

Komplexe Betreuung

Abhängigkeit, Isolation und Vernachlässigung im Alter

Dr. med. Aurélie Tahar Chaouche^a, Dr. med. Nadja Gardijan^b

Hôpitaux Universitaires de Genève:

^a Unité de gériatrie communautaire, Service de médecine de premier recours

^b Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie de l'âge, Service de psychiatrie gériatrique

Das Gesundheitspersonal muss sich um viele zunehmend ältere Patientinnen und Patienten kümmern, die zu Hause leben. Das Altern sollte nicht gleichbedeutend sein mit Abhängigkeit, Isolation und Vernachlässigung. Deshalb ist es notwendig, einen globalen und präventiven Ansatz zu verfolgen, frühzeitig zu screenen und vernetzt zu arbeiten.

Einleitung

In der Schweiz ist die Lebenserwartung bei der Geburt eine der höchsten in Europa. Sie liegt bei 85 Jahren für Frauen und bei 82 Jahren für Männer [1]. Viele Menschen möchten in ihrem eigenen Zuhause bleiben und dabei ein gutes Mass an Autonomie bewahren. Die letzten Lebensjahre können jedoch geprägt sein von gesundheitlichen Problemen, einem Verlust der funktionellen Unabhängigkeit und einer Einschränkung der sozialen und familiären Kontakte, was zu Schwierigkeiten beim Verbleib zu Hause führen kann. Dieser Artikel zielt darauf ab, Abhängigkeit, Isolation und Vernachlässigung zu definieren und zu identifizieren und die Auswirkungen auf betagte Patientinnen und Patienten zuhause zu veranschaulichen.

Abhängigkeit

Wir befassen uns im Folgenden ausschliesslich mit der funktionellen Abhängigkeit oder dem funktionellen Rückgang, die/der als teilweise oder vollständige Unfähigkeit definiert ist, gewisse Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen. In diesem Fall benötigen abhängige Personen menschliche oder technische Hilfe zur Ausführung ihrer Aktivitäten. Diese nimmt zwar mit dem Alter zu, ist aber keineswegs eine systematische Folge des Alterns. In der Schweiz leben von den über 80-Jährigen 85% zuhause, 29% nehmen häusliche Pflege in Anspruch und 16% haben mindestens eine Schwierigkeit bei den täglichen Aktivitäten, das sind dreimal mehr als bei den Personen zwischen 65 und 79 Jahren [2]. Die am häufigsten verwendeten Skalen zur Evaluierung der Fähigkeiten der Patientinnen und Pa-

tienten in ihrem täglichen Leben sind die «Activities of Daily Living Scale» (ADL von Katz) [3] und die «Instrumental Activities of Daily Living» (IADL von Lawton) [4]. Einfach und schnell zu übertragen, ermöglichen sie der Ärztin / dem Arzt eine globale Beurteilung der Situation ihrer Patientinnen und Patienten, die Anpassung der zuhause anzuwendenden Hilfsmittel, aber auch die allgemeine diagnostische und therapeutische Vorgehensweise. Die ADL umfasst sechs Bereiche des täglichen Lebens: Körperpflege, Ankleiden, Toilettengang, Fortbewegung, Kontinenz und Nahrungsaufnahme. Die IADL umfasst acht Bereiche des täglichen Lebens: das Telefon benutzen, Einkäufe tätigen, Essen zubereiten, putzen, Wäsche waschen, Transportmittel benutzen, Medikamente einnehmen und das Geld verwalten. Diese Skalen sollten vorzugsweise mit den Betreuenden oder Pflegenden zuhause ausgefüllt werden, denn ältere Menschen neigen dazu, ihre Bedürfnisse zu minimieren. Ist mindestens einer dieser Bereiche betroffen, ist eine globale Beurteilung auf der Grundlage eines medizinisch-psycho-sozialen Ansatzes gerechtfertigt und nicht nur auf der Grundlage der Pathologien, denn der funktionelle Rückgang ist oft multifaktoriell bedingt (medizinisch, psychologisch, sozial, umweltbedingt). Es gibt bestimmte Indikatoren, wie zum Beispiel die Abnahme der Gehgeschwindigkeit (<1 m/s), wiederholte Stürze, Schwierigkeiten beim Treppensteigen, Reduzierung der körperlichen Aktivität, Schwierigkeiten beim Heben oder Tragen einer Tasche, die der Einschränkung von ADLs vorausgehen können und der Ärztin / dem Arzt helfen zu antizipieren und präventive Massnahmen einzuleiten. Ein Beispiel ist die Geschichte von Frau K., 86 Jahre alt, die Schwierigkeiten beim Gehen hat und deshalb einen



Aurélie Tahar Chaouche

Stock benutzt. Wegen Arbeiten an ihrem Treppenhaus konnte sie wochenlang nicht mehr das Haus verlassen, Einkäufe tätigen oder ihre Freundinnen besuchen. Sie klagte über zunehmende Müdigkeit, mangelndes Interesse am Kochen, Appetitlosigkeit und sich verschlimmernde Rückenschmerzen, und dies ohne vorausgehenden Sturz. Sie war abhängig von ihrer Tochter geworden, nicht nur beim Einkaufen, sondern auch für ihre Mahlzeiten, die sie regelmässig draussen zu sich nahm. Die gemeinsame Intervention einer Fachperson aus der Physiotherapie zur Förderung der Propriozeption und Gehfähigkeit, aus der Ergotherapie zur Anpassung der Umgebung, der Hilfsmittel und zur Optimierung der Bewegungsstrategien sowie einer Pflegekraft, die Frau K. bei den Mahlzeiten unterstützte, ermöglichten ihr binnen weniger Wochen, das Haus eigenständig zu verlassen, was ihre Stimmung erheblich verbesserte. Die Patientin war nicht mehr auf die Hilfe ihrer Tochter angewiesen. Diese Situation zeigt deutlich, dass Abhängigkeit zu Rückzug auf sich selbst, Verlust des Selbstwertgefühls, Verschlechterung der zugrunde liegenden Pathologie, sogar zu Depression und sozialer Isolation führen kann.

Isolation

Isolation umfasst zwei unterschiedliche Begriffe: Einsamkeit und soziale Isolation. Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl des Mangels an emotionaler Unterstützung und spiegelt die Qualität der Beziehungen wider.

Die soziale Isolation betrifft die Quantität der Kontakte mit anderen Menschen. Einsamkeit und Isolation treten oft gemeinsam auf und teilen viele Risikofaktoren und Folgen. Soziale Isolation kann zu Einsamkeit führen. Die beiden gehen aber nicht immer Hand in Hand, denn man kann sich auch mit guten sozialen und familiären Beziehungen einsam fühlen [5]. Bei fortschreitendem Alter kommt es zum Verlust der Partnerin / des Partners und der befreundeten Personen. Dies verändert das Lebensmodell der Betroffenen, die nun oft allein leben müssen. Wenn die Mitglieder einer Familie noch dazu weit voneinander entfernt leben, kann es zu einem Rückgang der intrafamiliären Kontakte kommen. Während fortgeschrittenes Alter zu sozialer Isolation prädisponiert, bleiben die Studien zur Relation zwischen Einsamkeit und Alter widersprüchlich: Älter werden bedeutet nicht immer, sich einsam zu fühlen [6]. Das Gefühl der Einsamkeit hängt von der jeweiligen Persönlichkeit ab. Es wird verstärkt durch Traumata, wie zum Beispiel den Verlust eines geliebten Menschen, die Veränderung der Lebensweise (Verwitwung, Scheidung, Heimeinweisung), gesundheitliche Probleme und Verlust der Autonomie. Die Diagnose von Einsamkeit ist komplex, da sie unterschiedliche Ausdrucksformen annehmen kann, wie zum Beispiel Aggression, psychosomatische Schmerzen, Substanzmissbrauch. Die in der Forschung häufig verwendete Einsamkeitsskala der «Université de Laval», auch «Loneliness Scale» (tab. 1: UCLA) genannt, kann diagnostische Hilfestellung geben [7].

Tabelle 1: Einsamkeitsskala der «Université de Laval» (französische Validierung der «UCLA Loneliness scale» [17]).

	Niemals 1	Selten 2	Manchmal 3	Oft 4
Ich fühle mich wohl mit den Menschen um mich herum.				
Ich habe nicht genügend Gesellschaft.				
Ich habe niemanden, an den ich mich wenden kann.				
Ich fühle mich nicht alleine.				
Ich habe einen Freundeskreis.				
Ich habe viel gemeinsam mit den Menschen um mich herum.				
Ich fühle mich niemandem mehr nah.				
Meine Interessen und Ideen werden von den Menschen um mich herum nicht geteilt.				
Ich bin ein geselliger Mensch.				
Es gibt Menschen, denen ich mich nahe fühle.				
Ich fühle mich ausgeschlossen.				
Meine sozialen Beziehungen sind oberflächlich.				
Niemand kennt mich wirklich.				
Ich fühle mich von den anderen isoliert.				
Ich kann mit anderen zusammen sein, wenn ich das will.				
Es gibt Menschen, die mich wirklich verstehen.				
Ich fühle mich unglücklich, so zurückgezogen zu sein.				
Die Menschen sind um mich herum, nicht mit mir.				
Ich habe Menschen, mit denen ich sprechen kann.				
Ich habe Menschen, an die ich mich wenden kann.				

Soziale Isolation ist leichter zu erkennen, denn sie ist quantifizierbar (z.B. Frequenz der Besuche innerhalb des primären Netzwerks). Der Verlust der Autonomie durch Geh- und Gleichgewichtsprobleme, behindernde Schmerzen, Wahrnehmungsstörungen, Kontinenzprobleme oder kognitive Defizite kann dazu führen, dass ältere Menschen sich weniger fortbewegen. Geringe finanzielle Möglichkeiten können auch ein Grund dafür sein, dass sie auf bestimmte Freizeitaktivitäten verzichten und dadurch ihre sozialen Interaktionen verringern. Es ist wichtig, die Isolation und die dazu beitragenden Faktoren erkennen zu können, denn wenn sie chronisch werden, können sie zu ängstlich-depressiven Zuständen führen. Dies wiederum kann die Isolation verschlimmern. Um die isolierten Personen zu unterstützen, ist es wichtig, die sozialen Interaktionen zu verstärken, Momente des Austauschs zu fördern, die dazu beitragen können, das Selbstwertgefühl sowie das Gefühl der Zugehörigkeit und die Freude daran wiederherzustellen. Die Qualität der Beziehungen ist von grosser Bedeutung. Deshalb sollten alle Aktivitäten bevorzugt werden, die Kommunikation und Begegnung fördern (Tagesheime, Tageskliniken, Seniorenclubs, Teilnahme an gemeinsamen sportlichen oder künstlerischen Aktivitäten, ...) [8, 9]. Im Juni 2020 veröffentlichte «Gesundheitsförderung Schweiz» einen Leitfaden zu den sozialen Ressourcen und zu den Projekten, die der Bevölkerung zur Förderung einer guten Lebensqualität zur Verfügung stehen [10].

Vernachlässigung

Es gibt zwei Formen von Vernachlässigung: Selbstvernachlässigung und Fremdvernachlässigung. Sie können verschiedene Formen annehmen, die in Tabelle 2 zusammengefasst sind.

Tabelle 2: Die verschiedenen Formen der Vernachlässigung.

Selbstvernachlässigung	Fremdvernachlässigung
Verweigerung der Behandlung; schlechte Befolgung der Therapie, Verweigerung der Konsultation oder Therapie oder der Durchführung zusätzlicher notwendiger Untersuchungen	Deprivation der Pflege: eingeschränkter Zugang zu Konsultationen und/oder zu Behandlungen, unregelmässige Nachuntersuchungen
Unzureichende Körperpflege	Unzureichende Körperpflege
Unzureichende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr	Unzureichende Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr oder Zwangsernährung
Unhygienische Wohnung durch Abweisen von Hilfeleistung, Diogenes-Syndrom	Ungeeignete Wohnung (Temperatur, Platz, Hygiene, ...)
Vernachlässigung der Finanzen: Nichtbezahlen von Rechnungen (Risiko der Zwangsräumung, ...)	Vernachlässigung der Finanzen: Vorenthaltung von Hilfsmitteln (Rollstuhl, Hörgerät, Brille, zahntechnische Vorrichtungen, angepasstes Bett, ...)
Soziale Isolation	Unzureichende oder übermässige Aufsicht (Patientin/Patient wird zu oft allein gelassen, wird ständig von Kameras oder anderen Geräten überwacht, ...)

Mit der Bevölkerungsalterung steigt das Risiko des Missbrauchs. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Vernachlässigung eine Form der Misshandlung und macht 4,2% aller Missbrauchsfälle aus. In der Schweiz werden schätzungsweise 300 000 ältere Menschen misshandelt. Etwa 80% der Fälle finden im häuslichen Bereich, innerhalb der Familie oder der Nachbarschaft statt und 20% in Einrichtungen [11–13]. Menschen, die körperlich respektive geistig abhängig sind oder an Demenz leiden, sind häufiger Opfer von Vernachlässigung durch eine Person im häuslichen Bereich. Die Erschöpfung und Einsamkeit pflegender Angehöriger, gestörte partnerschaftliche oder familiäre Verhältnisse, das Zusammenleben eines erwachsenen Kindes mit seinen betagten Eltern und finanzielle Probleme sind Risikofaktoren, die erkannt werden müssen, um diese Situationen zu antizipieren und zu verhindern [14]. Selbstvernachlässigung, das heisst die Weigerung oder die Unterlassung, für die eigenen Grundbedürfnisse zu sorgen, gefährdet die Gesundheit und Sicherheit der betroffenen Personen. Ältere Menschen mit ängstlich-depressiven Störungen, neurokognitiven Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholproblemen, körperlichen Defiziten und finanziellen Problemen neigen eher dazu, sich selbst zu vernachlässigen. Die Folgen der Vernachlässigung sind schwerwiegend, da sie zu einer Verschlechterung der körperlichen und geistigen Gesundheit aufgrund der Verschärfung von chronischen Grunderkrankungen führen können [15]. Dies bewirkt ein erhöhtes Risiko von Spitalaufenthalten und Heimeinweisungen sowie eine erhöhte Sterblichkeit. Die Fachkräfte des Gesundheitswesens, die ältere Menschen in deren Zuhause oder in den verschiedenen medizinisch-sozialen Einrichtungen betreuen, haben die rechtliche und moralische Verpflichtung, eine Vernachlässigung festzustellen und zu intervenieren, sobald Verdacht besteht. Laut Artikel 426 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches kann eine Person in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn aufgrund psychischer Störungen, einer mentalen Behinderung oder eines ernsten Zustands der Verwahrlosung die erforderliche Hilfe oder Behandlung nicht auf eine andere Weise gewährleistet werden kann. In diesem Fall kann, unabhängig vom Urteilsvermögen der Person, eine fürsorgerische Unterbringung (FU) durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) oder durch eine ärztliche Person (ärztliche FU) angeordnet werden. Teamarbeit und Vernetzung ermöglichen eine bessere Prävention, Feststellung und Bewältigung dieser Situationen, aber auch einen objektiveren Blick auf zweifelhafte oder grenzwertige Situationen, in denen manchmal in guter Absicht die Integrität einer älteren Person verletzt wird.

Fazit

Funktionelle Abhängigkeit bei älteren Menschen bedeutet eine Wende in ihrem Leben. Sie begünstigt zahlreiche Komplikationen wie Depression, Isolation und Vernachlässigung, die in Wechselwirkung zueinander stehen und zum Verlust der Autonomie führen (Abb. 1).

Auch wenn eine Stabilisierung im Stadium der Abhängigkeit möglich ist, erscheint es unerlässlich, die älteren Personen zu einem früheren Zeitpunkt zu ermitteln, um ihre funktionelle Autonomie und Lebensqualität zu fördern und zu erhalten. Die Pflege gebrechlicher betagter Personen zuhause erfordert eine gute Koordination zwischen Pflegekräften, Sozialdiensten und dem primären Netzwerk der Patientinnen und Patienten. Ein Beispiel ist das kantonale Pilotprojekt in der Westschweiz COGERIA («coordination de soins pour les personnes âgées fragiles» bzw. «Koordination der Pflege für gebrechliche ältere Per-

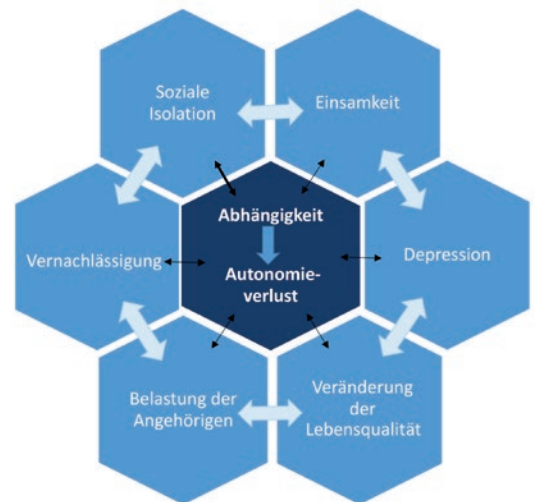


Abbildung 1: Interaktionen zwischen Abhängigkeit, Depression, Isolation und Vernachlässigung.

sonen»), das die Antizipation und Koordination der Pflege fördern soll. Sein Ziel ist es, die Pflege zuhause zu stärken und die Besuche in der Notaufnahme zu reduzieren [16].

Die Bevölkerungsalterung stellt eine Herausforderung für unsere Gesellschaft dar, die in der Lage sein muss, ihr Gesundheitssystem anzupassen, damit Gesundheitsmassnahmen gefördert werden, die den Erhalt der Lebensqualität älterer Menschen, die zuhause bleiben wollen, stärken.

Disclosure statement

Dr. med. Tahar Chaouche ist die medizinische Leiterin des Teams COGERIA (Kantonales Projekt, Kanton Genf), das am Ende des Artikels zitiert wird.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2021.08795>.

Korrespondenz:
Dr. med.
Aurélie Tahar Chaouche
Unité de gériatrie communautaire (UGC)
Service de médecine de premier recours
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabriel Perret-Gentil 4
CH-1205 Genève
[aurelie.tahar\[at\]hcguge.ch](mailto:aurelie.tahar[at]hcguge.ch)

Das Wichtigste für die Praxis

- Die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Funktionseinbussen bei älteren Menschen ist für den Erhalt der Lebensqualität und den Verbleib zu Hause unerlässlich.
- Abhängige Menschen, aber auch solche, die an neurodegenerativen und psychiatrischen Erkrankungen leiden, stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, die einem grösseren Risiko der Isolation und Vernachlässigung ausgesetzt ist.
- Die Betreuung älterer Patientinnen und Patienten, die abhängig, isoliert oder in einer Situation der Verwahrlosung sind, ist komplex und erfordert eine gute Koordination zwischen den medizinischen, psychologischen und sozialen Akteuren vor Ort sowie einen fächerübergreifenden Ansatz.