

Blick über die Grenzen : Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen

Autor(en): **Wettstein, A. / Lachs, M.S. / Pillemer, K.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(1995-1996)**

Heft 49

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-790345>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Blick über die Grenzen:

Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen

Gestützt auf die Arbeit von M.S. Lachs und K. Pillemer, NEJM, 332., 7, 1995, übersetzt von V. Schneider, gekürzt dargestellt und auf Schweizer Verhältnisse übertragen von A. Wettstein, durchgesehen von Dr. H. Henke, Vormundschaftsbehörde Zürich

Dass Gewalttätigkeit zu Hause ein chronisches Leiden sei, ist für Aerzte eine brauchbare bildhafte Aussage. Studien über Gewalt zu Hause während eines Lebensabschnitts lassen vermuten, dass auch hier - wie bei chronischer Krankheit gang und gäbe - Perioden des Stillstands mit Krankheitsausbrüchen abwechseln und dass Misshandlungen meist wiederholt werden, es sich dabei eher selten um einmalige Uebergriffe handelt. Die Metapher der Gewalttätigkeit zu Hause als chronisches Leiden mag Aerzte daran erinnern, dass Betagte auch in dieser Hinsicht Risikopatienten sind. Gemäss einem amerikanischen Regierungscommissionsbericht über das Alter erleiden jährlich 3 - 6 % der betagten Amerikaner Misshandlungen.

Zunächst folgt ein Ueberblick über unser Wissen im Bereich der klinischen Epidemiologie von Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen und darauf folgend werden Strategien für die Evaluation und die Bewältigung des Problems entwickelt, die vor allem für geriatrisch tätige Aerzte von Interesse sein dürften.

Epidemiologische Merkmale; was beinhaltet die Misshandlung Betagter?

Vor 20 Jahren sind die ersten Berichte über Betagtenmisshandlung erschienen. Bald darauf haben Wissenschaftler versucht, die klinische Reichweite und Verbreitung des Problems zu ermitteln. Das grösste Hindernis für eine exakte epidemiologische Forschung war die weit auseinanderklaffende Definition des Misshandlungsbegriffes. Obschon dieses Problem hier nicht gelöst werden kann, ergibt die Uebersicht über neuere Forschungsergebnisse folgende Beschreibung von Misshandlungsarten:

1. Alle Diskussionen über Misshandlung betagter Erwachsener schliessen körperliche Gewalt ein als Tätlichkeiten, die körperliche Schmerzen oder Verletzungen herbeiführen, zumeist durch Ohrfeigen, Faustschläge und Schläge mit Gegenständen. Häufig resultieren daraus Prellungen, Verstauchungen, Schürfungen, manchmal auch Frakturen, Verbrennungen und andere Verletzungen.
2. Die Literatur registriert mehrheitlich psychische oder gefühlsmässige Misshandlung als eine separate Kategorie von Gewaltanwendung. In solchen Fällen wird - oft von körperlicher Misshandlung begleitet - auf emotionaler Ebene Schmerz zugefügt. Beispiele sind ständige verbale Aggressionen in Form von Drohung, Beleidigung oder Aussagen, welche die betagte Person herabwürdigen oder sie Kindern gleichstellen. Eine andere wichtige Form von seelischer Misshandlung ist die Drohung, den anvertrauten alten Menschen zu verlassen oder ihn in eine Anstalt einzuweisen.
3. Viele Misshandlungsdefinitionen schliessen materielle Uebervorteilung oder die unkorrekte Aneignung von Geld oder Grundstücken ein, zum Beispiel Diebstahl von Zahlungsanweisungen sowie Nötigung zur Aenderung des Testaments oder anderer rechtlicher Dokumente zugunsten des Misshandlers. (In der Praxis ist die Grenze zwischen nicht akzeptabler Ausnützung und "erkaufter Umsorgung" welche dem Betroffenen mehr nützt als schadet, gelegentlich schwer zu ziehen.)
4. Betagtenvernachlässigung wird sicherlich zu Recht als Misshandlung betrachtet. Die Vernachlässigung kann beabsichtigt sein, wenn Betreuer ihrer Verpflichtung zur Pflege nicht nachkommen, sei es um dem Schutzbefohlenen zu schaden oder um ihn zu bestrafen (z.B. wissentliches Vorenthalten von Mahlzeiten oder Medikamenten). Die Misshandlung kann jedoch sogar unbeabsichtigt zustande kommen, aus Ignoranz des Betreuers oder zufolge echter Unfähigkeit, jemanden zu pflegen.

Vor allem die Betagtenvernachlässigung liegt im Zentrum einer Kontroverse über die Definition der Misshandlung. Wenn betagte Menschen vernachlässigt werden, erhebt sich die Frage, wer in erster Linie für sie verantwortlich ist, was von einem Verantwortlichen an

Pflege und Zuwendung erwartet werden kann sowie, ob die Vernachlässigung absichtlich oder fahrlässig geschah. Es besteht die kontroverse Meinung, dass die Unterteilung von Misshandlung in Kategorien rein theoretisch sei und die Interessen des Opfers nicht berücksichtige. Im Endeffekt verhindere jede Misshandlung, dass es den Betagten in der Gesellschaft gut geht, und man sollte primär darangehen, deren Lebensqualität zu verbessern anstatt Schuldzuweisungen vorzunehmen. Das ist der Grund, weshalb die Zuständigen Begriffe wie Misshandlung und Vernachlässigung meiden und das Problem "ungenügende Pflege alter Menschen" oder "schlechte Behandlung" benennen.

Ausserhalb des wissenschaftlichen Sprachgebrauchs werden von Praktikern andere Begriffe verwendet. So werden in den USA Sätze formuliert wie "willentliches Herbeiführen von körperlichem Schmerz, Verletzung oder psychischer Qual", oder "willentliche Unterlassung von Dienstleistungen, die für das körperliche oder seelische Wohl des Betagten notwendig sind" Oft wird auch "Selbstvernachlässigung" genannt, was bedeutet, dass alleinstehende Betagte sich nicht mehr angemessen selber versorgen können und es deshalb zu körperlicher und geistiger Schädigung kommt. Obschon es Argumente gegen die Aufnahme solcher Patienten in die Epidemiologie der Betagtenmisshandlung gibt, stellen diese einen substantiellen Anteil dieser Population mit unerfüllten Bedürfnissen dar.

Inzidenz und Prävalenz:

In einer randomisierten Stichproben-Erhebung in amerikanischen Gemeinden über die Betagtenmisshandlung wurden 2.200 ältere Bostoner über die drei Misshandlungsformen - körperliche Gewalt, psychische Misshandlung und Vernachlässigung - befragt. 3.2% aller Befragten gaben an, nach dem 65. Lebensjahr schon einmal Opfer von Gewalt gewesen zu sein. 2.2% wurden körperlich misshandelt, 1.1% wurden gewohnheitsmässig beschimpft und 0.4 % beklagten sich über Vernachlässigung. Dreiviertel gaben Ehepartner und ein Drittel Kinder als Täter an. Beinahe gleiche Misshandlungsraten wurden in zwei ähnlich angelegten epidemiologischen Studien in Kanada und Grossbritannien gefunden. Obschon es unmöglich ist, Belege für einen Anstieg der

Misshandlungsrate zu finden, sind sich alle Behörden, die sich mit dieser Thematik befassen, einig über ein Anwachsen der gemeldeten Fälle in den letzten zehn Jahren.

Risikofaktoren:

Verschiedene Eigenschaften Betagter erhöhen das Risiko, im Alter misshandelt zu werden:

Tabelle 1 Risikofaktoren für die Misshandlung Betagter

RISIKOFAKTOREN	MECHANISMUS
Schlechte Gesundheit und funktionelle Beeinträchtigung	Die Behinderung vermindert die Möglichkeit des Betagten, Hilfe zu suchen und sich zu wehren
Kognitive Beeinträchtigung	Aggressive Haltung gegenüber dem Betreuer und störendes Verhalten des Betagten können zu Gegenaggression führen. Bei Dementen wurden höhere Misshandlungsraten festgestellt.
Missbrauch von Alkohol oder Drogen sowie Geisteskrankheit des Betreuers	Daraus können Uebergriffe resultieren
Abhängigkeit des Betreuers vom Patienten	Oft kommen Misshandlungen vor, wenn der Betreuer finanziell, für Wohnmöglichkeit oder in anderen Bereichen, auf den Betagten angewiesen ist. Der Missbrauch entsteht beim Versuch, sich der Ressourcen des Betagten zu bemächtigen
Gemeinsames Wohnen	Alte alleinstehende Menschen sind viel weniger oft Misshandlungsoffer. Gemeinsames Wohnen erhöht das Konfliktpotential
Stressfaktoren ausserhalb der Familie	Starke Beanspruchung und ständige finanzielle Engpässe senken die Aggressionsschwelle von Familienmitgliedern und erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Aggressionen gegen den anvertrauten Betagten
Soziale Isolation	Alte Menschen mit wenig Aussenkontakt neigen eher dazu, Opfer von Misshandlungen zu werden. In der Isolation werden solche Aggressionen weniger erkannt. Zudem senken Kontakte nach aussen den Effekt von Stress.
Vorgeschichte von Gewalt	Vor allem bei Ehepaaren ist eine Vorgeschichte von Gewalt bei Misshandlungen häufig.

Es treten drei Risikomerkmale von Menschen hervor, die zu Misshandlungen neigen:

- Geisteskranke, alkohol- oder drogensüchtige Verwandte
- Familienmitglieder, die in irgendeiner Weise vom Betagten abhängig sind
- Personen, die andere misshandeln, sind oft auch ausserhalb des familiären Rahmens gewalttätig oder sind sonstwie asozial.

Die klinische Beurteilung

Allgemeines:

Es ist schwierig festzulegen, wann Betagte bezüglich möglicher Misshandlung befragt werden sollen. Eine neue Richtlinie der Amerikanischen Aerztegesellschaft schlägt vor, alle Betagten von ihrem Hausarzt zu diesem Thema zu befragen, selbst ohne Hinweise auf Gewalt oder Vernachlässigung. Bei der weiten Verbreitung und der Tendenz zu asymptomatischer Gewaltanwendung innerhalb von Familien ist dieser Vorschlag vernünftig. Es gibt standardisierte Erfassungsmerkmale zur Identifizierung misshandelter Patienten, jedoch ist ihre Sensitivität als Erfassungsinstrument im Vergleich mit einem Referenz-Standard unbekannt.

Wenn keine lebensbedrohliche Verletzung oder unmittelbare Gefahr für den Patienten besteht, kann sich die gründliche Erfassung von gewalttätigen Handlungen über mehrere Konsultationen erstrecken und sollte Informationen aus vielen Quellen beinhalten und alle Familienmitglieder, Nachbarn, Spitexpersonal usw. einschliessen. In der Schweiz ist die Vormundschaftsbehörde für zivilrechtliche Schutzmassnahmen (nicht aber zur Einleitung strafrechtlicher Schritte) zuständig. Sie zieht bei medizinischen Problemen in Zusammenhang mit Gewalt an Betagten Aerzte, meist den Hausarzt oder den bezirksärztlichen Dienst (Stadtärztlicher Dienst in der Stadt Zürich) bei. Am besten erfolgt stets ein Hausbesuch zur Ermittlung des Sachverhalts, meist durch einen Waisenrat zusammen mit einem Stadtarzt. Auch geriatrisch tätige Polikliniken von Spitälern oder Sozialpsychiatrische Dienste können Ansprechpartner sein. Hilfe kann bereits während der Ermittlungen geleistet werden, da es sich zunächst nur darum handeln kann, die

Lebensqualität des betreffenden Patienten zu verbessern, was ohne sofortige Diagnosestellung und Schuldzuweisung geschehen kann, indem die Bedürfnisse des Patienten erkannt und sinnvoll befriedigt werden.

Gesprächstechnik:

Eine sorgfältig geführte Krankengeschichte ist das A und O der Untersuchung in einem Fall von möglicher Misshandlung. Um möglichst genaue Aussagen zu erhalten, muss der Arzt eine gute Befragungstechnik entwickeln.

Zunächst sollen der Patient und sein Betreuer separat und allein befragt werden, wobei hier bereits Unstimmigkeiten auftauchen können. Ältere Menschen können Hemmungen haben, in Gegenwart anderer Patienten oder von Angestellten zu sprechen.

Das Interview kann mit allgemeinen Fragen beginnen: "Fühlen Sie sich dort, wo Sie leben, sicher?" und fortfahren mit einer Frage nach dem Betreuer: "Wer bereitet Ihnen das Essen zu?" und "Wer kümmert sich um Ihre finanziellen Angelegenheiten?" Dann kann das Gespräch sich behutsam zum Thema Misshandlung wenden: "Haben Sie oft Streit mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter? Wenn Sie uneinig sind, was passiert dann? Schreit man Sie an? Müssen Sie lange warten, bis man Ihnen das Essen oder Medikamente bringt? Werden Sie in Ihrem Zimmer festgehalten? Werden Sie geschlagen, mit Faustschlägen traktiert oder tritt man Sie?" - Aerzte schätzen diese Befragungen gar nicht! Aber das einzige Mittel gegen dieses Unbehagen ist Uebung.

Das Gespräch mit Personen, die verdächtigt werden, jemanden zu misshandeln, ist anspruchsvoll und sollte wenn möglich Experten auf diesem Gebiet überlassen werden. Führt der Arzt jedoch ein solches Interview, ist es in der Phase des Zusammentragens von Aussagen wichtig, eine Konfrontation zu vermeiden, da davon niemals so viel zu erwarten ist, wie von einem in angemessenem Ton gehaltenen, vorurteilslosen Gespräch. - Empathie und Verständnis für die Belastung des Bürdentragens können enorm hilfreich sein, um die ganze Geschichte akkurat zu vernehmen. "Es ist sicher sehr schwierig, Ihre Mutter zu pflegen; verlieren Sie nie die Kontrolle über sich selbst?" Bei der Befragung beider Parteien ist es wichtig, jene Stressfaktoren exakt

herauszuarbeiten, welche die Misshandlungen hervorrufen (z.B. Probleme, die wegen des Benehmens Dementer entstehen oder Diskussionen um Geld). Die Antworten zeigen dem Arzt Muster und Häufigkeit der Gewalttätigkeiten und skizzieren den Weg für gangbare Lösungen.

Misshandlungen auf psychologischer Ebene sind wohl eher schwierig zu identifizieren und wahrscheinlich sehr häufig. Schwierigkeiten bereitet auch, dass verschiedene ethnische Gruppierungen das Problem nicht gleich sehen. Eine für alle gangbare Definition sind Handlungen oder Aussagen, die alten Menschen beträchtlich schaden. Klinische Anzeichen diese Art von Misshandlung sind Rückzug, langdauernde Depression und Aufsässigkeit sowie Aengste.

Körperlicher Befund:

Dramatische Fälle von Gewaltanwendung sind fast immer klar und selten eine Herausforderung für den Diagnostiker. Bei allen Zeichen von Verletzung in verschiedenen Heilungsstadien, bei unklaren Verletzungen oder wenn es keine plausible Erklärung für sie gibt, ist an Betagtenmisshandlung zu denken. Ebenso ist schwere Vernachlässigung in Betracht zu ziehen, wenn die betreuende Person bei Pflegebedürftigen mit eigentlich genügend Mitteln offensichtlich kein Interesse an deren Ernährung, Hygiene oder bekannten und spezifischen Bedürfnissen zeigt (zeigt sich z.B. durch Verfehlen von Terminen beim Arzt, Nicht-einlösen von Rezepten).

Eine Uebersicht über 36 Fälle von Betagtenmisshandlung zeigte eine höhere Anzahl schlechter Behandlung als von körperlichen Uebergriffen. Die meisten physisch wahrnehmbaren Verletzungen betrafen unerklärliche blaue Flecken, Platzwunden oder Schürfungen sowie unbegründete Frakturen. Bei der Vernachlässigung zeigten sich Dehydratation und Mangelernährung. Gestützt auf diese Angaben, wurden verschiedene Merkmale vorgeschlagen, welche die Aufmerksamkeit des Arztes auf mögliche Betagtenmisshandlung lenken sollten:

Ausserhalb der Notfallstation trifft der Arzt wohl eher Patienten an, die unter den subtileren Formen der Misshandlung leiden und wo Vernachlässigung, Psychoterror oder beide dominieren. Diese heimtückischeren Arten von Uebergriffen werden noch maskiert durch eine hohe Rate

von chronischen Krankheiten, welche bei Betagten häufiger zu finden sind als bei jüngeren Misshandlungsoptionern. Dies kann bewirken, dass die Misshandlung nicht erkannt wird (was zu einem falsch-positiven Assessment führt) oder es macht die klinischen Anzeichen von Misshandlung unscharf (falsch-negatives Assessment).

Tabelle 2: Anzeichen von Misshandlung oder Vernachlässigung betagter Patienten:

Anzeichen	Beispiel
Aufsuchen des Arztes später als es die Art der Verletzung erwarten liesse	Verschorfte Wunden, Röntgenbild einer falsch zusammengewachsenen Fraktur, zu später Arztbesuch kurz vor dem Tod des Patienten
Unstimmigkeit zwischen Bericht des Patienten und des Betreuers	Nicht dieselbe Aussage über das Zustandekommen von Verletzungen, inkongruente Daten und Zeitangaben
Von beiden Parteien unwahrscheinliche oder vage Erklärung	Frakturen, die nicht so entstanden sein können, wie berichtet wird
Häufiges Aufsuchen der Notfallstation wegen Verschlimmerung chronischer Krankheiten, obschon ein Pflegeplan vorliegt	Verschlimmerung von chronisch-obstruktivem Lungenleiden oder dekompensierte Herzinsuffizienz, weil die Medikamente nicht regelmässig verabreicht werden
Ein dementer Patient, der ohne Betreuer ärztliche Hilfe sucht	Patient im Stadium einer fortgeschrittenen Demenz, der die Notfallstation allein aufsucht
Laborbefunde, die nicht mit der vom Patienten vorgebrachten Erklärung für sein Leiden übereinstimmen	Niedriger Medikamentenspiegel, z.B. Digoxinspiegel, im Blut des Patienten, was nicht zur Aussage des Betreuers passt, dass der Patient regelmässig seine verordneten Medikamente einnehme. - Toxikologischer Nachweis im Patientenblut von Psychopharmaka, die vom Arzt nicht verordnet wurden

Kane und Goodwin beschreiben sechs Patienten mit Spontanfrakturen der langen Knochen ohne jegliche Anzeichen von Gewalteinwirkung, deren Angehörige in vier Fällen das Personal der Misshandlung

anschuldigte. Umgekehrt kann eine Hüftfraktur, die von familiärer Misshandlung herrührt, einer Osteoporose zugeschrieben werden. Wie soll der Arzt also vorgehen bei Patienten, die keinerlei Zeichen äusserer Gewalt aufweisen, wie etwa bei der Kindsmisshandlung beschrieben? Sobald aufgrund der gründlichen Befragungen oder sichtbarer Zeichen von Misshandlung feststeht, dass Uebergriffe vorgekommen sind, ist eine strukturierte Erhebung zwingend notwendig, Tabelle 3 zeigt einen solchen Erhebungsbogen:

Tab. 3: Klinisches Vorgehen zur Aufdeckung von Betagtenmisshandlung

Augenmerk	Vorgehen oder Bemerkung
Krankengeschichte	Patient und Betreuer werden separat und allein befragt. Direkte Fragen nach körperlicher Züchtigung, Einschränkungen oder Vernachlässigung. Genaue Details über Art, Häufigkeit und Schwere der Uebergriffe. Funktionales Assessment des Patienten (Unabhängigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens). Sofern sich aus der Erhebung Pflegebedürftigkeit ergibt, Erkundigung nach dem verantwortlichen Betreuer. Erkundigung nach den neuesten psychosozialen Fakten, z.B. Todesfall, finanzielle Probleme. - Wie gut versteht der Betreuer die Krankheit des Patienten (Art der Pflege, Prognose)?
Beobachten des Verhaltens	Rückzug, Infantilisierung des Patienten durch den Betreuer. Betreuer, der für den Patienten sämtliche Angaben machen will.
allgemeine Beobachtung	Hygiene Sauberkeit und angemessene Bekleidung des Patienten
Haut u. Schleimhaut	Hautturgor; andere Zeichen von Dehydratation viele Hautläsionen in verschiedenen Heilungsstadien Wunden, Dekubitalulzera Wie wurden Hautverletzungen gepflegt?
Kopf und Hals	Kahle Stellen auf der Kopfhaut von ausgerissenem Haar (nicht mit der männlichen Glatze zu verwechseln, da nicht am selben Ort), Haematome auf der Kopfhaut, Platzwunden, Schürfwunden,
Rumpf	blaue Flecken, Striemen; es ist oft möglich, von der Form auf den verletzenden Gegenstand zu schliessen, z.B. Eisen oder Gürtel

Uro-Genitaltrakt	Blutungen aus Rektum oder Vagina, Dekubiti, Insektenbefall
Extremitäten	Verletzungen an Hand- und Fussgelenken, welche auf Anbinden schliessen lassen (socken- oder handschuhförmige Verteilung der Verletzungen)
Skelett und Muskeln	Untersuchung auf versteckte Frakturen, Schmerzen, Beobachten des Ganges
Neurologisch-psychiatrischer Status	Gründliche Untersuchung um das Wesentliche zu erfassen: Depressive Symptome, Angst; andere psychiatrische Symptome, einschliesslich Wahnideen und Halluzinationen Mini-Mental Status: Eine eingeschränkte Wahrnehmung, die auf Delir oder Demenz hinweist, spielt eine Rolle bei Entscheiden über das weitere Vorgehen.
Röntgen/Labor	Entsprechend der klinischen Evaluation. Albumin, Blut-Harnstoff-Stickstoff, Kreatininspiegel, Toxikologisches Screening (wird die verordnete Medikation vom Betreuer verabreicht?).
Soziale und finanzielle Ressourcen	Erkundigung nach anderen Mitgliedern eines allfälligen sozialen Netzes, welche dem Patienten zur Seite stehen könnten und nach dem finanziellen Stand des Patienten. Diese Auskunft ist sehr wichtig, da von ihr das weitere Vorgehen abhängt, einschliesslich andere Wohnform und Hilfe im Haushalt.

Wenn bei Patienten trotz finanziellem Rückhalt ungestillte Bedürfnisse vorhanden sind, kann dies ein Zeichen finanzieller Ausnützung sein. Aerzte haben normalerweise keine Möglichkeit, die finanziellen Möglichkeiten ihrer Patienten zu ergründen. Mitteilungen von Patienten über dieses Thema sollen jedoch aufmerksam verfolgt werden. Ein Patient kann z.B. sagen, dass etwas nicht stimme mit seinen Finanzen (z.B. im Zusammenhang mit dem Bezahlen der Arztrechnung) oder darüber sprechen, dass er gezwungen wurde, Papiere zu unterzeichnen oder dass man ihn nötigte, Geld zu verleihen oder Geschenke zu machen. In diesen Fällen kann sich der Arzt an die Vormundschaftsbehörde des Wohnortes des Patienten wenden, wo solchen Problemen nachgegangen werden kann, insbesondere wenn freiwillige Sozialhilfe

oder Abklärung der sozialen Umstände durch Sozialdienste nicht möglich sind

Vorgehen bei der Behandlung

Wenn sich der Verdacht auf Misshandlung bestätigt, ist es für den Arzt prioritär, die Sicherheit betagter Person zu gewährleisten und gleichzeitig ihre Selbständigkeit zu respektieren. Die Beantwortung von zwei zentralen Fragen legt das anschliessende Vorgehen fest

1. Akzeptiert der Patient die Intervention oder lehnt er sie ab?
2. Ist er noch urteilsfähig?

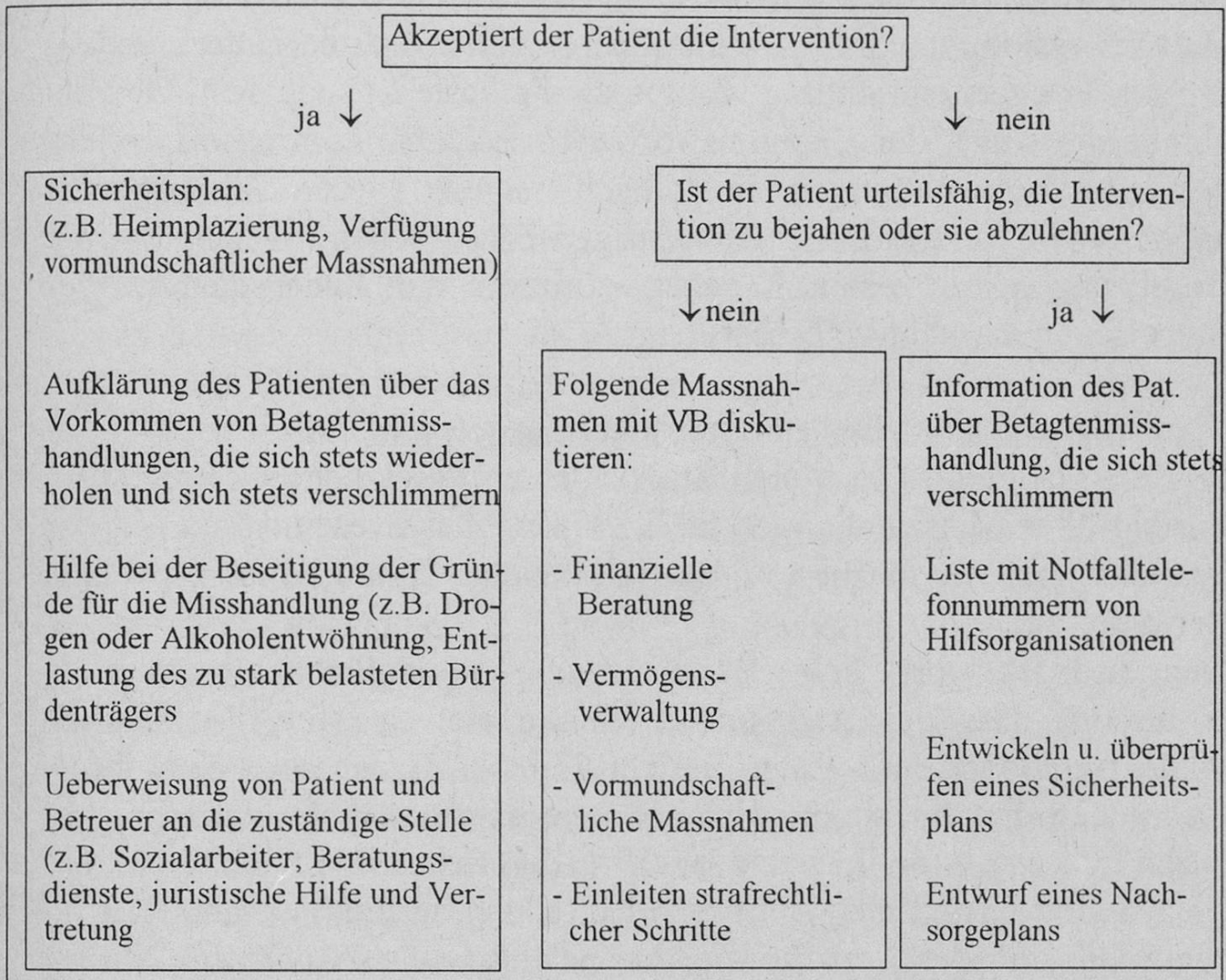
Unmittelbar gefährdete Betagte müssen - wenn immer möglich - von der angeschuldigten Betreuungsperson getrennt werden, was bereits als Begründung für eine Hospitalisierung ausreichen kann, oder aber wegen der Verletzungen oder vernachlässigten medizinischen Problemen, obschon die Krankenkassen bei der Bezahlung Schwierigkeiten bereiten könnten, wenn als Begründung für den Spitalaufenthalt Misshandlung angegeben wird.

In weniger dringenden Fällen muss die Intervention des Arztes für die spezielle Situation massgeschneidert werden. Bei chronischer Ueberlastung des Betreuers kann mit Hilfe von Spitex versucht werden, die Last tragbarer zu gestalten. Krankheitsbezogene Gruppierungen, z.B. die Alzheimervereinigung, können als Ventil für überforderte Betreuer dienen. Ist der misshandelnde Betreuer psychisch krank, sind solche Interventionen nicht sehr effektiv und es sollte für beide Parteien eine getrennte Lösung gesucht werden. Jedenfalls sind die Opfer daraufhinzuweisen, dass Uebergriffe eskalieren können und dass der Arzt stets zur Hilfe bereitsteht. Die Wirksamkeit des Interventionsplans kann durch Spitexmitarbeiter, Sozialdienste, im Rahmen der gesetzlichen Fürsorge auch durch eingesetzte Beistände oder subsidiär vor der dem Einsatz vormundschaftlicher Massnahmen durch ein Mitglied der Vormundschaftsbehörde überprüft werden.

In einer verzwickten Lage befinden sich Aerzte, wenn sich durchaus kompetente Betagte zum Verbleiben in der Umgebung, wo sie misshandelt werden, entscheiden. Sofern der Patient zurechnungsfähig ist, muss seinem Wunsch entsprochen werden. Der Arzt kann unter diesen Umständen nur betonen, dass das Opfer nicht in dieser Situation

verharren muss und alle Hilfe anbieten, welche angenommen wird, sowie einen Nachsorgeplan anbieten.

Fig. 4: Hilfeleistung im Fall von Betagtenmisshandlung



Bei nicht urteilsfähigen Patienten muss an die Vormundschaftsbehörde (VB) gelangt werden, damit ein Beistand oder Vormund ernannt wird, der dann die Lebensumstände und die Finanzen des Opfers regelt, sofern sich herausstellt, dass keine einvernehmliche, freiwillige Lösung getroffen werden kann, z.B. durch finanzielle Beratung aller Betroffener oder Organisation einer Vermögensverwaltung durch Fachleute (z.B. mittels Geschäftsführung ohne schriftlichen Auftrag). In diesem Fall ist es Aufgabe des Arztes, die Spuren der Misshandlung zu dokumentieren, sowie aufzuzeigen, inwieweit der Patient nicht mehr urteilsfähig ist.

Die Patienten möglichst selbständig zu erhalten, ist eines der Hauptziele der modernen Geriatrie. Unglücklicherweise ist gerade in dieser Situation, wo abhängige Betagte durch die Betreuer misshandelt werden, diese Selbständigkeit gefährdet. Sofern die Uebergriffe auf Interventionen hin nicht aufhören und es keine anderweitige akzeptable Unterkunftsmöglichkeit für die Patienten gibt, wird die Unterbringung in einer Langzeiteinrichtung wohl noch die beste Lösung sein. Obwohl gerade die Angst der Betagten vor einem solchen Ausweg oft verhindert, dass Misshandlung oder Vernachlässigung an den Tag kommen, haben wir in verschiedenen schwierigen Fällen sehen können, wie die Unterbringung in einer Langzeitinstitution die Lebensqualität der Betroffenen markant verbessert hat.

Wann und wie soll Misshandlung angezeigt werden?

In Amerika gibt es in vielen Staaten einen gesetzlichen Zwang zum Bericht über Misshandlungen für im Gesundheitswesen Tätige. In der Schweiz gibt es in diesem Bereich keinen Zwang, nur freiwillige Berichte.

Der Ausdruck "gesetzlicher Berichtszwang" ist unglücklich gewählt, da er besagt, dass der Arzt unzweifelhafte Beweise für die Aussage braucht und dass der auf den Bericht folgende Hausbesuch einer strafrechtlichen Untersuchung gleicht. Beides muss nicht zutreffen. In vielen Staaten Amerikas und auch in der Schweiz ist der Verdacht allein schon Grund genug für eine Mitteilung an die Vormundschaftsbehörden, und der Arzt muss nichts beweisen. Das Recht zur Mitteilung von Misshandlungen beinhaltet oft auch Immunität für den Arzt, der Uebergriffe meldet; dieser hat das Recht, anonym zu bleiben. Der nach der Mitteilung eines Verdachts auf Misshandlung notwendig gewordene Hausbesuch muss jedoch nicht als Untersuchung gesehen werden, sondern durchaus als eine Möglichkeit, Informationen über die Umgebung des Patienten zu bekommen, die sonst nicht erhältlich wären. Aerzte müssten auch immer daran denken, dass sie die Verantwortung tragen, wenn Fälle von Uebergriffen an betagten Patienten zuhause nicht korrekt diagnostiziert oder gemeldet werden.

Wenn der Arzt von Gesetzes wegen verpflichtet ist, Misshandlungen zu melden, kann es zu einer schwierigen Situation kommen, wenn der

Patient darauf beharrt, die Angelegenheit vertraulich zu behandeln. Dieses Problem kann umgangen werden, indem der Arzt in einem Schreiben um Hilfe bittet bei der Suche nach der bestmöglichen Hilfe für den Patienten, was nicht "Untersuchung" genannt zu werden braucht. Vormundschaftsbehörden haben Erfahrung in Hilfestellung an alleinlebende und aus mancherlei Gründen hilfsbedürftige Betagte.

Auch Uebergriffe in Heimen fallen in den ärztlichen Kompetenzbereich. Obschon nur wenige Aerzte im Privatbereich Patienten in Langzeiteinrichtungen betreuen, sind solche Patienten auch als Notfälle in Spitälern oder Polikliniken zu versorgen. Natürlich sind auch die Heimärzte in der Schweiz aufgerufen, ihr Augenmerk diesem Problem zu schenken! Die meisten Meldungen von Betagtenmisshandlungen für Ombudsstellen in Amerika kommen von Spital - nicht von Heimpersonal. Leider sind wenige Daten über Misshandlung von Heim- oder Spitalinsassen vorhanden. Als Zufallsergebnis einer Uebersichtsstudie in den USA ergab sich, dass 10% aller Spitalhilfen rapportierten, sich binnen eines Jahres mindestens eines physischen Uebergriffs schuldig gemacht zu haben und 40% sagten aus, in der gleichen Zeitspanne psychisch Gewalt angewendet zu haben. Gewalt gegen Betagte kann auch von Besuchern oder anderen Insassen verübt werden. Auch das Fehlen eines zielorientierten Pflegeplans für Patienten von Institutionen aller Art kann als eine Art von Misshandlung oder Vernachlässigung betrachtet werden, wie auch die Missachtung der Wünsche von Patienten bezüglich seiner medizinischen Versorgung oder anderer Interventionen, zum Beispiel dem Sterbeprozess.
