

Jeder kann bei seiner beruflichen Tätigkeit damit konfrontiert sein

Misshandlung betagter Personen

Cindi Smith, Christophe Nakamura, Christophe Büla

Service de Gériatrie et Réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Einleitung

Obwohl es Gewalt gegen Betagte immer gegeben hat, beschäftigt man sich im Gesundheitswesen erst seit kurzem mit dem Thema Misshandlung alter Menschen. Die ersten medizinischen Artikel zu dieser Thematik wurden 1975 publiziert, und seither nimmt deren Anzahl ständig zu. Anhand eines klinischen Fallberichts werden im Folgenden die Fragen, die sich bei einer Routinekonsultation stellen, rekapituliert, und es wird eine strukturierte Vorgehensweise zur Betreuung von Fällen von Misshandlung vorgestellt.

Fallbeispiel

Mme Rouge ist eine 88-jährige Patientin mit bekannter arterieller Hypertonie und Polyarthrose. Sie wird notfallmässig wegen eines Sturzes mit Funktionsverlusten eingewiesen. Begleitet wird sie von ihrer Tochter, die einen wütenden und groben Eindruck gegenüber ihrer Mutter macht. In der klinischen Untersuchung zeigt die Patientin ein Hämatom über der linken Hüfte und einen sakralen Dekubitus Stadium III mit verschmutztem Verband.

Könnte ein Fall von Misshandlung vorliegen?

Es gibt zahlreiche, je nach Land und Kultur unterschiedliche Definitionen von Misshandlung. Legt man diejenige der *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) zugrunde, handelt es sich bei der Misshandlung um eine einmalige oder wiederholte Handlung oder die Unterlassung einer angemessenen Handlung im Rahmen einer als Vertrauensbeziehung einzustufenden Beziehung, wodurch es beim betagten Opfer zu Verletzungen oder seelischem Leiden kommt [1].

Misshandlung ist nicht so selten, und jeder Berufstätige im Gesundheitswesen kann damit konfrontiert sein oder selbst zum Täter werden. Eine Literaturübersicht gibt an, dass weltweit zwischen 3,2 und 27,5% der Betagten auf die eine oder andere Weise Opfer von Misshandlung werden [2]. In Europa liegen die Angaben zur Prävalenz aller Formen von Misshandlung zwischen 2,2% in einer irischen [3] und 23,8% in einer österreichischen Studie [4]. In der Schweiz liegt keine grössere Studie hierzu vor. Zwar werden Polizei und Justiz nur wenige Fälle gemeldet (1 Fall von 5 bis 1 Fall von 14 gemäss amerikanischen



© Laurin Rinder | Dreamstime.com

Studien) [5], man muss aber davon ausgehen, dass die Situation in der Schweiz ähnlich derjenigen in anderen Industrieländern ist.

Obschon das Problem also relativ häufig vorkommt, ist uns in der Regel sehr unwohl, wenn wir mit dieser Problematik konfrontiert sind, vor allem, weil wir zu wenig Zeit und Erfahrung haben, um die Situation systematisch anzugehen, zu evaluieren und zu behandeln.

Zunächst ist es im Fall von Mme Rouge natürlich schwierig, sich ohne genauere Kenntnis der Situation ein Urteil zu bilden. Mme Rouge erzählt uns, dass sie beim Aufstehen aus dem Lehnstuhl gefallen sei und nicht mehr habe aufstehen können. Sie sagt, sie lebe mit ihrer Tochter zusammen, die eine IV-Rente bezieht. Sie brauche keine Unterstützung durch den Sozialdienst, da sich ihre Tochter trotz ihrer eigenen Probleme (Depression) um alles kümmere. Die Tochter äussert den Wunsch, dass man ihre Mutter beruhigen solle, sofern kein Bruch vorliege, damit sie sie rasch wieder nach Hause bringen könne. Die Patientin ist kachektisch, scheint dehydriert und in schlechtem hygienischem Zustand zu sein.

Welchen Arten von Misshandlung können wir begegnen?

Die verschiedenen Arten von Misshandlung sind in Tabelle 1 beschrieben [1].

Entscheidend ist, Anzeichen und Symptome, die auf verschiedene Formen von Misshandlung hinweisen,

zu erkennen, überhaupt zu merken, dass Misshandlungen vorliegen, um dann einen dem Patienten angepassten Interventionsplan erarbeiten zu können. Es können auch mehrere Arten von Misshandlung gleichzeitig vorliegen.

In einer Studie an 4467 Personen über 60 aus mehreren europäischen Ländern wurde die Häufigkeit verschiedener Formen von Misshandlung untersucht: 19,4% der Teilnehmer erlitten psychische Misshandlung, 3,8% finanzielle Ausbeutung, 2,7% physische Misshandlung und 7% sexuellen Missbrauch [6].

Tabelle 1: Die verschiedenen Arten von Misshandlung und ihre Kennzeichen (nach [1]).

| Art der Misshandlung | Kennzeichen | Beispiele |
|-----------------------------------|--|--|
| Finanziell oder materiell | Illegale oder unlautere Verwendung materieller und finanzieller Ressourcen, Ausbeutung. | Missbräuchliche Verwendung der AHV-Rente, Stehlen der Bankkarte, erzwungene Kontoüberweisungen ... |
| Vernachlässigung, im Stich lassen | Beabsichtigte oder nicht beabsichtigte Weigerung oder Unfähigkeit des Betreuers, die Bedürfnisse des Betagten für sein Wohlbefinden zu erfüllen. | Vorenthalten von Nahrung, Bekleidung, Obdach, medizinischer Versorgung, Hygiene oder sozialer Stimulation/Kontakten. |
| Physisch | Zufügen von Verletzungen oder Schmerz. | Ohrfeigen, Kneifen, Kratzen, Fustsstösse, Zwang, Schläge ... |
| Psychisch | Ausübung von psychischem Druck, Angst erzeugen. | Verbale Aggression oder Drohungen, Drohung mit Einweisung in Institution, Verweigerung des Kontakts mit Enkelkindern, Erniedrigung, Infantilisierung ... |
| Sexuell | Genitalkontakt, sexueller Akt ohne Einverständnis, Exposition zu Pornographie. | Unpassende Gespräche, erzwungener sexueller Akt, Berührungen ... |



Abbildung 1: Modell, das mögliche Interaktionen zwischen Risikofaktoren beim Opfer, beim Täter, der Umgebung und der Dynamik der Beziehung darstellt.
* Elemente, die im Fall von Mme Rouge zu beobachten sind.

Mehrere Beobachtungen haben bisher bei uns den Verdacht geweckt, dass Mme Rouge Opfer von Misshandlung sein könnte: Der kachektische Zustand, die Dehydrierung, mangelhafte Körperhygiene und der tiefe Sakraldekubitus könnten Hinweise auf Vernachlässigung sein.

Was sollten wir als weitere Alarmzeichen werten, was sollte unseren Verdacht bestärken?

Es ist schwierig, die Fakten richtig zu bewerten. In einer solchen Situation können verschiedenen Risikofaktoren bei der betagten Person, beim möglichen Täter sowie in der Umgebung unseren Verdacht auf Misshandlung bestärken.

Für manche Risikofaktoren liegt wissenschaftliche Evidenz vor (Tab. 2) [5, 7]. Zum Beispiel weiss man, dass bei verschiedenen Formen von Misshandlung das Zusammenleben in derselben Wohnung ein wichtiger Risikofaktor ist, da dies häufig Gelegenheit zu Kontakten und Spannungen mit sich bringt. Umgekehrt leben Opfer finanziellen Missbrauchs meist allein.

Physische Misshandlung beobachtet man am häufigsten bei Patienten mit Demenz. Diese Patienten können aggressiv sein oder sich oppositionell verhalten, was bei den Nahestehenden Stress und Verzweiflung hervorruft und diese zur Gewalt treiben kann. Auch soziale Isolation oder Distanz zur Familie stellt einen Risikofaktor beim Betagten dar; die resultierende Abkapselung begünstigt bei Auftreten von Schwierigkeiten verstecktes unrechtes Verhalten.

Beim Täter liegen häufig Alkoholabusus und psychische Erkrankungen (namentlich Depression) vor. Die Täter sind auch oft emotionell oder finanziell stark von ihrem Opfer abhängig.

Schliesslich sind auch Unselbständigkeit oder schlechter Gesundheitszustand des Opfers plausible Risikofaktoren für Misshandlung, obschon ein solcher Zusammenhang bislang wissenschaftlich nicht erwiesen werden konnte.

Die Tatsache, dass Mme Rouge mit ihrer an einer Depression leidenden, sich ihr gegenüber grob verhaltenden Tochter zusammenlebt, ebenso ihre Einsamkeit und funktionelle Abhängigkeit verstärken unseren Verdacht. Nun müssen weitere Informationen eingeholt werden.

Welche weiteren Informationen müssen nun eingeholt werden und wie?

Manchmal ist es schwierig, bei Anzeichen, die auf eine Misshandlung hindeuten könnten, die Fakten

Tabelle 2: Risikofaktoren für Misshandlung bei betagten Personen.

🚩 = Warnsignal (nach [1]).

| | |
|--|---|
| Risikofaktoren beim Opfer | Schlechter Gesundheitszustand und funktionelle Abhängigkeit. 🚩 Kognitive Störungen. 🚩 Aggressives Verhalten. 🚩 Obstruktives Verhalten. Anamnestisch Misshandlung und Gewalt in der Ehe. |
| Risikofaktoren beim Täter | Drogen- und Alkoholkonsum. 🚩 Psychische Erkrankungen (speziell Depression). 🚩 Erschöpfung. Misshandlung in der Anamnese, Weitergabe von Generation zu Generation. Äusserliche Faktoren: Lebenskrisen (Arbeitslosigkeit, Scheidung ...), finanzielle Probleme. |
| Aus der Beziehungsdynamik resultierende Risikofaktoren | Finanzielle oder emotionelle Abhängigkeit oder Abhängigkeit im Hinblick auf die Wohnsituation des Täters vom Opfer. 🚩 |
| Umweltfaktoren, kulturelle Risikofaktoren | Wohngemeinschaft (ausser bei finanziellem Missbrauch). 🚩 Soziale Isolation. 🚩 Sozioökonomische Faktoren (Armut ...). Diskriminierung (Alter, Sexismus, Rassismus). Gewaltbereite Kultur (Gewalt gilt als normal). |

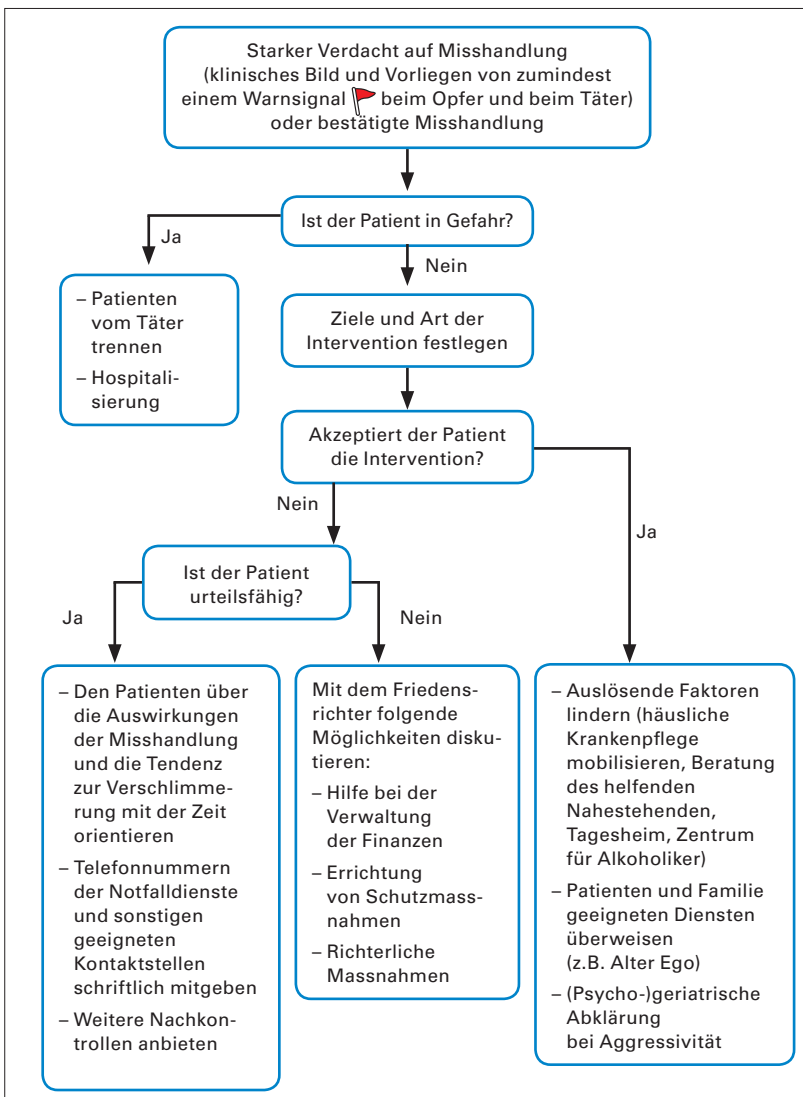


Abbildung 2: Algorithmus der Vorgehensweise bei einem betagten Misshandlungsoffer. 🚩 = Warnsignal (red flags) [7, 8].

richtig einzuordnen. Um hier weiterzukommen, lassen sich mit einer vorsichtig, nach einigen Regeln geführten Anamnese weitere Angaben gewinnen [8, 9]. Zunächst müssen Patient und potentieller Täter allein und getrennt befragt werden. Es soll ein Vertrauensverhältnis geschaffen werden, um die aus Angst vor Strafe, dem Verlassenwerden oder Scham resultierende Zurückhaltung zu überwinden. Bei Mme Rouge kann der Arzt zuerst eine offene Frage stellen wie «Können Sie mir erzählen, was passiert ist?» oder «Können Sie sich erinnern, wie Sie sich verletzt haben?», danach zu gezielteren Fragen übergehen wie: «Fühlen Sie sich sicher zu Hause? Haben Sie zu Hause vor jemandem Angst? Haben Sie schon Dokumente unterzeichnet, die Sie nicht verstanden haben? Wer hilft Ihnen bei finanziellen Angelegenheiten oder beim Zubereiten der Mahlzeiten?» Die auf die vermuteten Misshandlungen zielenden spezifischen Fragen folgen danach.

Die Anamnese beim vermuteten Täter ist schwieriger. Wichtig ist, eine Konfrontation zu vermeiden, Empathie und Verständnis zu zeigen im Bewusstsein, dass der Täter unter der Situation ebenso leiden kann wie der Betagte: «Es muss sehr schwierig sein, sich um Ihre Mutter mit ihren Gedächtnisproblemen zu kümmern. Wie machen Sie das? Ärgern Sie sich manchmal?» Wichtig ist auch, die in der individuellen Situation spezifischen belastenden Faktoren zu identifizieren, die die Misshandlung leicht provozieren (z.B. Verhaltensstörungen aufgrund der Demenz oder Diskussionen über finanzielle Fragen). Auch Angaben darüber, wie alltägliche Grundaktivitäten (Körperhygiene, Ankleiden) und Aufgaben (Einkaufen, Finanzielles, Medikamenteneinnahme) ablaufen, erlauben es, Konfliktzonen zu identifizieren, die zu Misshandlung führen können. Die Dynamik zwischen Risikofaktoren vonseiten des Opfers, des Täters, der Umwelt und der Familiengeschichte zeigt Abbildung 1 [10].

Bei der Anamnese wiederholt Mme Rouge, sie sei gefallen, weil sie ihren Stock nicht dabei hatte, und sie habe abgenommen, weil sie wegen ihres Alters wenig Appetit habe. Sie sagt, sie fühle sich zu Hause wohl und wolle auf keinen Fall ins Altersheim. Bei der Fremdanamnese sagt ihre Tochter, dass sie sich seit zwei Jahren um ihre Mutter kümmern müsse wegen deren Gedächtnisprobleme, diese mache ohne Aufforderung nichts mehr selbständig und sitze die meiste Zeit in ihrem Lehnstuhl und schlafe sehr viel. Sie müsse ihr beim Waschen und Ankleiden helfen, die Medikamente geben. Wenn sie etwas von ihr verlange, lasse sich ihre Mutter gehen, leiste Widerstand und könne sogar aggressiv werden. Schliesslich sagt sie, sie sei wegen dieser zusätzlichen Aufgabe müde und deprimiert, es sei aber einfacher für sie geworden, mit der Situation fertig zu werden, seit sie einen Freund habe, der oft zu ihr nach Hause komme.

Worauf ist bei der klinischen Untersuchung zu achten?

Spezifische klinische Bilder sind eher die Ausnahme. An die Diagnose Misshandlung muss man dann denken, wenn eine betagte Person mehrere Verletzungen in unterschiedlichen Stadien oder ohne erklärbaren Grund zeigt oder die vorgebrachten Erklärungen nicht plausibel oder medizinisch schwer nachvollziehbar erscheinen. Desgleichen muss an Misshandlung im Sinne der Vernachlässigung gedacht werden, wenn bei einem auf Betreuung angewiesenen Patienten, der über genügend Ressourcen und Hilfe verfügt, eine schwere Unterernährung, stark vernachlässigte Körperhygiene oder mangelhafte medizinische Betreuung (wie z.B. vernachlässigter Dekubitus) festzustellen sind.

Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Anzeichen einer Misshandlung nicht immer sichtbar und im Allgemeinen unspezifisch sind und auch auf andere Ursachen zurückzuführen sein könnten. Zum Beispiel können Anzeichen wie Kontusionen, Hämatome, Frakturen von Misshandlung, aber auch von einem Sturz herrühren; mangelhafte Hygiene ist bei Demenz oft zu beobachten, unabhängig davon, ob Misshandlung vorliegt oder nicht.

Tabelle 3 listet einige Beispiele für klinische Situationen auf, die bei betagten Personen den Verdacht auf Misshandlung/Vernachlässigung wecken können.

Es ist zu betonen, dass die Prüfung der kognitiven Fähigkeiten von zentraler Bedeutung ist, einmal als Risikofaktor für Misshandlung, aber auch zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit des Patienten.

Mme Rouge zeigt beim Screeningtest keine kognitiven Störungen (MMSE 19/30). Sie wird während der klinischen Untersuchung mehrmals aggressiv und schreit, sie wolle nicht ins Altersheim.

Tabelle 3: Beispiele von klinischen Situationen, die den Verdacht auf Misshandlung betagter Personen wecken könnten.

Betagte Person, die

- trotz durch eine nahestehende Person sichergestellte adäquate Therapie häufig den Notfalldienst wegen Herzdekompensation ohne organische Ursache aufsucht;
- an Demenz leidet und allein oder aber in Begleitung einer aufdringlichen nahestehenden Person beim Notfalldienst vorschpricht;
- stark abhängig ist, wobei die nahestehende Person zwar angibt, sie sei erschöpft, angebotene Hilfe oder Einweisung in Institution aber trotzdem ablehnt, mehrfache Verletzungen aufweist (Kontusionen, Frakturen, Hämatome) ohne plausible Erklärung;
- eine unerklärte sexuell übertragene Erkrankung hat;
- sich plötzlich ihre Medikamente nicht mehr kaufen kann oder nicht über die passenden Hilfsmittel verfügt;
- eine unerklärliche Veränderung ihres Verhaltens zeigt (Depression, Apathie ...), sagt, alle machten sie zum Kind oder möchten sie versorgen).

Was für therapeutische Massnahmen kommen in Frage?

Bei Fällen von Misshandlung muss man sowohl Massnahmen zu sofortigem Schutz, Hilfe und medizinischer Behandlung ergreifen als auch längerfristige Massnahmen zur Verhütung weiterer Verletzungen und Misshandlung einleiten. Dabei gilt, immer objektiv und neutral zu bleiben und zu versuchen, eine therapeutische Allianz mit dem Patienten, dem mutmasslichen Täter und der Umgebung zu bilden und aufrechtzuerhalten. Gesicherte Fälle von Misshandlung sind den zuständigen Behörden zu melden. Abbildung 2 zeigt einen möglichen Algorithmus zum Vorgehen bei starkem Verdacht auf oder gesicherter Misshandlung [8, 9].

Ist der Patient unmittelbar gefährdet, ist eine Trennung vom mutmasslichen Täter nötig. Manchmal ist die einzige Möglichkeit eine notfallmässige Hospitalisation, vor allem, wenn der Patient unmittelbare medizinische Behandlung braucht. Besteht keine unmittelbare Gefährdung, muss nach Festlegung der Behandlungsziele und Massnahmen der Patient um Einverständnis gefragt werden. Falls ja, sollen den Bedürfnissen entsprechende Massnahmen vorgeschlagen werden. Zum Beispiel kann man bei Patienten, die Hilfe bei Grundbedürfnissen brauchen (Hilfe bei der Toilette, beim Ankleiden), der betreuenden Person zur Entlastung und Erholung zwischen durch eine Haushaltspflege oder ein Tagesheim vorschlagen. Falls bei Demenz die Probleme mit Aggressivität zusammenhängen, kann eine geriatrische oder psychogeriatrische Untersuchung vorgeschlagen werden.

Wenn der Patient die vorgeschlagenen Massnahmen ablehnt, aber noch urteilsfähig ist, muss sein Wille respektiert werden. In diesem Fall ist es wichtig, ihn über seine Rechte zu informieren, ihm die Telefonnummern für Notfälle zu geben und sich bei Bedarf bereit zu halten sowie eine Nachkontrolle zu vereinbaren. Falls der Patient nicht urteilsfähig ist, muss der Friedensrichter informiert werden, damit dieser die nötigen Schutzmassnahmen anordnen kann.

Dieser Algorithmus illustriert, wie wichtig die Arbeit im Team ist. Keine Fachperson sollte bei Misshandlungsfällen allein arbeiten. Fachleute aus den Bereichen Gesundheit (Ärzte, Pfleger, weiteres paramedizinisches Personal, Fachleute aus der Psychologie), der Sozial- und Rechtsdienst resp. gerichtliche Instanzen sind bei Bedarf beizuziehen. So können die verschiedenen Kompetenzen koordiniert und die zweckdienlichsten Massnahmen ausgewählt werden. Vereinigungen wie Alter Ego können ebenfalls zur Unterstützung bei

der Analyse möglicher Misshandlungsfälle herangezogen werden (<http://www.alter-ego.ch>).

Abbildung 3 stellt als Beispiel eine mögliche Form der Zusammenarbeit und die Rollen verschiedener Beteiligten dar [8]. Ohne Untersuchung des Täters und des biopsychosozialen Umfelds sind Interventionen nur beschränkt wirksam, und der Teufelskreis bei der Entstehung von Gewalt lässt sich weniger unterbrechen.

Ziel bei der Betreuung Betagter ist meist die Erhaltung der Unabhängigkeit. Leider ist dieses Ziel nicht immer realistisch, wenn es sich beim vermuteten Täter um eine nahestehende Person handelt, die sich um den Patienten kümmert. Wenn sich die Gewalt

durch die Interventionen nicht stoppen lässt, kann die Einweisung in eine Institution die Lebensqualität verbessern und die weniger nachteilige Lösung sein.

Welche weiteren Entwicklungen sind zu erwarten?

Das Spektrum der weiteren Folgen ist vielfältig, es können verschiedene Einzelbereiche der Lebensqualität beeinträchtigt sein (psychologisch mit Depression, funktionell mit Mobilitätsverlust, soziale Isolation) und auch ganz schwerwiegende Konsequenzen entstehen (exzessive Inanspruchnahme von Hilfe, Institutionalisierung) [11, 12].

In einer Longitudinalstudie bei betagten Personen wurde beobachtet, dass Misshandlung mit einem dreifach erhöhten Sterberisiko nach drei Jahren assoziiert war. Nach 13 Jahren Follow-up waren bei den misshandelten Personen nur noch 9% am Leben, verglichen mit 41% derjenigen, die keine Misshandlung erlitten hatten [11, 12]. Misshandlung geht beim Opfer auch mit einem erhöhten Risiko für Depression und Einweisung in eine Institution einher. Misshandelte Menschen beanspruchen Notfalldienste doppelt so häufig wie gleichaltrige Personen, die nicht misshandelt werden.

Schliesslich willigt die Tochter von Mme Rouge ein, dass der häusliche Pflegedienst regelmässig vorbeikommt. Des Weiteren werden finanzielle Schutzmassnahmen getroffen.

Hätte man diesen Fall von Misshandlung früher entdecken können?

Fälle von Misshandlung sind nicht selten, auch wenn nur wenige Betagte berichten, dass sie Opfer sind, oft, weil sie Angst vor Vergeltungsmassnahmen haben oder weil sie dazu aufgrund kognitiver Defizite nicht in der Lage sind. Daher sind die Fachleute im Gesundheits- und Sozialwesen dafür verantwortlich, dass solche Fälle aufgedeckt werden.

Die Meinungen zur systematischen Früherfassung sind geteilt, einige sind da unentschieden [13], andere empfehlen eine entsprechende routinemässige Vorsorgeuntersuchung [14].

Unter den validierten Instrumenten zur Früherfassung eignet sich der *Elder Abuse Suspicion Index* (EASI) für Patienten ohne kognitive Störungen (Tab. 4) [5, 15]. Dieser Test hat den Vorteil der Kürze (zwei Minuten), er ist aber von beschränkter klinischer Aussagekraft (Sensitivität 47%, Spezifität 75%) [15]. Früherkennung anhand von Warnsignalen (red flags) ist daher eine andere, interessante Möglichkeit. Zumin-

Tabelle 4: Elder Abuse Suspicion Index (EASI). Der Patient kann mit (ja), (nein) oder (weiss nicht) antworten. Antwort (ja) auf Fragen 2 bis 6 häufiger als 1 Mal muss den Verdacht auf Misshandlung wecken (Sensitivität 45%, Spezifität 75%) [15].

1. Benötigen Sie Hilfe für eine der folgenden Aktivitäten: duschen, sich anziehen, Kommissionen machen, Ihre Finanzen managen, Ihre Mahlzeiten zubereiten?
2. Hat Sie schon einmal jemand daran gehindert, Nahrung zu sich zu nehmen, sich anzukleiden, Ihre Medikamente einzunehmen, Ihre Brille oder Ihre Hörgeräte aufzusetzen, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen oder mit jemandem nach Ihrem Wunsch Kontakt zu haben?
3. Haben Sie sich schon einmal über jemanden geärgert, der drohend zu Ihnen gesprochen oder Sie beschämt hat?
4. Hat Sie jemand genötigt, Papiere zu unterschreiben oder Ihr Geld gegen Ihren Willen auszugeben?
5. Hat Ihnen jemand Angst gemacht, Sie auf unpassende Weise berührt oder körperlich verletzt?
6. An den Arzt: Misshandlung kann mit Anzeichen wie schwachem Blickkontakt, Zurückgezogenheit, Malnutrition, schlechter Hygiene, Schnittwunden, Kontusionen, unpassender Kleidung oder mangelhafter Compliance bei der Medikamenteneinnahme einhergehen. Haben Sie in den letzten 12 Monaten solche Anzeichen bemerkt?

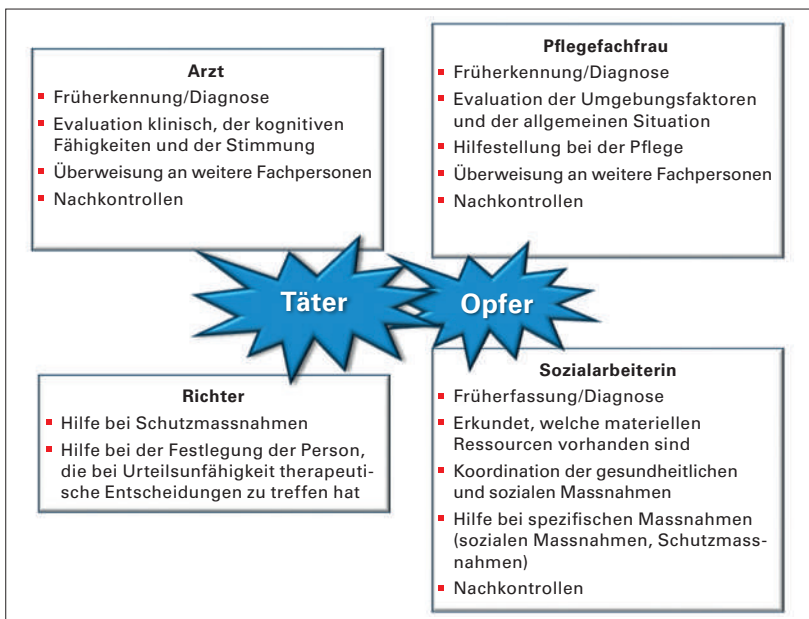


Abbildung 3: Rolle der verschiedenen Beteiligten bei der Betreuung eines betagten Misshandlungsofffers [8].

Korrespondenz:
Cindi Smith
Service de Gériatrie et
Réadaptation gériatrique
Mont Paisyble 16
CHUV
CH-1011 Lausanne
cindi.smith[at]chuv.ch

dest sollte überall, wo solche Warnzeichen vorliegen, mit dem möglichen Opfer ein Augenblick allein gesprochen werden.

Zusammenfassend sind Fälle von Misshandlung vermutlich häufiger, als man denkt. Wegen unserer Hemmschwellen und unserer Angst, zu Unrecht Missbrauch zu vermuten, werden wir hier äusserst ungerne aktiv. Die Situationen sind komplex, und es müssen Mittel von und die Kooperation mit Personen ausserhalb des traditionellen medizinischen Bereichs herangezogen werden. Wird allerdings ein Fall von Misshandlung verpasst, kann das gravierende Konsequenzen für das Opfer haben, was uns motivieren sollte, beim Vorliegen von Warnsignalen genau hinzuschauen.

Das Wichtigste für die Praxis

- Bei Verdacht auf Misshandlung ist es wichtig, mit dem betagten Patienten und dem möglichen Täter je ein getrenntes Gespräch zu führen.
- Zwei Schlüsselfragen stellen: Fühlen Sie sich zu Hause sicher? Haben Sie zu Hause vor jemandem Angst?
- Es soll erreicht werden, dass eine Fachperson einen Blick von aussen auf die Problematik erhält.
- Bestätigt sich der Verdacht auf Misshandlung, müssen unter Respektierung der Gesichtspunkte des Opfers und des mutmasslichen Täters Schutzmassnahmen ergriffen werden.
- Wenn die körperliche Integrität bedroht ist, sind manchmal Hospitalisation und Einweisung in eine Institution die am wenigsten nachteilige Lösung, selbst wenn der Betroffene sie nicht möchte.

Finanzierung / Interessenkonflikte

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verpflichtungen in Zusammenhang mit dem vorliegenden Artikel deklariert.

Literatur

- 1 Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, et al. (2011). European report on preventing elder maltreatment. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- 2 Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age Ageing* 2008; 37:151–160.
- 3 Naughton, C., Drennan, J., Lyons, I., Lafferty, A., Treacy, M., Phelan, A., et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing*, 2011;41:98–103.
- 4 Lang, G., & Enzenhofer, E. Prevalence study of abuse and violence against older women: results of the Austrian survey (AVOW Project). 2011. Vienne: Research Institute of the Red Cross.
- 5 Bond MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med* 2013;29:257–73.
- 6 Soares J. J., Barros H., Torres-Gonzales, F., et al. Abuse and health among elderly in Europe. Lithuanian University of Health Sciences Press 2010.
- 7 Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 1995; 333: 437
- 8 Lachs MS, Pillemer K. Elder abuse. *Lancet*. 2004;364:1263–72.
- 9 Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453–60.
- 10 Gordon RM, Brill D. The abuse and neglect of the elderly. *Int J Law Psychiatry*. 2001; 24:183–97.
- 11 Lachs MS, William CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder abuse. *JAMA* 1998;280:428–43.
- 12 Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*. 2005; 21:293–313.
- 13 Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;158:478–86.
- 14 American Medical Association. Family and intimate partner violence. Dec 2013.
- 15 Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to improve physician identification of elder abuse: the Elder Abuse Suspicion Index (EASI). *J Elder Abuse Negl*. 2008;20:276–300.