalter immer seltener. Meist lebten und starben diese Personen in Pflegeheimen und waren eher nicht untergewichtig. Der Pflegezustand der Sonden an der Durchtrittsstelle durch die Bauchwand zeigte sich ein Drittel der Fälle gereizt bzw. entzündet.

6. Zahnmedizinische Befunde:

Der Zahnstatus/Gebissbefund wurde bei 1224 Verstorbenen erhoben. Nur 1,3% waren mit Implantaten versorgt. Nur 2,7% hatten ein vollständiges Gebiss ohne Zahnersatz. 56,2% der Verstorbenen hatten keine Prothese im Mund, wobei überwiegend festzustellen war, dass sie Prothesen besessen haben müssen (entsprechende Tragespuren); möglicherweise ist die Prothese in einigen Fällen erst nach dem Tode entfernt worden.

Festzustellen ist, dass die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter besonders stark leidet. Bekanntlich sind die (Teil-)Prothesen wichtig sowohl für die Kaufunktion als auch für die Sprechfunktion. Der Tragekomfort, die Kaufunktion und die Stabilität hängen stark von der sorgfältigen Pflege ab. Prothesen auf sogenannten festen Pfeilern schaffen eine besondere Zufriedenheit. Wichtig ist die frühzeitige Realisierung von präventiven Maßnahmen im Leben, um Zahnverluste zu vermeiden. Da dies nicht immer gelingt, sollte zumindest eine regelhafte Versorgung auch schon bei weniger gravierenden Zahnerkrankungen und ein rechtzeitiger Ersatz von verlorenen Zähnen erfolgen, damit auch im hohen Alter noch Zahnersatz auf festen Pfeilern eingegliedert werden kann.

7. Mobilität, Bewegungsmangel, Sturzgefahr, Gelenkprothesen, Osteoporose: Viele Menschen leiden im Alter unter chronischen Gelenkerkrankungen und Verschleiß. Es besteht auch eine vermehrte Knochenbrüchigkeit (Osteoporose). Infolge von Multimorbidität und Bewegungsmangel resultiert eine verstärkte Sturzgefahr. Diese Stürze wiederum führen zu erheblichen Verletzungen. Genannt sei das Beispiel der Schenkelhalsfraktur. 16,3% der Verstorbenen hatten eine Narbe im Hüftbereich, die auf eine operative Hüftgelenksversorgung schließen ließ. Die Frauen waren hier eindeutig überrepräsentiert, insbesondere im höheren Alter. 4,9% der Verstorbenen hatten eine Kniegelenksoperation, auch hier wiederum deutlich mehr Frauen. Verallgemeinernd lässt sich feststellen, dass Verstorbene mit künstlichen Hüftgelenken eher pflegedürftig in Heimen leben. Verstorbene mit künstlichen Kniegelenken leben hingegen eher im privaten Umfeld und sterben dann im Krankenhaus. - Von entscheidender Bedeutung ist auch hier wiederum der präventive Aspekt: Mobilität muss so lange wie möglich erhalten werden. Stürze sind zu vermeiden. Der Osteoporose ist durch Bewegung und entsprechende Medikamente vorzubeugen.

8. Lebensweise, einsames Sterben:

In diesem Zusammenhang wurden im Jahr 2008 alle Todesfälle untersucht, bei denen die Liegezeit bis zur Auffindung mindestens 3 Tage betragen hat. Bezogen auf alle Verstorbenen in Hamburg (jährlich etwa 18.000) werden etwa 2% erst nach längerer Leichenliegezeit aufgefunden (hierunter 1/3

Frauen, 2/3 Männer). Menschen mit höherem Lebensalter haben ein gesteigertes Risiko, einsam zu sterben. Bei diesen Verstorbenen bestehen vermehrt Krankheitsdiagnosen wie z.B.: Alkoholabhängigkeit (26%), psychische Erkrankungen (7%), BTM-Abhängigkeit (3%). Etwa ein Drittel der Wohnungen dieser längere Zeit vor ihrem Tode vermissten Menschen war in einem verwahrlosten Zustand. - In diesem Zusammenhang ist nachhaltig darauf hinzuweisen, dass es in Hamburg speziell zu wenig Plätze für palliativmedizinische Maßnahmen (z.B. im Hospiz) gibt.

9. Suizidalität, äußere Gewalt, Tötungsdelikte:  
Suizidfälle nehmen im Alter relativ gesehen erheblich zu. Wie in den jüngeren Lebensjahren dominieren im Hinblick auf die Suizidmethode das Erhängen und Tablettenvergiftungen. - Soweit die Motivation aus den Akten der Polizei nachvollziehbar ist, dominieren Vereinsamung sowie als unerträglich empfundene Krankheiten (auch mit Schmerzen).
10. Das Alter ist eine Lebensphase, die alle Menschen erreichen und möglichst lange gesund erleben/genießen möchten. Von daher wäre eigentlich davon auszugehen, dass umfangreiche gesellschaftliche Kräfte freigesetzt werden, um positive Lebensumstände im Alter sicherzustellen.

Sie kennen meinen Ansatz: Von den Toten lernen für das Leben. Die hier präsentierte Basisdokumentation zur Situation älterer Menschen in Hamburg und Umgebung lehrt uns allerdings wenn auch nicht das Fürchten, so doch eine erhebliche Skepsis. Unsere Problembeschreibung und die daraus resultierende Zukunftsangst haben einen realen Kern. Der demographische Wandel droht uns zu überrollen.

Dieser Konflikt muss entschärft werden. Unsere Nationale Akademie der Wissenschaften, die Leopoldina, hat in ihren Empfehlungen der Arbeitsgruppe "Altern in Deutschland" folgendermaßen formuliert: "Für die Politik in Deutschland wird es in den kommenden Jahren und Jahrzehnten darauf ankommen, dass die Anliegen der Pflegepatienten, der Heimbewohner, der Demenzkranken und anderer in ihrer Autonomie eingeschränkter Personen wirksam und authentisch im politischen Prozess vertreten werden. Dies kann nur gelingen, wenn die Betroffenen soweit wie möglich für sich selber sprechen können. Die Alterung der Bevölkerung erinnert daran, dass sozialer Zusammenhalt nicht alleine auf Interessen gegründet sein kann, sondern grundsätzlich auch eine Frage von Solidarität und Moral ist.

Unsere Ergebnisse wurden bereits in einem längeren Prozess mit den Bündnispartnern im Bereich des Gesundheitswesens und der Pflege erörtert: U.a. Behörde für Soziales und Gesundheit, Hamburger Pflegegesellschaft, Krankenhausgesellschaft, Hausärzterverband, Ärztekammer. Deren Stellungnahmen erfolgen anschließend.

Für uns kommt es darauf an, einen erneuten Anstoß zu geben, sozusagen warnend den Finger zu heben bzw. bildlich gesprochen die offenen Wunden darzustellen - beispielhaft beim Dekubitus. Es gibt viele gute Möglichkeiten sowie bereits praktizierte Ansätze, die dargestellten Probleme anzugehen. Bei den Pflegenden ist ein großes Engagement festzustellen; die Leistungen in diesem Bereich wurden stetig verbessert. Aber es gibt sicher keinerlei Veranlassung, sich derzeit etwa

zufrieden zurückzulehnen. Sicher: Viele alte Menschen sind sehr zufrieden - aber die nichteigenständigen, von der Öffentlichkeit nicht bewusst wahrgenommenen älteren Menschen stehen zum Teil im tiefen Schatten: Körperlich zu wenig mobil, mit vielen Krankheiten, pflegebedürftig, nicht selten mit Kunstgelenken, mit Magensonde, unterernährt, mit leicht brechenden Knochen, depressiv, einsam, suizidal und ohne Platz für ein sanftes Sterben.