

# Misshandlung älterer Menschen

## Rechtzeitiges Erkennen und strukturiertes Vorgehen bei Verdachtsfällen

Fabian Sommer, Dario Nedic, Yves Risacher &

Chiara Grabmann

*Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die Hintergründe von Misshandlung älterer Menschen, über die Möglichkeiten zur Früherkennung und eine mögliche Handlungsempfehlung bei Verdacht auf Misshandlung. Zunächst wird die Relevanz des Themas aufgezeigt, anschließend werden Ursachen sowie Risikofaktoren erörtert und schließlich Hinweise gegeben, wie Misshandlungen erkannt werden können und welche Maßnahmen dann einzuleiten sind.<sup>1</sup>*

### Problemstellung: Prävalenz und Handlungsbedarf

Gewalt gegen schutzbedürftige Personengruppen wie zum Beispiel ältere pflegebedürftige Menschen ist ein komplexes gesellschaftliches Problem, das in der Praxis relativ häufig vorkommt.<sup>1-3</sup> Eine einheitliche Definition, ab welchem Alter man zu dieser Risikogruppe zählt, gibt es in der Literatur nicht. In vielen Studien werden als ältere Menschen, Personen über dem Alter von 60–65 Jahren bezeichnet.<sup>1,5</sup> Als Misshandlung von Älteren zählt gemäß WHO dabei jegliche Handlung, die einer älteren Person Schaden zufügt oder in Not bringt. Zusätzlich hebt die WHO in ihrer Definition hervor, dass auch das Unterlassen von notwendigen Maßnahmen zur Misshandlung zählt, also z.B. das Weglassen von Pflegemaßnahmen. Außerdem betont die WHO in ihrer Definition, dass die Misshandlung im Rahmen einer Beziehung stattfindet, in der ein Vertrauensverhältnis besteht.<sup>6</sup>

In einer Pflegesituation gibt es zudem ein Machtgefälle zwischen Täter und Opfer, das bei Tätern die Hemmschwelle für Übergriffe senkt. Gleichzeitig wird dadurch bei den Opfern die Hemmschwelle erhöht, gegen die Misshandlung vorzugehen, da Opfer oft Angst haben, ihre Pflegeperson zu verlieren oder aufgrund von Vergel-

tung ihre Situation noch weiter zu verschlimmern. Man geht davon aus, dass aus diesen Gründen lediglich in einem von 24 Fällen eine Meldung an die Behörden erfolgt.<sup>1,2,4</sup>

Eine Übersichtsstudie aus dem Jahr 2017 kam zu dem Ergebnis, dass etwa jeder sechste Pflegebedürftige irgendeiner Form von Misshandlung ausgesetzt ist.<sup>7</sup> Eine andere Übersichtsstudie analysierte die Häufigkeit von Misshandlungen in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse hier zeigten, dass fast zwei Drittel (64%) des Pflegepersonals einräumten, schon einmal einen älteren Menschen misshandelt zu haben.<sup>8</sup> Neueste Zahlen weisen sogar darauf hin, dass sich während der Corona Pandemie die Fälle von Misshandlungen noch weiter erhöht haben.<sup>9</sup>

Hinzu kommt, dass bei der Interpretation dieser Studien zusätzlich von einem sog. „Reporting Bias“ ausgegangen werden muss, also dass Betroffene, sowohl Täter als auch Opfer, aus Angst oder Scham, weniger Vorfälle berichten, als es tatsächlich gegeben hat.<sup>10</sup> Durch dieses statistische Phänomen muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Darüber hinaus gibt es Berichten zufolge vereinzelt auch aktive Versuche seitens Pflegeheimen, die genauen Todesumstände von Bewohnern zu verschleiern.<sup>11</sup> Insgesamt legen diese Faktoren

nahe, dass die ohnehin hohen gemeldeten Zahlen von Misshandlungen bei pflegebedürftigen älteren Menschen, in Wirklichkeit noch deutlich höher sind.

Die Folgen von jeglicher Misshandlung sind für ältere Menschen besonders schwerwiegend. Sie sind mit einem erhöhten Risiko für dauerhafte Pflegebedürftigkeit und einer erhöhten Sterberate verbunden.<sup>12-15</sup> Betroffene haben zudem ein erhöhtes Risiko für Depressionen. Außerdem besteht der Verdacht, dass Schlafstörungen und Suizidgedanken bei Älteren ebenfalls mit Misshandlungen assoziiert sind.<sup>16</sup> In einigen Fällen kommt es sogar vor, dass Pflegebedürftige direkt als Folge einer Misshandlung durch Pflegepersonal zu Tode kommen.<sup>17,18</sup>

Gemäß dem Zitat „Man erblickt nur, was man schon weiß und versteht“ kommt der Aufklärung über Misshandlung von Älteren daher eine zentrale Rolle zu.<sup>19</sup> Darüber hinaus ist es wichtig, dass relevante Berufsgruppen wie Ärzte und staatliche Exekutivorgane eng zusammenarbeiten, um Misshandlungen möglichst früh zu erkennen und Betroffenen bestmöglich zu helfen. Der folgende Artikel richtet sich insbesondere an Ärzte, Pflegekräfte, Polizisten und Angehörige von Pflegebedürftigen. Er soll einen Überblick geben über die Hintergründe von Misshandlung Älterer, über die Möglichkeiten zur Früherkennung und eine mögliche Handlungsempfehlung bei Verdacht auf Misshandlung für Personen, die mit Misshandlung konfrontiert sind.

### Ursachen und Risikofaktoren

Die Hintergründe von Misshandlung sind komplex und können nicht durch einzelne Ursachen erklärt werden. Vielmehr ist es ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren, die bei gleichzeitigem Auftreten das Risiko erhöhen, dass pflegebedürftige Misshandlungen ausgesetzt sind. Die Risikofakto-

<sup>1</sup> Die hochgestellten Ziffern verweisen auf die Fundstellen der Literatur, die am Ende des Artikels aufgelistet sind.

ren lassen sich in Faktoren seitens der Einrichtung, Faktoren seitens des Pflegepersonals und Faktoren seitens der Bewohner einteilen.

Seitens der Pflegeeinrichtung sind es meist organisatorische Probleme, die das Vorkommen von Misshandlungen begünstigen. Einer der Hauptrisikofaktoren ist eine nicht ausreichende Personalbesetzung, so dass einzelne Pflegekräfte für die Bewohner weniger Zeit zur Verfügung haben. Ein anderer großer organisatorischer Risikofaktor ist eine unzureichende Kontrolle des Pflegepersonals. Dadurch fallen strukturelle Mängel weniger auf und die Hemmschwelle für Misshandlungen sinkt aufgrund einer geringeren Aufdeckungsfahr. <sup>20–22</sup> Ebenso konnte eine Assoziation von unzureichender Ausbildung des Personals und erhöhter Gewaltanwendung gezeigt werden – je besser die Ausbildung, desto geringer das Risiko für Misshandlungen von Pflegebedürftigen. <sup>23–25</sup>

Auf Seite der Täter konnten ebenfalls einige Risikofaktoren im persönlichen Bereich identifiziert werden. So haben beispielsweise Pflegekräfte, die eine geringe Zufriedenheit bei der Arbeit empfinden oder die bereits ein Burnout entwickelt haben, ein höheres Risiko, Bewohner zu misshandeln. <sup>22,26,27</sup> Darüber hinaus werden Misshandlungen begünstigt, wenn sich Pflegekräfte von schwierigen Arbeitsbedingungen nicht gut distanzieren können und Vorkommnisse ohne die notwendige professionelle Distanz sehen. Ein weiterer relevanter personalseitiger Risikofaktor ist, wenn das Pflegepersonal bereits im Vorfeld durch Gewalt aufgefallen ist oder eine psychische Erkrankung aufweist. Dazu gehört auch Alkohol- oder Drogenmissbrauch bei Pflegekräften. Außerdem konnte gezeigt werden, dass überraschenderweise eine Abhängigkeit des Pflegepersonals von dem älteren Menschen ebenfalls das Risiko für Gewalt erhöht. Also wenn das Pflegepersonal beispielsweise aus finanziellen Gründen auf die Pflegestelle angewiesen ist, bei der älteren Person wohnt oder auf weitere finanzielle Zuwendungen des Älteren angewiesen ist. <sup>23,28,29</sup>

Neben einrichtungs- und personalseitigen Risikofaktoren, konnte man auch Faktoren bei den Pflegebedürftigen selbst feststellen, die das Risiko für Misshandlungen erhöhen. Diese Risikofaktoren sind meist assoziiert mit einem erhöhten pflegerischen Aufwand oder Umständen, die die Durchführung der Pflege erschweren, wie

zum Beispiel ein Dementielles Syndrom, chronische, pflegerisch aufwändigere Erkrankungen oder das Vorliegen einer Behinderung. <sup>30–34</sup> Dies sind in den meisten Fällen Umstände, die gleichzeitig den Pflegeaufwand und die Abhängigkeit des älteren Menschen vom Pflegepersonal erhöhen. Diese Risikokonstellation prädestiniert Ältere besonders, Opfer von Misshandlung zu werden. Dies kann noch verstärkt werden durch soziale Risikofaktoren wie Isolation der älteren Person, fehlende soziale Netzwerke oder Einsamkeit. <sup>1,35,36</sup> Diese Faktoren erhöhen die Abhängigkeit von dem Pflegepersonal und gleichzeitig wird die Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung von Misshandlungen verringert.

Als eigener Risikofaktor konnte zudem weibliches Geschlecht festgestellt werden. Ältere Menschen werden generell häufig misshandelt, jedoch konnte gezeigt werden, dass bei älteren Frauen die Hemmschwelle für Misshandlungen beim Pflegepersonal noch weiter herabgesetzt ist. <sup>37</sup>

Darüber hinaus fließen vor allem bei häuslicher Pflege im familiären Umfeld noch weitere Risikofaktoren ein. Beispielsweise konnte beobachtet werden, dass Personen, die in der Kindheit selbst Misshandlungen erlebt haben, bei der Pflege von Angehörigen dazu neigen, selbst Gewalt anzuwenden. <sup>28,32,37,38</sup>

## Formen der Gewalt

Misshandlungen, denen ältere Menschen ausgesetzt sind, können sich auf verschiedene Arten äußern. In der Literatur werden im Wesentlichen *sechs Gewaltformen* unterschieden, denen Pflegebedürftige ausgesetzt sind. <sup>6–8,22,39</sup>

■ *Die erste Form ist physische Misshandlung.* Darunter fallen alle Handlungen einer Pflegeperson, die bei dem Pflegebedürftigen Schmerzen hervorrufen, zu Verletzungen führen oder den Pflegebedürftigen eine andere Art von Beeinträchtigung zufügen. <sup>6–8,22</sup> Dies sind alle Formen von Schlägen, aber auch zu feste Griffe oder grobe Durchführung der Pflegemaßnahmen. Es gibt auch Berichte über „Schütteltraumen“ bei älteren Menschen, wie sie auch im Rahmen der Kindesmisshandlung beschrieben sind. <sup>17,40</sup> Dies stellt selbstverständlich auch eine schwere Form der Gewalt dar, die aufgrund der äußerlich nur schwer

erkennbaren Spuren leicht übersehen werden kann.

■ *Die zweite Form der Misshandlung ist die physische Vernachlässigung.* <sup>22,39</sup> Dieser Überbegriff schließt das Unterlassen sämtlicher Tätigkeiten ein, die notwendig sind, um eine gute Körperfunktion zu gewährleisten oder Schaden abzuwenden. Hierunter fallen weiter gefasste Tätigkeiten wie das unterlassene Einkaufen für Pflegebedürftige, ebenso wie direkt lebensnotwendige Tätigkeiten wie adäquate Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr, die bei nicht ausreichender Durchführung direkt zum Tod führen. <sup>41</sup> Eine Vernachlässigung, die man aufgrund der schweren Folgen besonders hervorheben muss, ist das Unterlassen der ausreichenden Umlagerung bettlägeriger Pflegebedürftiger. Die fehlende Umlagerung kann zu schweren Druckgeschwüren bis hin zum Absterben des betroffenen Gewebes führen, medizinisch als sog. Dekubital-Ulcera bezeichnet.

Diese Druckgeschwüre entstehen vor allem an Körperstellen, die dauerhaftem Druck ausgesetzt sind und an denen wenig schützendes Gewebe über dem Knochen ist, wie es z.B. im Bereich des Kreuzbeins der Fall ist. Dies ist eine schwere und vor allem vermeidbare Erkrankung, die bei älteren Personen, auch bei zunächst gutem Allgemeinzustand, zu schweren Komplikationen bis hin zum Tod führen kann. <sup>18,22,42</sup>

■ *Die dritte Form der Misshandlung ist die sog. psychische Misshandlung* oder manchmal, gerade in der internationalen Literatur, *auch emotionale Misshandlung genannt.* <sup>39,43,44</sup> In Untersuchungen wird diese Form der Misshandlung auch als häufiger vorkommend beschrieben. <sup>7,8</sup> Hierunter fallen alle Handlungen, die in einem Pflegebedürftigen Angst auslösen, wie Drohungen, Beleidigungen und aggressive Ausdrucksweise. <sup>6–8</sup> Zum anderen gehört dazu aber auch das Unterlassen von sozialer Interaktion, also beispielsweise tagelanges Anschweigen und Ignorieren von Interaktionsversuchen eines älteren Menschen.

■ *Eine besonders schwere vierte Form ist die sexuelle Misshandlung von Pflegebedürftigen.* Diese Gewaltform wird in Untersuchungen tendenziell als eher selten beschrieben, aber bei der Interpretation dieser Studien muss von einem hohen Reporting-Bias aufgrund von Schamgefühlen

der Betroffenen ausgegangen werden. Diese Faktoren legen nahe, dass von einer hohen Dunkelziffer bei sexueller Misshandlung von Pflegebedürftigen ausgegangen werden muss.<sup>6–8,10,45</sup> Für diese Form der Misshandlung müssen Täter eine hohe kriminelle Energie besitzen. Aus diesen Gründen ist es wichtig, relevante Berufsgruppen für diese Gewaltform zu sensibilisieren.

- **Die fünfte Form ist der materielle oder finanzielle Missbrauch.** Dieser Überbegriff umfasst den Missbrauch von finanziellen Ressourcen des Pflegebedürftigen zum persönlichen Vorteil der Pflegekraft.<sup>39,43,44</sup> Ebenfalls fällt unter diese Definition, wenn die Pflegekraft die zur Verfügung gestellten Ressourcen nicht für das Wohlbefinden und die Gesundheit des älteren Menschen nutzt. Diese Form der Misshandlung reicht vom Diebstahl kleinerer Gegenstände aus dem persönlichen Besitz des Pflegebedürftigen bis zur Einflussnahme auf das Testament und der Überschreibung hoher Geldbeträge. In einer Umfrage unter Pflegekräften gaben 6% an, einen Kollegen beim Stehlen direkt erwischt zu haben und 20% gaben an, dass sie Kollegen in Verdacht haben, Pflegebedürftige zu bestehlen.<sup>46</sup> Dies kann gerade für ältere Menschen, die am Existenzminimum leben, gravierende Folgen haben und die Lebensqualität erheblich reduzieren.<sup>23</sup> Diese Missbrauchsform kommt oft auch im nahen familiären Umfeld des älteren Menschen vor – beispielsweise wenn Angehörige, unter Vorspiegelung der Unterstützung, bei älteren Menschen Einziehen und lediglich dessen Situation ausnutzen, ohne relevante Unterstützung zu leisten. Der Missbrauch reicht vom Ausnutzen des Eigentums der Älteren bis hin, dass Täter direkt nach größeren Geldbeträgen fragen, oder dass Täter vom älteren Menschen Immobilien möchten.
- **Die sechste Form von Misshandlung ist die Verletzung von Persönlichkeitsrechten der Pflegebedürftigen.**<sup>22,39</sup> Darunter fallen alle Handlungen, die die Persönlichkeitsrechte von Älteren und deren Fähigkeiten, eigene Entscheidungen zu treffen, missachten. Obwohl es einige Erkrankungen gibt, in denen diese Rechte zum Schutz der Betroffenen eingeschränkt werden, wie z.B. im Falle eines schweren dementiellen Syn-

droms, sind dies eher Ausnahmefälle.<sup>47,48</sup> Pflegebedürftige besitzen, sofern nicht im Falle einer schweren Erkrankung richterlich anders verfügt, die gleichen Rechte wie jeder Bürger, und eine Einschränkung dieser Grundrechte stellt ebenfalls eine Form der Misshandlung dar.

## Erkennen von Gewalt: Hinweise und Anzeichen

Insgesamt ist es schwierig, Misshandlungen von Pflegebedürftigen zu erkennen. Aus diesem Grund ist es für Fachpersonal wichtig, möglichst viele Hinweise auf mögliche Misshandlungen zu kennen, um Opfern frühestmöglich helfen zu können.

Hinweise auf Misshandlung können sich bereits aus dem Zustand der Einrichtung oder der Wohnung ergeben. Wenn der Zustand des Zimmers desolat oder unhygienisch ist (z.B. Spinnweben oder schmutzige Böden) kann dies bereits ein Hinweis auf weitergehende Misshandlungen sein.<sup>53,54</sup>

Eine Schwierigkeit besteht darin, Verletzungen durch Misshandlung von Verletzungen durch Stürze zu unterscheiden. Ältere Menschen neigen u.a. aufgrund dünnerer Haut leichter zu Verletzungen. Hinzu kommt, dass ältere pflegebedürftige Menschen häufig blutverdünnende Medikamente einnehmen, wodurch es leichter zu Blutergüssen kommt.<sup>49–51</sup> Derartige Verletzungen können daher auch im Rahmen der normalen Pflege vorkommen, was die Unterscheidung zur Misshandlung erschwert. Das wissen häufig auch potentielle Täter und fühlen sich deshalb vor Aufdeckung geschützt, wie eine Umfrage unter Pflegekräften zeigen konnte.<sup>52</sup> Gleichzeitig nutzen Täter häufig das Vertrauensverhältnis zu Angehörigen aus, um mögliche Verdachtsfälle zu entkräften oder versuchen sogar aktiv Misshandlungen zu vertuschen.<sup>11</sup> Verdächtige Verletzungen sollten daher immer in Zusammenschau der Gesamtsituation des Pflegebedürftigen bewertet und im Zweifel genauer untersucht werden.

Physische Gewalt hinterlässt häufig Spuren. Die Schwierigkeit besteht darin, diese Verletzungen von Verletzungen durch andere Ursachen zu unterscheiden.<sup>55</sup> Hilfreich ist hierbei die Art, Lokalisation und das Verteilungsmuster der Verletzungen zu berücksichtigen.<sup>49,50,56</sup> Alle Verletzungen am Stamm und Kopf müssen vor dem Hintergrund einer möglichen Misshandlung untersucht

werden. Ebenso können Verletzungen im Bereich der Oberarme durch festes Halten oder Zupacken entstehen und müssen auf mögliche Misshandlungen hin untersucht werden.<sup>57</sup> Besonders zu achten ist auf Verletzungen der Ohren, einschließlich Trommelfell und Ohrläppchen, diese können durch Ziehen oder Schlagen auf das Ohr entstehen.<sup>58</sup> Abdrücke von Gegenständen wie z.B. Stöcken, Gürteln, Schnallen oder Seilen sind ebenfalls hochsuggestiv auf Misshandlungen. Auch die Verletzungsart ist zu berücksichtigen. Bei Schnittverletzungen, Platzwunden, Kratz- und Bissverletzungen, Haarausrissen und Verbrennungswunden ist immer auch an eine mögliche Misshandlung zu denken.<sup>59</sup> Bei schweren Formen der Misshandlung kann es auch zu Knochenbrüchen, v.a. im Gesicht oder im Bereich des Brustkorbs kommen. Im Genitalbereich muss jede Verletzung immer auf mögliche Misshandlungen abgeklärt werden.<sup>58–60</sup> Außerdem hinweisend für länger andauernde Misshandlung sind Verletzungen in unterschiedlichen Abheilungsstadien.<sup>49,50,56,61</sup> Zu jeder Verletzung bei Älteren sollten Betroffene und Pflegekräfte nach der Entstehungsgeschichte gefragt werden. Bei angeblichen Stürzen sollte zudem immer das Sturzereignisprotokoll des Pflegepersonals eingesehen werden. Die Informationen sollten auf Plausibilität und mögliche widersprüchliche Angaben geprüft werden, was ebenfalls ein Hinweis auf mögliche Misshandlung sein kann.

Viele Formen der Misshandlung von Pflegebedürftigen kann man nur anhand indirekter Spuren feststellen. Ein allgemein schlechter Pflegezustand von Pflegebedürftigen oder Druckgeschwüre können ein möglicher Hinweis auf Misshandlung sein.<sup>22,53,54</sup> Wenn beispielsweise Pflegebedürftige Gewicht verlieren oder eher ausgetrocknet wirken (sog. Exsikkose), sollte genauer abgeklärt werden, ob möglicherweise bereits eine Form der Misshandlung vorliegt.<sup>41</sup> Einige einfach zu prüfende Hinweise auf Austrocknung bei Älteren sind trockene Schleimhäute oder eine sogenannte „stehende Hautfalte“: Wenn man mit Daumen und Zeigefinger vorsichtig eine Hautfalte anhebt und diese über eine gewissen Zeit „stehen bleibt“, ist dies ein Zeichen für starken Flüssigkeitsmangel bei dem Betroffenen (Abb. 1 und 2).<sup>62</sup>

Darüber hinaus können allgemeine Verhaltensveränderungen oder eine unerklärliche rasche Verschlechterung der Grunderkrankungen, wie z.B. Diabetes oder Demenz, oder des Allge-



Abbildung 1: Ältere Person mit deutlichen Zeichen einer Austrocknung (Exsikkose). Deutlich zu sehen ist eine nach Anheben mit den Fingern stehenbleibende Hautfalte unterhalb des linken Schlüsselbeins (innerhalb des roten Kreises).



Abbildung 2: Vergrößerter Bildausschnitt von Abbildung 1 mit „stehender Hautfalte“ nach Anheben der Haut als Zeichen einer Austrocknung (Exsikkose)

meinzustandes ein möglicher Hinweis auf Misshandlung sein.<sup>30</sup>

Seitens der Pflegekräfte gibt es ebenfalls Verhaltensweisen, bei denen man den Verdacht auf mögliche Misshandlungen genauer prüfen sollte. Hierzu gehören vor allem unschlüssige oder widersprüchliche Erklärungen zu Verletzungsmustern der Pflegebedürftigen.<sup>44</sup> Ein weiterer möglicher Hinweis ist eine fehlende Dokumentation von Stürzen oder Verletzungen, oder dass es bei einigen Pflegekräften häufiger zu Verletzungen kommt als bei anderen. In der Kommunikation mit Pflegekräften können ausweichende oder abwehrende Antworten ein Hinweis auf mögliche Misshandlung sein.<sup>22</sup> Weitere Warnzeichen im Verhalten von Pflegekräften können zudem sein, dass die Pflegekraft bei der ärztlichen Untersuchung nicht von der Seite weicht, sich stark kontrollierend verhält oder auffallend überfürsorglich ist.<sup>63</sup>

Die beschriebene Vielfalt der möglichen Symptome, mit denen sich Misshandlungen zeigen, macht die Erkennung besonders schwierig. Daher kommt vor allem der Schulung und Sensibilisierung von betreuenden Ärzten, Angehörigen und Polizei ein hoher Stellenwert zu.<sup>55</sup> Die Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol) hat auf Basis des kanadischen „Elder Abuse Suspicion Index“ (EASI) - Fragebogen zur Evaluation von Gewalt in Pflegebeziehungen eine deutsche Version entwickelt, mit der man das Vorhandensein von Misshandlungen in Pflegebeziehungen einschätzen kann.<sup>64,65</sup> Der Fragebogen ist ein Hilfsmittel, um ältere Leute mittels fünf einfachen Fragen auf mögliche Misshandlungen hin zu screenen. Die erste Frage bezieht sich generell auf eine mögliche Abhängigkeit, die anderen vier Fragen zielen sehr allgemein auf verschiedene Formen der Misshandlung ab. Zusätzlich zu den Fra-

gen an den Patienten wird der Arzt gebeten, eine kurze Checkliste auf mögliche Hinweisfaktoren auszufüllen.

Die systematische Anwendung von solchen einfachen Hilfsmitteln könnte, zusammen mit einer verbesserten Information und Aufklärung, die niedrige Erkennungsrate der Misshandlung Älterer vermutlich erhöhen.

## Verhalten bei Verdacht auf Gewalt

Im Umgang mit Gewalt in der Pflege kommt vor allem der Prävention eine große Bedeutung zu. Dazu gehört auch eine ausreichende Information des Personals sowie die Reduktion von Risikofaktoren, besonders auf Seiten der Organisation und des Pflegepersonals. Aber auch Angehörige können durch eine Verbesserung des sozialen Netzes präventiv gegen Misshandlungen tätig werden.<sup>22,23</sup>

Wie verhält man sich jedoch bei einem konkreten Verdacht auf eine schon stattgefundene Misshandlung? Prinzipiell sollte jedem Verdacht auf eine Misshandlung nachgegangen werden, unabhängig davon, von wem dieser Verdacht geäußert wurde. Hierbei hat der Schutz des Opfers und anderer Pflegebedürftiger immer die oberste Priorität.

Insgesamt stellt die Misshandlung von Pflegebedürftigen jedoch einen juristischen Sonderfall dar. Die Opfer sind in der Regel mündige Erwachsene, deren persönlicher Wille und Autonomie in erster Linie zu respektieren ist. Eine Meldung einer Misshandlung gegen den Willen des Betroffenen ist also nicht ohne weitere Abwägung möglich. Zur gleichen Zeit sind ältere Menschen aber auch in einer Abhängigkeitssituation von der Pflegekraft, die möglicherweise die Misshandlungen ausübt. Aus diesem Grund kommt sowohl Ärzten als

auch Pflegekräften eine sog. „Garantenstellung“ zu, also die rechtliche Pflicht, im Sinne des Patienten mögliche Misshandlungen zu verhindern.

Der Arzt hat hierbei eine zentrale Position, da er meist der zentrale Ansprechpartner für Angehörige, Betroffene, Pflegekräfte und Polizei ist. Zudem besitzt er unabhängig von seiner Fachrichtung eine hohe Erfahrung in der Einschätzung von gesundheitsbezogenen Sachverhalten. Da Ärzte in der Regel nicht von den Pflege-Institutionen bezahlt werden, stellen sie zudem meistens unabhängige Gutachter dar. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Ärzte über das Vorgehen bei Verdacht auf Misshandlung von Älteren Bescheid wissen bzw. bei Verdacht in Kenntnis gesetzt werden.

In Deutschland ist die rechtliche Situation durch die unterschiedliche Ländergesetzgebung teilweise uneinheitlich, das wesentliche Vorgehen ist jedoch identisch.

### 1. Verdacht ansprechen

Man sollte bei konkretem Verdacht zunächst den Pflegebedürftigen direkt auf die Verletzungen oder andere Verdachtsmomente ansprechen. Pflegebedürftige räumen auf direkte Nachfrage vergleichsweise häufig eine stattgefundene Misshandlung ein. Dabei sollte unbedingt vermieden werden Suggestivfragen zu stellen, wie z.B. „Sie wurden doch geschlagen, oder?“. Diese können sonst die Verwertbarkeit der Aussagen beeinflussen.

Gewaltopfern sollten beim Ansprechen des Verdachts nach Möglichkeit vier zentrale Botschaften vermittelt werden:

- Das Opfer ist nicht Schuld an dem was passiert ist.
- Das Opfer ist nicht alleine damit.
- Es gibt Vertrauenspersonen und Hilfesysteme.

- Das Opfer kann vor dem Täter geschützt werden.

Selbst wenn das Opfer eine Misshandlung zunächst leugnet, verbessert diese Form der Kommunikation die Vertrauensbasis und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass vielleicht zukünftig Hilfsangebote angenommen werden.<sup>66,67</sup>

## 2. Dokumentieren und Sichern

Eine wichtige Aufgabe ist auch die sorgfältige Befunddokumentation. Dabei gilt es zu beachten, dass der Patient prinzipiell immer der Dokumentation zustimmen muss. Die Dokumentation kann zunächst auch durch Angehörige oder Pflegekräfte erfolgen, die einen Verdachtsmoment feststellen. Am besten ist es jedoch, gerade bei Verletzungen, einen Arzt hinzuzuziehen. Die Aufgabe des Arztes ist es, eine gerichtsverwertbare Dokumentation der auf eine Misshandlung hinweisenden Befunde anzufertigen. Für eine möglichst gut verwertbare Dokumentationen empfiehlt sich die Verwendung von standardisierten Dokumentationsbögen. Diese werden von vielen rechtsmedizinischen Instituten oder auch staatlich geförderten Initiativen gegen Gewalt online zur Verfügung gestellt. Diese Dokumentationsbögen sind gezielt für Ärzte erstellt, die in der Regel eher wenig Erfahrung mit dem Thema Beweissicherung haben. Die Dokumentationsbögen sind zudem sehr anwenderfreundlich aufgebaut. Zusätzlich sind in die Dokumentationsbögen meist „Checklisten“ und Hinweise für den Umgang mit der Situation integriert.

Zur Befunddokumentation gehört die Dokumentation der Geschichte zur Entstehung der Verletzungen (Anamnese), mögliche Angaben zum Täter und die Fotodokumentation von auffälligen körperlichen Untersuchungsbefunden. Die Anamnese sollte dabei unbedingt festhalten, wo zum Zeitpunkt der Untersuchung Schmerzen bestehen. Beim Anfertigen von Fotografien zur Befunddokumentation sollte immer ein Maßstab mit auf dem Foto sein, um eine spätere Größenbeurteilung zu ermöglichen. *Zudem sollte ein Übersichtsfoto angefertigt werden, das gleichzeitig das Gesicht des Opfers und so viele Verletzungen wie möglich zeigt, damit eine eindeutige Zuordnung zum Opfer gewährleistet ist.* Bei schweren Misshandlungen kann es ratsam sein, einen Rechtsmediziner konsiliarisch hinzuzuziehen. Einige rechtsmedizinische Institute bieten dafür sogar

spezielle Stellen an.<sup>68-72</sup> In der Praxis sollte man hierzu telefonische Rücksprache mit dem nächstgelegenen Rechtsmedizinischen Institut halten.

Bei der Versorgung von Verletzungen sollte vor der Reinigung und Desinfektion an eine mögliche Sicherung von Spuren gedacht werden (z.B. DNA-Spuren bei Bissverletzung). Generell gilt jedoch, dass der Arzt die Spurensicherung nur vornimmt, wenn seitens der Polizei keine Spurensicherung geplant ist oder aufgrund einer Notfallversorgung für diese keine Zeit ist.

Sicherungsfähige Spuren sind dabei im Wesentlichen DNA-Spuren von Haut und Schleimhaut, Faserspuren auf Haut und Kleidung (z.B. von Seilen) sowie Spuren auf der Kleidung. Schleimhäute können zur Spurensicherung mit einem trockenen Wattestäbchen abgestrichen werden. Zur Sicherung von Spuren auf der trockenen Haut, sollte das Wattestäbchen hingegen leicht angefeuchtet sein. Nach Sicherung der Spuren sollte das Wattestäbchen in einem Probenröhrchen aufbewahrt werden. Dabei ist es wichtig zu beachten, dass das Röhrchen erst nach endgültigem Trocknen des Wattestäbchens verschlossen wird. Ansonsten kann in dem Röhrchen ein feuchtes Milieu entstehen und die Auswertbarkeit der Spuren dadurch erschwert werden.

Faserspuren können mit handelsüblichen transparenten Klebestreifen abgenommen werden und sollten danach auf ein unbenutztes weißes Blatt Papier geklebt werden.

Bekleidung oder Hygienegegenstände (z.B. Einlagen) mit möglichen Spuren sollten als Ganzes gesichert werden. Um Kontaminationen zu vermeiden, sollte jedes Teil in einer eigenen Tüte verwahrt werden. Dabei sollte man ebenfalls darauf achten, Tüten aus atmungsfähigem Material zu verwenden, also z.B. Papiertüten oder Stofftüten, um die Auswertbarkeit der Spuren nicht zu erschweren. Man darf auf keinen Fall Plastiktüten verwenden.

Jede Probe sollte mit dem Namen des Opfers, Entnahmedatum und -uhrzeit sowie der genauen Entnahmestelle beschriftet werden. Eine gewissenhafte Spurensicherung und Dokumentation ermöglicht es, auch Täter zu verfolgen, bei denen sich das Opfer in der Akutsituation nicht zu einer Anzeigerstattung durchringen konnte.<sup>72-74</sup>

## 3. Hilfe anbieten

Nach der Dokumentation muss dem Opfer Unterstützung angeboten wer-

den. Dabei muss zunächst die akute Gefährdungslage eingeschätzt werden, in der sich der Pflegebedürftige befindet. Als Beurteilungskriterien kann man die Art der Misshandlung heranziehen und ob es in letzter Zeit eine Dynamik gab, also ob die Schwere der Misshandlungen in letzter Zeit zugenommen hat. Ebenso sollte nach Drohungen seitens des Täters gefragt werden, die ein Hinweis auf eine akute Gefährdung sind. Darüber hinaus sollte immer gezielt nach Suizidgedanken beim Pflegebedürftigen gefragt werden.<sup>75,76</sup>

Bei einer Einwilligung der Strafverfolgung durch das Opfer, ist das weitere Vorgehen relativ klar. Es sollte eine Information von Polizei, Pflegeaufsicht, Pflegekasse und Pflegedienstleitung über den Verdacht erfolgen.

Komplizierter wird die Situation, wenn das Opfer einer Verfolgung der Misshandlung nicht zustimmt. In diesem Fall befindet sich der Arzt zwischen zwei rechtlichen Verpflichtungen. Auf der einen Seite ist die Wahrung der Schweigepflicht und auf der anderen Seite ist die Garantenstellung des Arztes und die Pflicht zur Meldung von Straftaten.<sup>77</sup>

In der Praxis muss sich der Arzt dabei die Frage stellen, ob der Schutz des Patienten vor der Misshandlung einen Bruch der Schweigepflicht rechtfertigt. Um gesundheitlichen Schaden von dem Patienten abzuwenden, ist es dem Arzt erlaubt, die Schweigepflicht zu brechen.<sup>78</sup> Wenn der Arzt die Auffassung hat, dass ein Bruch der Schweigepflicht gerechtfertigt ist, muss er im nächsten Schritt die Dringlichkeit der Gefährdung des Patienten einschätzen.<sup>75</sup>

Sollte nach sorgfältiger Prüfung keine akute Bedrohung festgestellt werden, kann der ältere Mensch weiterhin zuhause oder in der Pflegeeinrichtung versorgt werden und eine zeitnahe Meldung an die Polizei, Pflegeaufsicht, Pflegekasse und Pflegedienstleitung erfolgen.<sup>68</sup>

Bei einer akuten Gefährdung muss der Pflegebedürftige unverzüglich in Sicherheit gebracht werden, um weiteren Schaden zu vermeiden. Wenn sich akut keine andere Versorgungsmöglichkeit finden lässt, kann in dieser Situation eine Krankenhauseinweisung zur Behandlung der Misshandlungsfolgen in Erwägung gezogen werden. In der Zeit des Krankenhausaufenthaltes kann dann ein neuer Pflegeplatz oder eine neue Pflegekraft organisiert werden.

## Zusammenfassung

Die Misshandlung älterer Menschen ist ein häufiges Delikt. Entsprechend hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Ärzte, Pflegepersonal oder Polizei während ihres beruflichen Alltages damit konfrontiert werden. Aufgrund des schwierigen Nachweises und der vielfältigen Anzeichen dafür, ist es wichtig, alle betroffenen Berufsgruppen auf diesem Themengebiet zu sensibilisieren, um mögliche Hinweise frühzeitig zu erkennen und im Verdachtsfall richtig vorzugehen. Beim Verdacht auf Misshandlung, sollte der betroffene Pflegebedürftige zunächst auf die verdächtigen Befunde angesprochen werden. Bestätigt sich der Verdacht, sollte eine genaue Dokumentation der Befunde, idealerweise mit einem standardisierten forensischen Dokumentationsbogen erfolgen. Für eine Meldung an die Behörden muss prinzipiell vorher die Zustimmung des Opfers eingeholt werden. Dem Arzt kommt hierbei jedoch eine Garantenstellung zu, so dass er bei schweren Formen der Misshandlung durch den rechtfertigenden Notstand von der Schweigepflicht ent-

bunden und zur Meldung an die Behörden verpflichtet ist. Vor der Meldung an die Behörden muss unbedingt die Sicherheit des Pflegebedürftigen sichergestellt sein und gegebenenfalls die Verlegung in eine andere Pflegeeinrichtung oder eine Krankenhauseinweisung erfolgen.

1. Dr. Dr. med. univ. Fabian Sommer ist Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie bei Weill Cornell Medicine/ New York Presbyterian Hospital

Kontakt: publications@drsommer.net

2. Dr. med. Dario Nedic ist Facharzt für Viszeralchirurgie am Klinikum Fürstenfeldbruck

3. Dr. med. Yves Risacher ist Facharzt für Anästhesie und Allgemeinmedizin in Berlin

4. Dr. med. Chiara Grabmann ist Ärztin und freie Journalistin in München und Berlin

## Nützliche Links zu Hilfsangeboten und weiterführenden Informationen

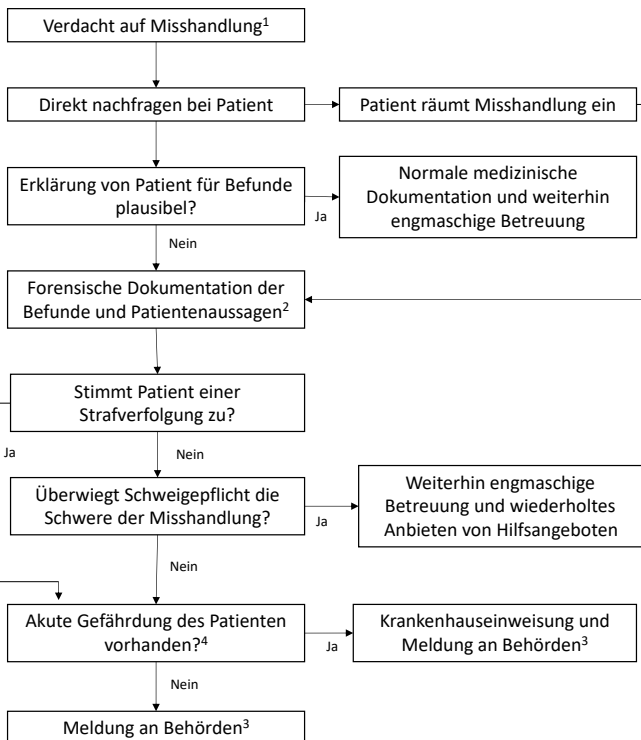
- <https://befund-gewalt.de/> (Hochschule Fulda – Public Health Zentrum)
- <https://www.pflege-gewalt.de/> (Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege)
- <https://deutscher-pflegerat.de/> (Deutscher Pflegerat e.V.)

- <https://www.wegweiser-demenz.de/www/alltag-und-pflege/alltags-situationen> (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)
- <https://www.polizei-beratung.de/aktuelles/detailansicht/gewalt-in-der-pflege/> (Polizei)
- <https://weisser-ring.de/haeusliche-gewalt> (Weisser Ring)
- <https://www.hilfetelefon.de/> (Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben)
- <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/sexualisierte-gewalt-in-der-pflege-umgang-mit-einem-tabuthema> (Bundesministerium für Gesundheit)
- <https://pflegegüte.de/> (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V.)
- <https://www.maennerhilfetelefon.de/> (Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen)

### Literatur:

1. Acierno R, Hernandez MA, Amstadter AB, et al. Prevalence and Correlates of Emotional, Physical, Sexual, and Financial Abuse and Potential Neglect in the United States: The Na-

### Handlungsvorschlag für Ärzte bei Verdacht auf Misshandlung von Pflegebedürftigen



©Sommer, Nedic, Risacher, Grabmann

#### 1: Checkliste v.a. Misshandlung:

- Pflegezimmer unordentlich
- Patient in schlechtem Pflegezustand
- Unterernährter oder exsikiert Patient
- Verhaltensänderung
- Verletzungen, Hämatome oder Dekubitus

#### 2: Forensische Dokumentation:

- Vorgehen forensische Befunddokumentation nach Dokumentationsbogen.
- Keine Desinfektion oder Reinigung vor Spurensicherung.
- Keine Plastiktüten für die Sicherung von Asservaten

#### 3: Meldung an die Behörden:

- Polizei
- Pflegeaufsicht
- Pflegekasse
- Pflegedienstleitung

#### 4: Checkliste akute Gefährdung:

- Zunahme Misshandlung
- Schwere Misshandlung
- Schlechter Allgemeiner oder Gesundheitszustand
- Drohungen des Täters
- Suizidgedanken des Opfers

©Sommer, Nedic, Risacher, Grabmann

- tional Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 2010;100(2):292-297. doi:10.2105/AJPH.2009.163089
2. Under the radar: New York State Elder Abuse Prevalence Study: Self-Reported Prevalence and Documented Case Surveys 2012. [https://ocfs.ny.gov/main/reports/Under the Radar 05 12 11 final report.pdf](https://ocfs.ny.gov/main/reports/Under%20the%20Radar%2005%2012%2011%20final%20report.pdf). Published 2012.
  3. Rosen T, Bloemen EM, Lofaso VM, Clark S, Florenbaum NE, Lachs MS. Emergency Department Presentations for Injuries in Older Adults Independently Known to be Victims of Elder Abuse. *J Emerg Med*. 2016;50(3):518-526. doi:10.1016/j.jemermed.2015.10.037
  4. Pillemer K, Finkelhor D. The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey. 1988;28(1).
  5. Evans CS, Hunold KM, Rosen T, Platts-Mills TF. Diagnosis of Elder Abuse in U.S. Emergency Departments. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(1):91-97. doi:10.1111/jgs.14480
  6. WHO. Abuse of older people. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.
  7. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal*. 2017;5(2):e147-e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2
  8. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2019;29(1):58-67. doi:10.1093/eurpub/cky093
  9. Chang ES, Levy BR. High Prevalence of Elder Abuse During the COVID-19 Pandemic: Risk and Resilience Factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2021;29(11):1152-1159. doi:10.1016/j.jagp.2021.01.007
  10. McGauran N, Wieselner B, Kreis J, Schüller Y-B, Kölsch H, Kaiser T. Reporting bias in medical research - a narrative review. *Trials*. 2010;11(1):37. doi:10.1186/1745-6215-11-37
  11. Miles SH. Concealing accidental nursing home deaths. *Hec Forum*. 2002;14(No. 3):224-234.
  12. Bachman R, Meloy ML. The Epidemiology of Violence Against the Elderly. *J Contemp Crim Justice*. 2008;24(2):186-197. doi:10.1177/1043986208315478
  13. Chu LD, Kraus JF. Predicting Fatal Assault Among the Elderly Using the National Incident-Based Reporting System Crime Data. *Homicide Stud*. 2004;8(2):71-95. doi:10.1177/1088767903262396
  14. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *Jama*. 1998;280(5):428-432. doi:10.1001/jama.280.5.428
  15. Lachs M, Bachman R, Williams CS, Kossack A, Bove C, O'Leary JR. Violent crime victimization increases the risk of nursing home placement in older adults. *Gerontologist*. 2006;46(5):583-589. doi:10.1093/geront/46.5.583
  16. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY. Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. *Trauma, Violence, Abuse*. 2019;20(2):197-213. doi:10.1177/1524838017692798
  17. Bugelli V, Campobasso C, Pietro, Feola A, Tarozzi I, Abbruzzese A, Di Paolo M. Accidental Injury or "Shaken Elderly Syndrome"? Insights from a Case Report. *Healthc*. 2023;11(2). doi:10.3390/healthcare11020228
  18. Di Maio VJM, Di Maio TG. Homicide by decubitus ulcers. *Am J Forensic Med Pathol*. 2002;23(1):1-4. doi:10.1097/00000433-200203000-00001
  19. Müller JW von G an F von. „Man sieht nur, was man weiß.“ Eigentlich: „Man erblickt nur, was man schon weiß und versteht.“
  20. Kayser-Jones J, Schell E, Lyons W, Kris AE, Chan J, Beard RL. Factors that influence end-of-life care in nursing homes: The physical environment, inadequate staffing, and lack of supervision. *Gerontologist*. 2003;43(SPEC. ISS. 2):76-84. doi:10.1093/geront/43.suppl\_2.76
  21. Kayser-Jones J. Malnutrition, dehydration, and starvation in the midst of plenty: The political impact of qualitative inquiry. *Qual Health Res*. 2002;12(10):1391-1405. doi:10.1177/1049732302238750
  22. Lindbloom EJ, Brandt J, Hough LD, Meadows SE. Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(9):610-616. doi:10.1016/j.jamda.2007.09.001
  23. Baker P, Francis D, Hairi N, Othman S, Choo W. Interventions for preventing abuse in the elderly (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. 2016;(8):2-5. doi:10.1002/14651858.CD010321.pub2.www.cochranelibrary.com
  24. Jogerst GJ, Daly JM, Hartz AJ. State Policies and Nursing Home Characteristics Associated With Rates of Resident Mistreatment. *J Am Med Dir Assoc*. 2008;9(9):648-656. doi:10.1016/j.jamda.2008.05.005
  25. Phillips LR, Guo C. Mistreatment in assisted living facilities: Complaints, substantiations, and risk factors. *Gerontologist*. 2011;51(3):343-353. doi:10.1093/geront/gnq122
  26. Conlie Shaw MM. Nursing home resident Abuse by Staff: Exploring the dynamics. *J Elder Abuse Negl*. 1999;9(4):1-21. doi:10.1300/J084v09n04\_01
  27. Pillemer K, Moore DW. Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *Gerontologist*. 1989;29(3):314-320. doi:10.1093/geront/29.3.314
  28. Jackson SL, Hafemeister TL. Risk factors associated with elder abuse: The importance of differentiating by type of elder maltreatment. *Violence Vict*. 2011;26(6):738-757. doi:10.1891/0886-6708.26.6.738
  29. Schiamberg LB, Gans D. Elder abuse by adult children: An applied, ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *Int J Aging Hum Dev*. 2000;50(4):329-359. doi:10.2190/DXAX-8TJ9-RG5K-MPU5
  30. C B D, V N P, K P M, D J H. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48(2):205-208.
  31. Hansberry MR, Chen E, Gorbien MJ. Dementia and elder abuse. *Clin Geriatr Med*. 2005;21(2):315-332. doi:10.1016/j.cger.2004.11.002
  32. Lowenstein A, Eisikovits Z, Band-Winterstein T, Enosh G. Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the first national prevalence survey in Israel. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21(3):253-277. doi:10.1080/08946560902997629
  33. Ansello EF, O'Neill P. Abuse, Neglect, and Exploitation: Considerations in Aging With Lifelong Disabilities. *J Elder Abuse Negl*. 2010;22(1-2):105-130. doi:10.1093/geronb/63.4.5248
  34. Laumann EO, Leitsch SA, Waite LJ. Elder mistreatment in the United States: Prevalence estimates from a nationally representative study. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2008;63(4):248-254. doi:10.1093/geronb/63.4.5248
  35. Dong X, Beck T, Simon MA. Loneliness and mistreatment of older Chinese women: Does social support matter? *J Women Aging*. 2009;21(4):293-302. doi:10.1080/08952840903285252
  36. Dong X, Simon MA, Gorbien M, Percak J, Golden R. Loneliness in older Chinese adults: A risk factor for elder mistreatment. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(11):1831-1835. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01429.x
  37. Biggs S, Manthorpe J, Tinker A, Doyle M, Erens B. Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *J Elder Abuse Negl*. 2009;21(1):1-14. doi:10.1080/08946560802571870
  38. Yan E, Tang CSK. Proclivity to elder abuse: A community study on Hong Kong Chinese. *J Interpers Violence*. 2003;18(9):999-1017. doi:10.1177/0886260503254461
  39. Aravanis SC, Adelman RD, Breckman R, et al. Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. *Arch Fam Med*. 1993;2(4):371-388. <http://dx.doi.org/>.
  40. Smith J. Shaken baby syndrome. *Orthop Nurs*. 2003;22(3):1571. doi:10.1097/00006416-200305000-00007
  41. HIMMELSTEIN DU, JONES AA, WOOLHANDLER S. Hypernatremic Dehydration in Nursing Home Patients: An Indicator of Neglect. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31(8):466-471. doi:10.1111/j.1532-5415.1983.tb05118.x
  42. Seiler WO, Stähelin HB. Decubitus ulcers: preventive techniques for the elderly patient. *Geriatr (Basel, Switzerland)*. 1985;40(7):53-60. <http://europepmc.org/abstract/MED/4007498>.
  43. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age Ageing*. 2008;37(2):151-160. doi:10.1093/ageing/afm194
  44. Lachs MS, Pillemer K. Elder Abuse. *Lancet*. 2004;364(October):1263-72. doi:10.1002/9781118430965.ch2
  45. Murphy K, Waa S, Jaffer H, Sauter A, Chan A. A literature review of findings in physical elder abuse. *Can Assoc Radiol J*. 2013;64(1):10-14. doi:10.1016/j.carj.2012.12.001
  46. Harris DK, Benson ML. Theft in Nursing Homes: An Overlooked Form of Elder Abuse. *J Elder Abuse Negl*. 2000;11(3):73-90. doi:10.1300/J084v11n03\_05
  47. Trachsel M. Urteilsfähigkeit und selbstbestimmte Entscheidungen. :79-81.
  48. Diaz-gil A, Brooke J, Kozłowska O, Jackson D, Pendlebury S. A human rights-based framework for qualitative dementia research. :1-21.
  49. Ziminski CE, Wiglesworth A, Austin R, Phillips LR, Mosqueda L. Injury patterns and causal mechanisms of bruising in physical elder abuse. *J Forensic Nurs*. 2013;9(2):84-91. doi:10.1097/JFN.0b013e31827d51d0
  50. Mosqueda L, Burnight K, Liao S. The life cycle of bruises in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(8):1339-1343. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53406.x
  51. Robert-Ebadi H, Righini M. Anticoagulation in the elderly. *Pharmaceuticals*. 2010;3(12):3543-3569. doi:10.3390/ph3123543
  52. Ahmed A, Choo WY, Othman S, et al. Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. *J Elder Abuse Negl*. 2016;28(3):163-177. doi:10.1080/08946566.2016.1185985
  53. Reis M, Nahmias D. Validation of the indicators of abuse (IOA) screen. *Gerontologist*. 1998;38(4):471-480. doi:10.1093/geront/38.4.471
  54. Fulmer, Fulmer, Terry T. and VMC, Cahill VM. Assessing elder abuse: A study. *J Gerontol Nurs*. 1984;10(12):16-20. <http://europepmc.org/abstract/MED/6374226>.
  55. Hoover RM, Polson M. Detecting Elder Abuse and Neglect: Assessment and intervention. *Am Fam Physician*. 2014;89(6):453-460.
  56. Wiglesworth A, Austin R, Corona M, et al. Bruising as a marker of physical elder abuse: Clinical investigations. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(7):1191-1196. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02330.x
  57. Rohringer TJ, Rosen T, Lee M, Sagar P, Murphy K, Rohringer TJ. Assistant Professor of Emergency Medicine, Weill Cornell Medical Center CO. 2020.
  58. Rosen T, LoFaso, V. M., Bloemen, E. M., Clark, S., McCarthy, T. J., Reising, C., ... & Lachs MS. Identifying injury patterns associated with physical elder abuse: analysis of legally adjudicated cases. *Ann Emerg Med*. 2020;76(3):266-276. doi:10.1016/j.annemergmed.2020.03.020. Identifying
  59. Friedman LS, Avila S, Tanouye K, Joseph K. A case-control study of severe physical abuse of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(3):417-422. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03313.x
  60. Gaioli CCL de O, Rodrigues RAP. Occurrence of domestic elder abuse. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008;16(3):465-470. doi:10.1590/s0104-11692008000300021
  61. Zillmer DA, Bynum DKJ, Kocher MS, Robb WJ 3rd, Koshy SA. Family violence: tools for the orthopaedic surgeon. *Instr Course Lect*. 2003;52:791-802.
  62. Gross CR, Lindquist RD, Woolley AC, Granieri R, Allard K, Webster B. Clinical indicators of dehydration severity in elderly patients. *J Emerg Med*. 1992;10(3):267-274. doi:10.1016/0736-4679(92)90331-M
  63. Switzer JA, Michienzi AE. Elder Abuse: An Update on :788-794.
  64. 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(3):276-300. doi:10.1080/08946560801973168
  65. University M. EASI German Version. [https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi\\_german\\_version\\_2013.pdf](https://www.mcgill.ca/familymed/files/familymed/easi_german_version_2013.pdf).
  66. GiG-net, ed. Gewalt im Geschlechterverhältnis. 1st ed. Verlag Barbara Budrich; 2008. doi:10.2307/j.ctvdf0f57
  67. Befund Gewalt, einen Verdacht ansprechen. <https://befund-gewalt.de/einen-verdacht-ansprechen.html>.

68. Befund: Gewalt, Verletzungen dokumentieren. <https://befund-gewalt.de/verletzungen-dokumentieren.html>.
69. Grassberger M, Türk EE. Die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, eds. *Klinisch-Forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden Für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen Und Betreuer von Gewaltopfern*. Vienna: Springer Vienna; 2013:113-118. doi:10.1007/978-3-211-99468-9\_12
70. Grassberger M, Verhoff MA. Klinisch-forensische Fotodokumentation. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, eds. *Klinisch-Forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden Für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen Und Betreuer von Gewaltopfern*. Vienna: Springer Vienna; 2013:127-138. doi:10.1007/978-3-211-99468-9\_14
71. Türk EE. Anamneseerhebung -- Ärztliche Gesprächsführung in der klinischen Rechtsmedizin. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, eds. *Klinisch-Forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden Für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen Und Betreuer von Gewaltopfern*. Vienna: Springer Vienna; 2013:109-111. doi:10.1007/978-3-211-99468-9\_11
72. Grassberger M, Püschel K. Forensische Gerontologie -- Gewalt und alte Menschen. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, eds. *Klinisch-Forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden Für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen Und Betreuer von Gewaltopfern*. Vienna: Springer Vienna; 2013:243-263. doi:10.1007/978-3-211-99468-9\_21
73. Grassberger M, Türk EE. Klinisch-forensische Spurenkunde und Beweismittelsicherung. In: Grassberger M, Yen K, Türk EE, eds. *Klinisch-Forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden Für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen Und Betreuer von Gewaltopfern*. Vienna: Springer Vienna; 2013:139-147. doi:10.1007/978-3-211-99468-9\_15
74. Befund: Gewalt, Spurensicherung. <https://befund-gewalt.de/spurensicherung.html>.
75. Wieners K, Hellbernd H, Jenner SC, Oesterhelweg L. Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. In: Dirks B, Somasundaram R, Waydhas C, Zeymer U, eds. *Weiterbildung Notfallmedizin: CME-Beiträge Aus: Notfall + Rettungsmedizin Februar 2012--Juni 2013*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013:1-14. doi:10.1007/978-3-642-40720-8\_1
76. Befund: Gewalt, Unterstützung anbieten. <https://befund-gewalt.de/unterstuetzung-anbieten.html>.
77. Strafgesetzbuch §138, Nichtanzeige geplanter Straftaten. [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_138.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___138.html).
78. Strafgesetzbuch §34 Rechtfertigender Notstand. [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_\\_34.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/___34.html).