

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Sexuelle Gewalt bei pflegebedürftigen Menschen

Sexual abuse of caredependent people

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Fabian Alexander Moser

aus Witten

Datum der Promotion: 04. März 2022

Inhaltsverzeichnis:

<u>Inhalt</u>	<u>Seite</u>
Deckblatt	1
Inhaltsverzeichnis	2
Abstrakt auf Deutsch	4
Abstrakt auf Englisch	5
1. Hintergrund	6
1.1 Einleitung	6
1.2 Definition von Gewalt gegen Ältere	6
1.3 Prävalenzen der verschiedenen Gewaltformen	7
1.4 Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt	8
1.5 Folgen von Gewalt	9
1.6 Wissen von Ärzten zum Thema Gewalt	9
1.7 Einstellung und Meldeverhalten	10
1.8 Der Hausarzt und medizinisches Personal	10
1.9 Forschungsfragen	11
2. Methodik	12
2.1 Studiendesign und Vorgehen	12
2.2 Soziodemographie	13
2.3 Variablen	13
2.4 Bias	14
2.5 Datenauswertung und statistische Analyse	15
3. Datensatz	16
3.1 Rücklauf und Soziodemographie	16
3.2 Subjektive Sicherheit	16
3.3 Einstellung der Hausärzte zur Verantwortung bei sexueller Gewalt	17
3.4 Fortbildungsinteresse an bestimmten Themen	18
3.5 Gewünschte Fortbildungsformate	19
3.6 Fortbildungsthemen in Gruppen kategorisiert	19
3.7 Zusammenhang von subjektiver Sicherheit und Einstellungen zur Verantwortung bei sexueller Gewalt	21

4. Diskussion	21
4.1 Limitation	25
5. Fazit und weiterführende Fragestellung	26
6. Literatur	27
Eidesstattliche Versicherung	32
Anteilerklärung an der erfolgten Publikation	33
Auszug Journal Summary List	34
Publikation:	37
Moser F, Schütz LH, Teubner C, Lahmann N, Kuhlmeiy A, Suhr R. Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger: Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall. Z Gerontol Geriatr. 2021 Jan 26. Doi: 10.1007/s00391-021-01841-7. Epub ahead of print. PMID: 33496836.	
Lebenslauf	45
Publikationsliste	46
Danksagung	47

Abstrakt auf Deutsch

Hintergrund. Sexuelle Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen stellt die Langzeitpflege vor Herausforderungen. Oft bleibt Sie unentdeckt, dabei hat Gewalt gegen Pflegebedürftige bedeutsame Folgen hinsichtlich der Morbidität und Mortalität der Patienten.

Ziel der Arbeit. Ziel dieser Arbeit ist es, die bisher wenig untersuchte Rolle des Hausarztes bei sexueller Gewalt gegen Pflegebedürftige, hinsichtlich ihrer Einstellung und Verantwortung, des Fortbildungsinteresse und ihrer subjektiven Sicherheit bei Verdacht von sexueller Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen zu untersuchen.

Material und Methoden. In einer bundesweiten Querschnittsstudie wurden 1.700 Hausärzte in Deutschland zwischen September und November 2016 schriftlich befragt. Die Fragebögen wurden postalisch versandt. Neben soziodemographischen Daten, enthielt der Fragebogen Fragen bezüglich der subjektiven Sicherheit, des Fortbildungsinteresse und der Einstellung bezüglich hausärztlicher Verantwortung bei sexueller Gewalt. Es konnten von 302 Ärzten Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen werden.

Ergebnisse. Bei zeitgleich hohem ärztlichem Verantwortungsbewusstsein besteht auch eine große Unsicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens bei einem Verdacht auf sexuelle Gewalt gegen pflegebedürftige Patienten. Die subjektive Sicherheit hat einen signifikanten Einfluss auf die wahrgenommene Rolle des Hausarztes. Andere erhobene Strukturvariablen zeigten keinen signifikanten Einfluss. Die Befragten geben ein großes Fortbildungsinteresse an. Traditionelle Fortbildungsmaßnahmen werden bevorzugt gewünscht.

Schlussfolgerung. Durch eine höhere subjektive Sicherheit wird vermehrt und früher gegen sexuelle Gewalt vorgegangen. Die subjektive Sicherheit von Hausärzten sollte daher gesteigert werden. Für geeignete Fortbildungsmaßnahmen kann diese Untersuchung einen thematischen Anhalt liefern und zeigt die gewünschten Fortbildungsformate. Insbesondere sind Fortbildungen für die Unterscheidung von sexueller Gewalt zu alterstypischen Symptomen und Fortbildungen zum richtigen Ton treffen gewünscht.

Schlüsselwörter:

Sexuelle Gewalt, Pflegebedürftigkeit, Hausarzt, Verantwortung,

Abstrakt auf Englisch

Background. Sexual abuse of people in need of care constitutes a challenge for long-term care since it can have considerable consequences regarding morbidity and mortality. However, in most cases it remains undetected.

Aim. The aim of this study was to examine how general practitioners (GPs) in Germany perceive their responsibility in cases of sexual abuse of care-dependent patients. Additionally, we wanted to investigate their interest in further education and personal confidence in handling these kinds of situations.

Material and methods. In a cross-sectional study from September to November 2016, 1.700 GPs in Germany were asked to fill out a questionnaire that was designed to answer our objectives including sociodemographic factors.

302 questionnaires could be included in our analysis.

Results. Even though nearly all participants see it as their responsibility as doctors to take action in cases of sexual abuse, there are big insecurities about the right course of action.

Main interests regarding further education lie especially in diagnostics as well as a guideline on what to do and who to contact if suspicion is raised.

Conclusion. Sexual abuse in patient care is a sensitive and scarcely discussed issue that requires further training to strengthen the physician's security of correctly diagnosing and handling these cases.

Keywords:

elder abuse, sexual abuse, care dependency, attitude, physician

Sexuelle Gewalt bei pflegebedürftigen Menschen

Ergebnisse einer Befragung von Hausärzten zur Einstellung bezüglich ihrer Verantwortung bei sexueller Gewalt gegen einen pflegebedürftigen Patienten und zur Sicherheit beim Vorgehen im Verdachtsfall

1 Hintergrund

1.1 Einleitung:

Gewalt gegen ältere Menschen wurde wissenschaftlich erstmals im Jahre 1975 in Großbritannien in einer medizinischen Fachzeitschrift erwähnt. In den ersten Jahren war die Bezeichnung noch „granny battering“ oder auch „granny bashing“ (Baker, 1977, Burston, 1975). Dieser aus heutiger Sicht despektierliche Begriff wurde im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Als Fachausdruck ist heute der Begriff „elder abuse“ weithin anerkannt (Giurani und Hasan, 2000).

In Deutschland fand „elder abuse“ erst ca. 10 Jahre später Einzug in wissenschaftliche Fachzeitschriften und wurde dort als „Gewalt in der Pflege“ bezeichnet. Die synonyme Bezeichnung von Gewalt gegen ältere Menschen und Gewalt in der Pflege besteht im deutschsprachigen Raum noch heute (Goergen, 2016).

Gewalt gegen Pflegebedürftige ist häufig und hat bedeutsame Folgen hinsichtlich der Morbidität und Mortalität von Personen, die Gewalt erfahren haben. Oft bleibt Gewalt jedoch unerkannt, weshalb adäquates Handeln oder Maßnahmen zur Prävention unterbleiben. International wurde gezeigt, dass Hausärzte eine wichtige Rolle bei der Erkennung und Vorbeugung von Gewalt gegen Pflegebedürftige spielen können, jedoch auch Fortbildungsbedarf besteht.

Der Dissertationsschrift liegt die Veröffentlichung Moser et al. „Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger“ zugrunde (Moser et al., 2021). Teile dieser Dissertation wurden bereits in diesem Rahmen publiziert.

1.2 Definition von Gewalt gegen Ältere:

Eine international viel verwendete Definition von Gewalt gegen ältere Menschen lautet: „Eine einzelne oder wiederholte Handlung oder ein Mangel an angemessenen Maßnahmen, die in

einer Beziehung auftreten, in der eine Vertrauensstellung besteht, die einer älteren Person Schaden zufügt oder sie belastet (Übersetzung durch den Verfasser)“ (Krug et al., 2002).

Bei Gewalt wird in den meisten Definitionen zwischen fünf verschiedenen Gewaltarten unterschieden (Pillemer et al., 2016, Yon et al., 2017, Lachs und Pillemer, 2015). Die verschiedenen Gewaltformen sind: körperliche Gewalt, psychologische Gewalt, sexuelle Gewalt, Vernachlässigung und finanzielle Ausbeutung.

Eine einheitliche Definition und auch eine Abgrenzung der einzelnen Gewaltformen existiert bislang noch nicht. So kann z.B. unter sexuelle Gewalt auch die sexualisierte Gewalt fallen. Dies beinhaltet unter anderem, einer zu pflegenden Patientin gegen ihren Willen die Haare kurz zu schneiden, da es einfacher ist, kurzes Haar in der täglichen Pflege zu versorgen. Haare als Teil der sexuellen Identität gegen den Patientenwillen abzuschneiden, kann somit als sexualisierte Gewalt gewertet werden. Aber unter anderem auch das Nutzen von sexualisierter Fäkalsprache, das Zeigen oder Anfertigen von expliziten sexuellen Fotografien, Bedrängungen und auch unerwünschte Berührungen sind ein Teil sexualisierter Gewalt (Suhr, 2017).

Durch fehlende einheitliche Definitionen von Gewalt in der Pflege ist eine Vergleichbarkeit von verschiedenen Studien nicht immer gegeben.

1.3 Prävalenzen der verschiedenen Gewaltformen:

Die nachfolgend genannten Daten zu den Prävalenzen der fünf verschiedenen Gewaltformen bei älteren Patienten wurden von einem Systematik Review in einer Metaanalyse dargestellt und werden von der WHO zitiert. Es wurde ebenfalls in der Metaanalyse gezeigt, dass das Geschlecht der Patienten keinen signifikanten Unterschied in der Prävalenz von sexueller Gewalt älterer Menschen darstellt (Yon et al., 2017).

Die häufigste Gewaltform mit einer Prävalenz von 11,6% ist die psychologische Gewalt; etwas seltener sind finanzielle Gewalt (6,8%) und Vernachlässigung (4,2%). Körperliche Gewalt tritt mit einer Prävalenz von 2,6% auf. Die seltenste Gewaltform ist sexuelle Gewalt (0,9%) (Yon et al., 2017).

Zu bedenken ist, dass die Prävalenzen insgesamt stark unterschätzt werden. Dies hat verschiedene Gründe. So sind Betroffene von Gewalt häufig aufgrund von körperlichen Einschränkungen wie z.B. aufgrund von Demenzerkrankungen schlechter auskunftsfähig und

zugänglich (Görger, 2017). Ebenso spielt sozial erwünschtes Antwortverhalten bei Befragungen eine Rolle (Tourangeau und Yan, 2007). Es liegen daher aktuell nur wenige valide Prävalenzschätzungen vor. Diese unterstreichen jedoch, dass Gewalt gegen ältere Menschen weltweit ein bedeutsames Gesundheitsproblem darstellt (World Health Organisation, 2015, Yon et al., 2017).

Die Häufigkeit des Auftretens von Gewalt zeigt kulturelle Unterschiede; auch die bevölkerungsbezogenen Prävalenzen der einzelnen Gewaltformen unterscheiden sich deutlich (World Health Organisation, 2015).

Ebenfalls ein Grund für unterschiedliche Prävalenzen von Gewalt in verschiedenen Studien ist, dass keine einheitliche Definition von Gewalt und deren verschiedenen Subtypen existiert.

Pillemer gibt an, dass Gewalt gegen Ältere das am weitesten verbreitete Problem älterer Menschen ist, welches im Gegensatz zu vielen Krankheitszuständen des Alters weitgehend vermeidbar ist (Pillemer et al., 2016).

Repräsentative Daten zur Prävalenz von Gewalt gegen Pflegebedürftige in Deutschland liegen nicht vor. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass Gewalt gegen Pflegebedürftige in der häuslichen, ambulanten und stationären Langzeitpflege in Deutschland als relevantes Problem wahrgenommen wird und häufig auftritt (Eggert und Sulmann, 2020, Eggert et al., 2017).

1.4 Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt:

Ein großer Risikofaktor für das Auftreten von Gewalt ist das Vorhandensein einer Pflegebedürftigkeit sowie ein reduzierter körperlicher und geistiger Zustand wie z.B. eine Demenzerkrankung (Lachs und Pillemer, 2015). Als weitere Risikofaktoren für das Auftreten von Gewalt gegen Pflegebedürftige zählen: Haushalte mit vielen Haushaltsmitgliedern, ein niedriges sozioökonomisches Niveau und Substanzabusus sowie wenig sozialer Rückhalt (Lachs und Pillemer, 2015). Die Zahl der Pflegebedürftigen und somit auch eine potentielle Risikogruppe wird in den nächsten Jahren weiter steigen (Suhr und Teubner, 2020). Die Weltgesundheitsorganisation geht davon aus, dass sich bis 2050 der Anteil der über 60-Jährigen auf circa zwei Milliarden Menschen verdoppeln wird. Auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation Gewalt gegen ältere Menschen als ein wichtiges Problem der Gesundheitsversorgung (World Health Organisation, 2018). Dies spielt besonders vor dem Hintergrund eine wichtige Rolle, dass die deutsche Bevölkerung vom Alter der Bevölkerung im Median den 2. Platz weltweit nach Japan belegt

(Laenderdaten.info, 2013) hat und eine der höchsten Raten an pflegebedürftigen Menschen aufweist (Statistisches Bundesamt, 2020b).

1.5 Folgen von Gewalt:

In verschiedenen Studien wird übereinstimmend davon berichtet, dass Menschen die Gewalt erfahren haben, häufiger hospitalisiert werden und früher versterben als Menschen ihrer Altersgruppe ohne Gewalterfahrungen. Zwei amerikanische Studien beschreiben, dass Patienten, welche Gewalt gegen sich erfahren haben, vermehrt unter chronischen Erkrankungen wie Hypertonie, chronischen Schmerzen, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, Demenz, Depressionen und ähnlichem leiden (Lachs et al., 1998, Leddy et al., 2014). Am Ende einer 13-jährigen Kohortenstudie hatte die Kohorte mit Gewalterfahrungen eine erhöhte Todesrate (Lachs et al., 1998).

Es ist davon auszugehen, dass Personen, welche Opfer von Gewalt geworden sind, eine höhere Morbidität sowie Mortalität und eine höhere Hospitalisierungsrate haben als Personen, die keine Gewalt erfahren haben (Lachs et al., 1998, Baker, 2007).

Dies führt, auch vor dem Hintergrund der wachsenden Risikogruppe durch den demographischen Wandel, zu einer stärkeren Belastung des Gesundheitssystems. Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen zieht auch ökonomische Folgen nach sich. So kommt es unter anderem zu vermehrten und verlängerten Krankenhausaufenthalten und einem Wechsel von häuslicher bzw. ambulanter Pflege in stationäre Pflegeeinrichtungen (Suhr und Teubner, 2020).

1.6 Wissen von Ärzten zum Thema Gewalt:

In Deutschland wie auch international gibt es aktuell keine Studien, die das Wissen oder die Einstellung von Ärzten im klinischen aber auch im ambulanten Bereich bei sexueller Gewalt pflegebedürftiger Patienten untersuchen. Es existieren jedoch Studien, die das Wissen von Ärzten zum Thema Gewalt gegen ältere Menschen untersucht haben.

International besteht ein großer Fortbildungsbedarf beim Thema Gewalt gegen ältere Menschen. In einer Studie von McCreadie und Kollegen (McCreadie et al., 2000) geben etwa 70% der befragten Hausärzte einen Fortbildungsbedarf an, bei Wagenaar und Kollegen (Wagenaar et al., 2010) sind es 92% der Befragten. Auch andere Studien weisen auf

Wissenslücken und großen subjektiven Fortbildungsbedarf hin (Cooper et al., 2009, Kennedy, 2005, O'Brien et al., 2014, Schmeidel et al., 2012). Cooper et al. geben an, dass in Regionen mit vermehrten Fortbildungsangeboten auch höhere Meldezahlen zu verzeichnen seien.

1.7 Einstellung und Meldeverhalten:

Aus dem Meldeverhalten von Ärzten von Gewaltfällen an Behörden und Institutionen kann man Schlüsse darüber ziehen, wie die Ärzte ihre Rolle bei der Aufdeckung und Intervention von Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen sehen.

Einige Studien zeigen, dass die Mehrzahl der Fälle nicht gemeldet werden (Cooper et al., 2009, Leddy et al., 2014, Pillemer et al., 2015, Wagenaar et al., 2010, World Health Organisation, 2018). Nach Wagenaar et al. wird nur einer von 14 Fällen jemals gemeldet. Leddy et al. geben Werte zwischen 7% und 16% gemeldeter Gewaltfälle an. Die Weltgesundheitsorganisation gibt an, dass nur einer von 24 Fällen überhaupt gemeldet wird (World Health Organisation, 2018). Die Gründe, warum viele Ärzte die Fälle von Gewalt nicht melden, sind vielfältig. Sie liegen unter anderem darin, dass die Ärzte ihre Beziehung zu den Patienten und deren Angehörigen nicht aufs Spiel setzen wollen, sie sich nicht sicher über die gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen sind, sie den Verdacht von Gewalt nicht bestätigen können und keinen bloßen Verdacht melden wollen, oder sie glauben eine Meldung würde den Täter nur boshafter und rabiater machen (Cooper et al., 2009, Kennedy, 2005). Kennedy zeigt auf, dass sich 94% der Ärzte erst komplett sicher sein wollen und nicht nur einen eventuell unbegründeten Verdacht weitermelden möchten (Kennedy, 2005).

Leddy et. al. geben an, dass die Mehrzahl ihrer befragten Ärzte sexuelle Gewalt ihrer Patienten als Teil ihres eigenen ärztlichen Verantwortungsgebietes sehen (Leddy et al., 2014).

Cooper et al. (Cooper et al., 2009) geben an, dass 63% der Ärzte Ihre Patienten noch nie nach Gewalt gefragt haben. Dabei wurde in einer Studie von Dumortier und Freminville (Dumortier und Freminville, 2014) von 82% der Studienteilnehmer angegeben, dass sie schon einmal den Verdacht der Gewalt bei einem älteren Patienten gehabt hätten.

1.8 Der Hausarzt und medizinisches Personal:

In Deutschland kann dem Hausarzt eine hohe Bedeutung bei der Prävention von Gewalt zukommen. Die am häufigsten aufgesuchte Facharzttrichtung im Erwachsenenalter in Deutschland ist die Allgemeinmedizin. Durchschnittlich werden 65-79 Jahre alte Patienten

mehr als 10 mal pro Jahr bei einem Arzt vorstellig (Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt, 2015). Kleina führt an, dass auch in der Betreuung von pflegebedürftigen Patienten in Gesundheitseinrichtungen, wie z.B. Pflegeheimen, der häufigste Kontakt zu Allgemeinmedizinern besteht (Kleina et al., 2017). International wurde bereits dargelegt, dass der Hausarzt eine wichtige Rolle bei dem Erkennen von Gewalt älterer Menschen innehaben kann. Eine irische Studie (O'Brien et al., 2014) führt an, dass 75,9% der entdeckten Gewaltfälle in der Häuslichkeit von einem Hausarzt aufgedeckt wurden. Kennedy gibt an, dass mehr als drei Viertel der befragten Ärzte (78%) angegeben hat, Hausärzte seien im Gegensatz zu anderen Gesundheitsdienstleistern besser in der Lage, Gewalt zu erkennen (Kennedy, 2005). Jedoch fragten 63% der Ärzte ihre Patienten noch nie oder so gut wie nie nach Gewalterfahrungen und nur etwa jeder achte Arzt befragt seine Patienten regelmäßig in einer Art Screening (Cooper et al., 2009). Erschwerend kommt hinzu, dass Anzeichen von sexueller Gewalt nur schwer von alterstypischen Erkrankungen unterschieden werden können (Clarysse et al., 2018, Collins, 2006).

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist durch ein Vertrauensverhältnis gekennzeichnet, welches erlaubt, auch sensible Fragen zu besprechen (Fuertes et al., 2017). Hausärzten kann daher eine wichtige Rolle beim Erkennen von Gewalt zukommen (Yaffe und Tazkarji, 2012).

1.9 Forschungsfragen:

Sexuelle Gewalt gegen Ältere erfährt seit einiger Zeit zunehmende Aufmerksamkeit (Band-Winterstein et al., 2019). Insbesondere sexuelle Gewalt gegen Pflegebedürftige – also die erzwungene Teilnahme einer älteren, pflegebedürftigen Person an einer sexuellen Handlung ohne deren Einwilligung (Yon et al., 2017) – ist jedoch bisher kaum untersucht und stark tabuisiert (Bows, 2018).

Für Deutschland liegen keine wissenschaftlichen Befunde zum Wissen von Hausärzten oder zu ihrer Rolle beim Erkennen und der Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige vor. Vor allem gibt es – auch international – keine Untersuchung, die explizit die Frage der von Hausärzten wahrgenommenen Verantwortung bei sexueller Gewalt pflegebedürftiger Patienten beleuchtet. Auch ist nicht bekannt, wie sicher deutsche Hausärzte im weiteren Vorgehen bei einem vermuteten Fall von sexueller Gewalt ihrer pflegebedürftigen Patienten sind.

Forschungsfragen dieser Arbeit sind daher:

1. Wie ist die Einstellung von deutschen Hausärzten zu sexueller Gewalt bei pflegebedürftigen Menschen: Wo sehen sie ihren Verantwortungsbereich beim Erkennen und der Vorbeugung?
2. Wie sicher sind sich Hausärzte im weiteren Vorgehen bei einem vermuteten Fall von sexueller Gewalt bei einem Pflegebedürftigen?
3. Welcher Fortbildungsbedarf bezüglich sexueller Gewalt bei pflegebedürftigen Patienten besteht bei deutschen Hausärzten?

Vorliegende Arbeit ist Teil einer größeren multinationalen Studie, in der vier verschiedene Gewaltformen bei pflegebedürftigen Patienten untersucht wurden. Es wurden in Deutschland, Österreich und der Schweiz Hausärzte zu freiheitsentziehenden Maßnahmen, körperlicher Gewalt, Vernachlässigung und sexueller Gewalt bei pflegebedürftigen Patienten befragt.

In dieser Studie wird explizit sexuelle Gewalt bei Pflegebedürftigen als sehr intimes und tabuisiertes sowie bisher wenig erforschtes Thema behandelt. Publikationen zu anderen Gewaltformen werden folgen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen Personen aller Geschlechtsidentitäten gleichermaßen.

2 Methodik

2.1 Studiendesign und Vorgehen:

In einer bundesweiten Querschnittserhebung wurden Hausärzte – Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte – in Deutschland zwischen September und November 2016 schriftlich zum Thema „Sexuelle Gewalt bei pflegebedürftigen Patienten“ befragt. Um eine angemessene Präzision der Konfidenzintervalle zu gewährleisten wurde eine Teilnehmerzahl von mindestens 250 Befragten angestrebt. Ausgehend von einer angenommenen Rücklaufquote von 15-20%, basierend auf einer Befragung eines ähnlichen

befragten Kollektivs in Deutschland (Kunz und Gusy, 2005, Marx et al., 2016), wurden Fragebögen an 1.700 Teilnehmer gesendet.

Die Fragebögen wurden per Post an 1.700 Hausärzte versandt. Gemeinsam mit dem Fragebogen wurde auch ein Anschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mitgeschickt. Diese bat die angeschriebenen Hausärzte an der Studie teilzunehmen. Die Studie wurde ebenso von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch einen Artikel im Newsletter „PraxisNachrichten“ unterstützt. In diesem wurde die Studie beschrieben, deren besondere Relevanz für Ärzte hervorgehoben und zur Teilnahme aufgerufen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016). Die Auswahl der Ärzte erfolgte durch eine einfache Zufallsstichprobe aus der Adressdatenbank eines kommerziellen Anbieters (ArztData AG). Die Datenbank erfasst nach Anbieterangaben 99 % der Hausärzte in Deutschland. Neben der Rücksendung mittels frankierten Rückumschlags bestand auch die Möglichkeit einer Rücksendung des Fragebogens per Fax. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurde vier Wochen nach Erstversand ein Erinnerungsschreiben inklusive Fragebogen an alle Teilnehmer geschickt, von denen noch kein Rücklauf festgestellt worden war. Zur Identifikation des Rücklaufs waren die Fragebögen hierzu mit einem adressatenspezifischen alphanumerischen Code versehen. Die Datenerfassung aus den eingegangenen Fragebögen erfolgte durch einen externen Datenerfassungs-Dienstleister. Fragebögen, welche per Fax an das Studienzentrum geschickt wurden, wurden ausgedruckt und die Faxnummer entfernt. Das Eingangsdatum wurde vermerkt.

Ein positives Ethikvotum der Berliner Ärztekammer zur Studie wurde erteilt (Eth-21/16).

2.2 Soziodemographie:

Um Adressaten aus den Analysen ausschließen zu können, die nicht zur Grundgesamtheit gehörten, wurde erfragt, ob ein Teilnehmer tatsächlich hausärztlich tätig ist. Erhoben wurden zudem Alter, Geschlecht und Berufserfahrung. Die Befragten wurden gebeten, den Anteil ihrer pflegebedürftigen Patienten anzugeben.

2.3 Variablen:

Sechs Fragen erfassten die Einstellung zur ärztlichen Verantwortung beim Erkennen und Vorgehen gegen sexuelle Gewalt. Sexuelle Gewalt wurde hierbei als „sexuelle Handlungen, die an Menschen ohne deren Einverständnis vorgenommen werden“ definiert. Alle Items wurden

von „0 – stimme überhaupt nicht zu“ bis „4 – stimme voll und ganz zu“ codiert; die dazwischenliegenden Skalenstufen waren nur mit ganzen Zahlen beschrieben.

Zur Messung der Sicherheit hinsichtlich des weiteren Vorgehens im Verdachtsfall auf sexuelle Gewalt Pflegebedürftiger wurde – ebenfalls fünfstufig – die Zustimmung zur Aussage gemessen, dass der Befragte „unsicher [ist], wie [er] weiter vorgehen sollte“, wenn er „den Verdacht hätte, dass ein Patient, der pflegebedürftig ist“, Opfer von sexueller Gewalt geworden wäre.

Zu Fortbildungen wurden drei Fragen gestellt, die jeweils bejaht bzw. verneint werden konnten. Zunächst wurde erfragt, ob der Studienteilnehmer allgemein an einer Fortbildung zum Thema Sexuelle Gewalt von Pflegebedürftigen Patienten interessiert sei. Wurde ein allgemeines Interesse an Fortbildungen angegeben, wurde erhoben, zu welchen einzelnen Themen im Kontext sexuelle Gewalt Fortbildungsinteresse besteht. Abschließend wurde gefragt, welche Darbietungsformen für Fortbildungen genutzt werden sollten. Es standen fünf Formate zur Auswahl, welche jeweils bejaht oder verneint werden konnten. Gab der Befragte kein Interesse an Fortbildungen an, so sollte er die Fragen zu den verschiedenen Fortbildungsthemen sowie zu den Fortbildungsformaten nicht beantworten.

Bei einer weiteren Frage sollten die Teilnehmer angeben, wie viel Prozent pflegebedürftige Patienten zu ihrem Patientenstamm gehören. In der Einleitung zu dieser Frage wurde der Begriff „pflegebedürftig“ definiert. Es handelt sich dabei um „erwachsene Personen, die aufgrund von körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen dauerhaft Hilfe durch andere benötigen. Dabei ist unerheblich, ob die Person Leistungen von einer Pflegeversicherung erhält, und ob sie in einem Pflegeheim lebt“. Da die Studie im multinationalen Setting angelegt war (Deutschland, Österreich und der Schweiz), wurden keine nationalen sozialrechtlichen Definitionen, sondern eine einheitliche, von den Autoren vorgegebene Definition angeführt. Ein expliziter Bezug zu der zur Datenerhebung gültigen deutschen Definition der Pflegeeinstufung (SGB XI § 14) sowie der Einstufung durch die deutsche Pflegeversicherung erfolgte aus diesem Grund nicht.

2.4 Bias:

Um die Verzerrungen durch Messfehler zu minimieren und die Qualität des Fragebogens auch in anderer Hinsicht zu optimieren, wurden die Items vor der eigentlichen Studie mithilfe von

Pretests umfangreich geprüft und optimiert. In einem ersten Schritt wurde der Fragebogen hierzu von Gewaltexperten hinsichtlich Verständlichkeit der Formulierungen und inhaltlicher Vollständigkeit geprüft und angepasst. Anschließend erfolgte durch weitere Experten eine Begutachtung der Validität der gewählten Items. In einer zweiten Phase wurde zur Bestimmung der Retest-Reliabilität und zur Messung sozial erwünschten Antwortverhaltens der vorläufige Fragebogen an eine Zufallsstichprobe von Hausärzten versandt. Wurde der ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt, erhielt der Befragte einen gleichen zweiten Fragebogen. Wurde auch dieser ausgefüllt zurückgeschickt, erhielt er einen Gutschein im Wert von 50€ und die Retest-Reliabilitäten der Items dieser abhängigen Datensätze wurden berechnet. Die Retest-Reliabilitäten waren hoch bis sehr hoch. Die Korrelationen mit Maßen sozial erwünschten Antwortverhaltens wiederum waren insgesamt gering. Befragte, welche an den Pretests teilgenommen haben, wurden nicht mehr in der Hauptstudie befragt. Die Vorstudien und ihre Ergebnisse werden an anderer Stelle im Detail beschrieben (Schnapp et al., 2017, Schnapp, 2018b, Schnapp, 2018a).

Zur Minimierung möglicher Stichprobenfehler und für eine höhere statistische Power wurden beim Design der Studie zudem Maßnahmen zur Steigerung der Rücklaufquote und zum Erreichen höherer Fallzahlen getroffen. Um einer Verzerrung vorzubeugen, die dadurch entsteht, dass vor allem Befragte teilnehmen, die ein besonderes Interesse an dem Thema haben, wurde in allen Anschreiben in Fettdruck darauf hingewiesen, dass die Meinung des Adressaten auch dann wichtig sei, „wenn Sie bislang wenig mit dem Thema zu tun hatten“. Zur Verringerung systematischer Messfehler durch sozial erwünschtes Antwortverhalten erhielt das Anschreiben eine Anonymitätssicherung.

2.5 Datenauswertung und statistische Analyse:

Fragebögen wurden von der weiteren Auswertung ausgeschlossen, wenn weniger als 80 Prozent der Items beantwortet waren oder wenn der Befragte angegeben hatte, nicht hausärztlich tätig zu sein. Der durch den externen Dienstleister erfasste Datensatz wurde stichprobenartig hinsichtlich der Erfassungsgenauigkeit überprüft sowie auf Plausibilität getestet. Um Verzerrungen durch eine strukturelle Nichtteilnahme auszugleichen, wurde vor der Berechnung deskriptiver Statistiken eine Anpassungsgewichtung anhand der statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister für die Arztgruppen „Allgemein, Praktische

Ärztinnen und Ärzte“ sowie „Hausärztlich tätige Internisten“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017) nach Geschlecht und Nielsegebiet (GfK Geo Marketing GmbH, 2016) vorgenommen. Nielsegebiete resultieren aus einer Zusammenfassung einzelner Bundesländer in sieben, in ihrem Konsummuster vergleichbare Gebiete und wurden aufgrund der kleinen Stichprobengröße statt der einzelnen Bundesländer für die Gewichtung herangezogen.

Zur Auswertung der Daten wurden Mittelwerte und 95 %-Clopper-Pearson Konfidenzintervalle bestimmt. Für die statistische Auswertung wurde SPSS® (Version 22) genutzt.

3 Datensatz

3.1 Rücklauf und Soziodemographie:

Es konnten 302 Fragebögen ausgewertet werden. Die Rücklaufquote betrug 18,2 %. In vier Fällen waren von dem teilnehmenden Hausarzt weniger als 80 % der Items ausgefüllt, in weiteren zwei Fällen war eine Teilnahme verweigert bzw. abgebrochen worden. Diese Bögen wurden nicht in die Auswertung mit aufgenommen. Aus dem Gesamtrücklauf (inkl. der Fälle, die das Teilnahmekriterium nicht erfüllten, die also nachweislich nicht oder nicht mehr hausärztlich tätig waren) wurde ein Anteil von 89 % unter den Non-Respondern geschätzt, welche das Teilnahmekriterium erfüllen. Eine weitergehende Non-Responder-Analyse wurde nicht durchgeführt. Der erhobene Rohdatensatz wies bereits ungewichtet eine sehr große Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit der deutschen hausärztlich tätigen Ärzte auf. 43,1 % der Befragten sind Frauen, 56,9 % sind Männer. Das Durchschnittsalter beträgt 55,7 Jahre [54,7; 56,6]. Die Studienteilnehmer geben an, im Durchschnitt 18,6 Jahre [17,5; 19,7] als Hausarzt niedergelassen zu sein. Acht Hausärzte geben an, von sexueller Gewalt bei mindestens einem ihrer pflegebedürftigen Patienten zu wissen.

3.2 Subjektive Sicherheit:

Die geäußerte Sicherheit der Befragten in Bezug auf das weitere Vorgehen, wenn sie sexuelle Gewalt vermuten, stellt sich wie folgt dar. Es zeigt sich, dass sich nur 26,5 % der befragten Hausärzte komplett sicher im weiteren Vorgehen wären. Bei einem Großteil der Befragten (73,5 %) bestehen in unterschiedlicher Ausprägung Unsicherheiten. Es besteht ein statistisch signifikanter, schwach positiver Zusammenhang zwischen dem Alter ($r = 0,21$, $p < 0,01$), der

Niederlassungsdauer ($r = 0,19, p < 0,01$) und dem Geschlecht ($\rho = 0,11, p < 0,05$) der befragten Personen in Bezug auf die geäußerte subjektive Sicherheit.

3.3 Einstellung der Hausärzte zur Verantwortung bei sexueller Gewalt:

Nahezu alle Befragten (91,8 %) stimmen „voll und ganz zu“, dass Hausärzte alles dafür tun müssen, um zu verhindern, dass sich ein Fall sexueller Gewalt wiederholt (*Abbildung 1*). Dem stimmen noch 76,6 % uneingeschränkt zu, wenn durch die Intervention Konflikte zwischen Hausärzten und den pflegenden Personen hervorgerufen würden. Rund zwei Drittel der Befragten sehen es „voll und ganz“ als Pflicht von Hausärzten, „gegen sexuellen Missbrauch in Pflegebeziehungen [ihrer] Patienten“ vorzugehen.

Deutlich weniger sehen sich in der Verantwortung, gegen Ursachen der sexuellen Gewalt vorzugehen; rund ein Viertel (26,9 %) stimmen dieser Aussage uneingeschränkt zu. Am geringsten fällt die Zustimmung zur grundsätzlichen Untersuchung pflegebedürftiger Patienten auf sexuelle Gewalt aus: Weniger als jeder zehnte Befragte (7,2 %) äußert vollständige Zustimmung. Es bestehen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zu Strukturvariablen wie Alter, Geschlecht oder Niederlassungsdauer.

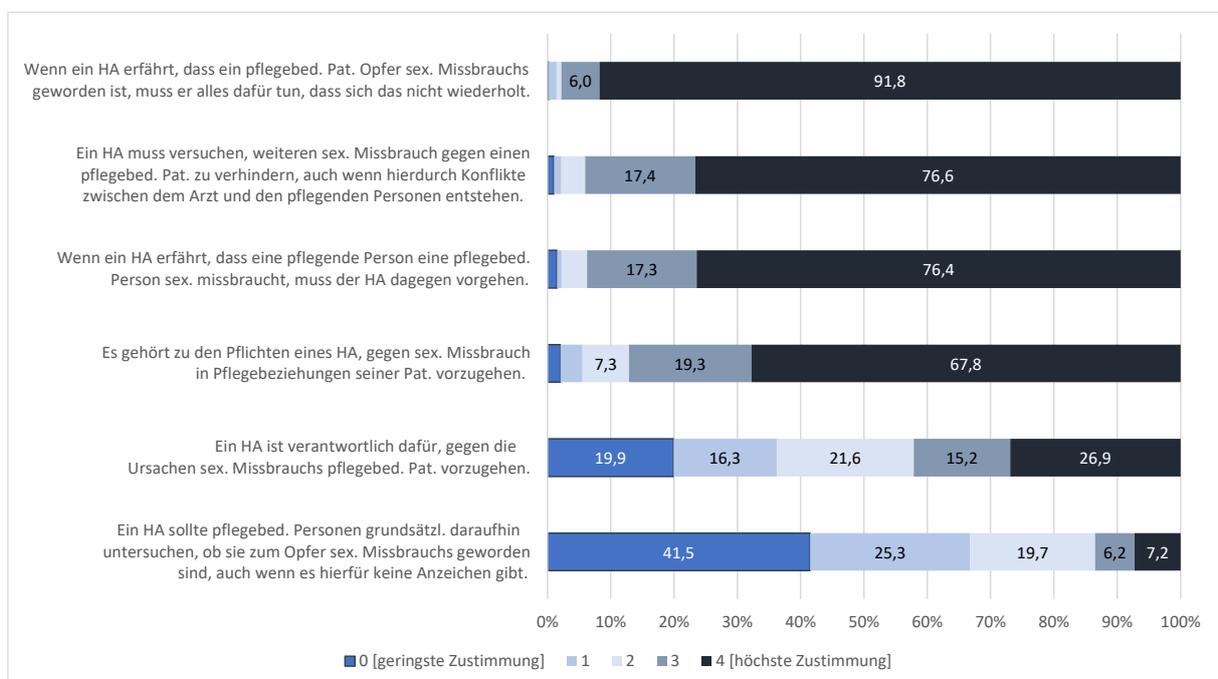


Abbildung 1: Einstellungen der Hausärzte (mit HA abgekürzt) zum Umgang mit sexueller Gewalt pflegebedürftiger Patient ($n = 302$) (Moser et al., 2021)

3.4 Fortbildungsinteresse an bestimmten Themen:

Abbildung 2 listet die Fortbildungsthemen nach der durch die befragten Hausärzte gewünschten Häufigkeit auf. Annähernd alle Teilnehmer, welche sich Fortbildungen wünschen, interessieren sich dafür, körperliche Anzeichen für Gewalt von Symptomen, die auf andere Gründe zurückzuführen sind, unterscheiden zu lernen (96,3 % [91,6; 98,7]; n = 139). Knapp 90 % der Ärzte (89,9 % [83,6; 94,5] ; n = 134) wünschen sich Fortbildungen zum Thema „Ratschläge, wie der Patient sich weiter verhalten soll“. Fast ebenso viele der Befragten (89,6 % [83,2; 94,2], n = 137) äußern den Wunsch nach Weiterbildungen in dem Bereich der Beratung, welche Stellen der Patient im Anschluss aufsuchen soll. Knapp die Hälfte aller Teilnehmer (48,2 %) geben ein generelles Interesse an Fortbildungen an, wobei tendenziell eine höhere Unsicherheit mit einem höheren Interesse an Fortbildung einhergeht.

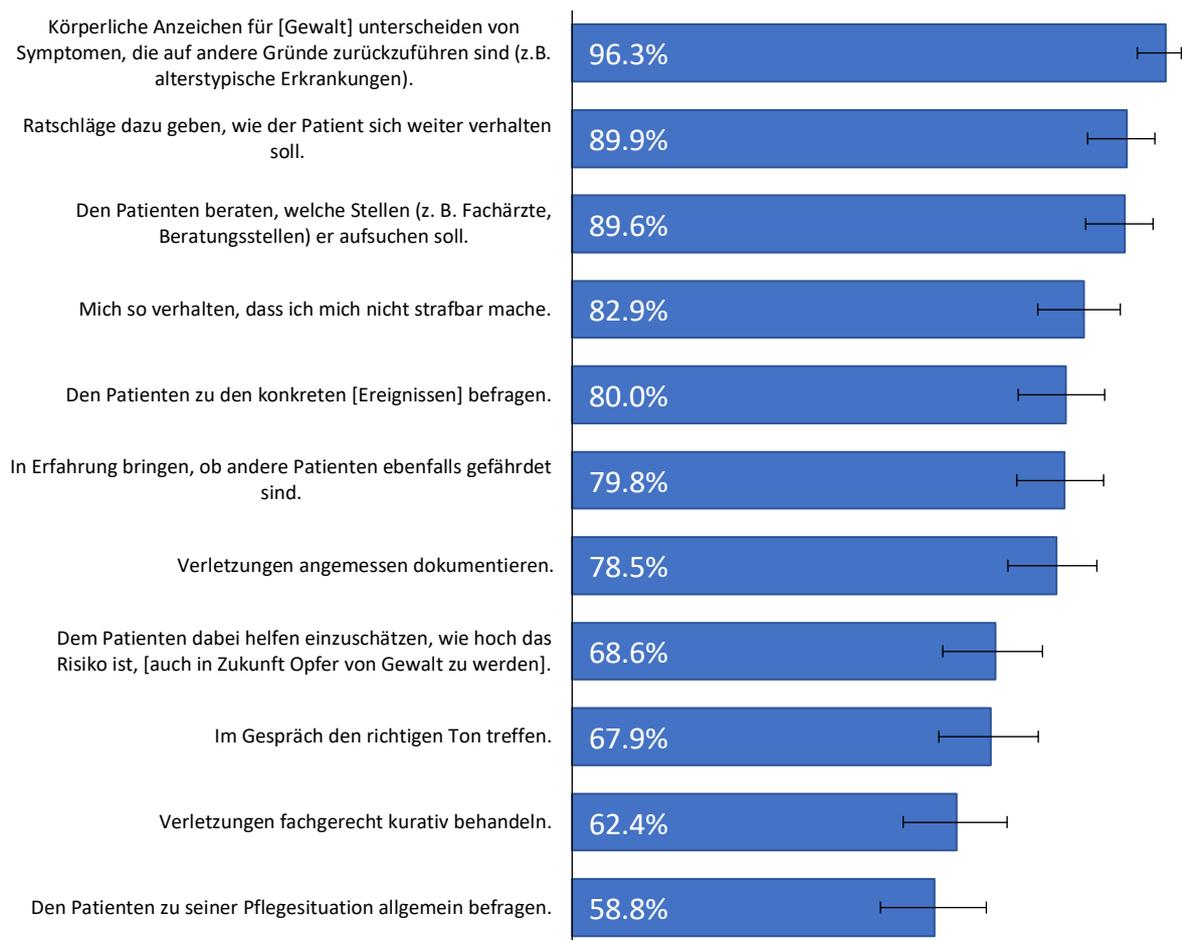


Abbildung 2: Interesse für ein bestimmtes Fortbildungsthema bei Ärzten mit generellem Interesse an Fortbildungen (Anteile und 95 % Konfidenzintervall; Körperliche Anzeichen unterscheiden/im Gespräch den richtigen Ton treffen n = 139; Pat.

beraten, welche Stellen er aufsuchen soll/Pat. zu konkreten Ereignissen befragen/in Erfahrung bringen, ob andere Pat. gefährdet n = 137; Verletzungen angemessen dokumentieren/Risiko einschätzen/Verletzungen kurativ behandeln n = 136; Pat. zur Pflegesituation allgemein befragen n = 135; Ratschläge, wie der Pat. sich weiter verhalten soll/mich so verhalten, dass ich mich nicht strafbar mache n = 134) (Moser et al., 2021)

3.5 Gewünschte Fortbildungsformate:

Abbildung drei stellt die gewünschten Fortbildungsformate der befragten Hausärzte dar. Etwa drei Viertel (71,9 %) der Ärzte mit generellem Interesse an Fortbildungen sprechen sich für Präsenzseminare aus. Das zweithäufigste, mit 70,6 % gewünschte Fortbildungsformat, sind gedruckte Broschüren. Am wenigsten gewünscht sind Seminare im Internet (42,0 %) und Filme im Internet (43,1 %).

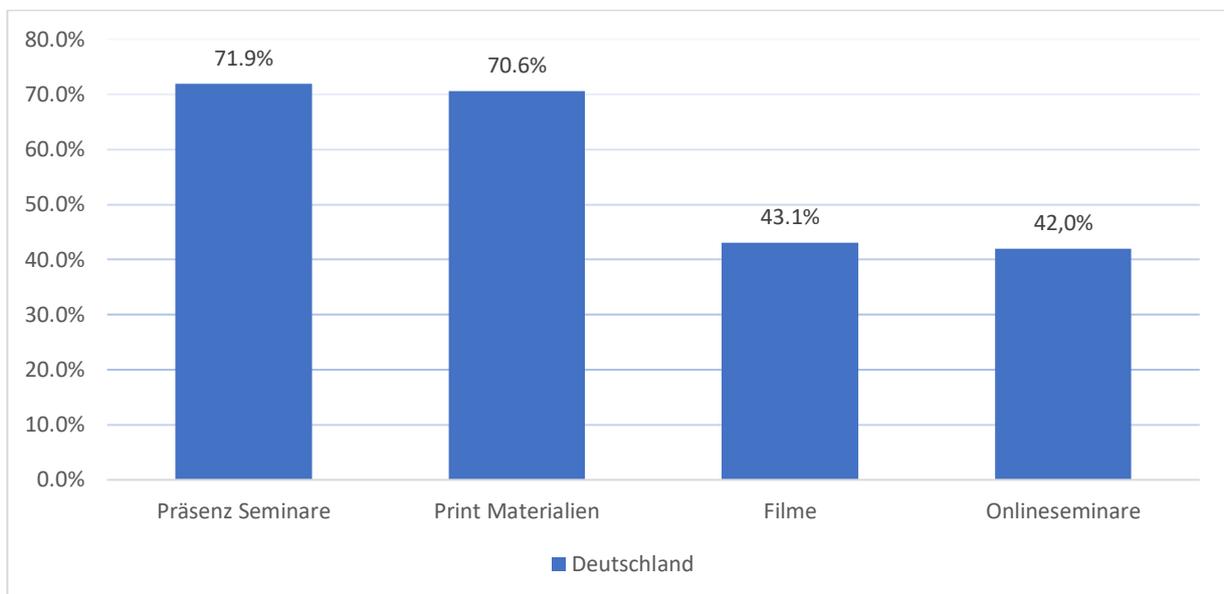


Abbildung 3: Gewünschte Fortbildungsformate der befragten Ärzte ((Präsenz Seminare n = 130; Print Materialien n = 133; Filme n = 120; Onlineseminare n = 125)

3.6 Fortbildungsthemen in Gruppen kategorisiert:

Die angebotenen Fortbildungsthemen können in drei Kategorien einteilt werden: Beratung, Kommunikation und Behandlung. So beziehen sich vier Fragen hauptsächlich auf die Kommunikation mit dem Patienten, drei Fragen gehen auf die Beratung des Patienten ein und weitere vier Fragen stehen in Bezug zur Behandlung der eigentlichen sexuellen Gewalt (Abbildung 4). Wird bei diesen Themen der Zusammenhang zwischen der Sicherheit des Arztes bezüglich des weiteren Vorgehens und dem Interesse an den verschiedenen Bereichen der Fortbildungen untersucht, so wird erkenntlich, dass alle Bereiche des Themenblockes

„Beratung“ signifikant häufiger gewünscht sind. Ebenso ist das Thema „Den richtigen Ton treffen“ ein signifikant ($p=0,001$) häufig gewünschtes Thema (Abbildung 4).

Der ausgeprägteste Unterschied findet sich beim Thema „Den richtigen Ton treffen“ ($p = 0,001$), gefolgt von den Themen „Den Patienten beraten, welche Stellen er aufsuchen soll“ ($p = 0,009$) und „Dem Patienten dabei helfen einzuschätzen, wie hoch sein Risiko ist, wieder Missbrauchsopfer zu werden“ ($p = 0,028$).

Immer noch schwach signifikant ($p \leq 0,1$) ist der Unterschied bei dem Thema „Ratschläge dazu geben, wie sich der Patient weiter verhalten soll“ ($p=0,080$), wobei auch hier tendenziell mit steigender Unsicherheit mehr Interesse an Fortbildung einhergeht.

Themenbereich	Fortbildungsthema ("eher nein" = 0; "eher ja" = 1)	χ^2	Freiheitsgrade	N	p	Cramer-V
Kommunikation	richtigen Ton treffen	19,34	4	139	0,001	0,373
	zu konkreten Ereignissen befragen	7,25	4	136	0,123	0,231
	zur Pflegesituation befragen	6,61	4	133	0,158	0,223
	Gefährdung anderer in Erfahrung bringen	4,27	4	137	0,371	0,177
Beratung	welche Stellen aufsuchen	13,59	4	137	0,009	0,315
	bei Risikoeinschätzung helfen	10,91	4	136	0,028	0,283
	Ratschläge zu weiterem Verhalten	8,33	4	133	0,080	0,250
Behandlung	Verletzungen dokumentieren	2,88	4	136	0,579	0,145
	Verletzungen kurativ behandeln	7,71	4	136	0,103	0,238
	sich nicht strafbar machen	4,05	4	134	0,399	0,174
	Symptome unterscheiden	3,01	4	139	0,557	0,147

Abbildung 4: Kreuztabellen zu Sicherheit und Interesse an Fortbildungsthemen

3.7 Zusammenhang von subjektiver Sicherheit und Einstellungen zur Verantwortung bei sexueller Gewalt:

Wird der Zusammenhang zwischen den Einstellungen der Hausärzte mit Strukturvariablen (wie Geschlecht, Alter, Dauer der Niederlassung und dem Anteil pflegebedürftiger Patienten in ihrer Praxis) und mit ihrer Sicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens bei Verdacht auf sexuelle Gewalt von pflegebedürftigen Patienten untersucht, so zeigt sich folgendes Bild: Für die sechs Fragen bezüglich der Einstellung der Hausärzte zum Umgang mit sexueller Gewalt bei einem pflegebedürftigen Patienten gibt es bzgl. der Strukturvariablen durchgängig keinen signifikanten Zusammenhang. Allerdings ist der Zusammenhang mit der geäußerten Sicherheit durchgehend signifikant positiv.

Es fällt auf, dass Hausärzte, welche sich eher sicher im weiteren Vorgehen bei einem Verdachtsfall sind, sowohl den Patienten eher gezielt auf Anzeichen von Gewalt untersuchen würden, als auch eher gegen einen aufgedeckten Fall von Gewalt vorgehen würden. Ärzte mit einer höheren Sicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens scheinen eher gewillt, über das eigentlich zu erwartende Maß hinaus zu agieren und auch gegen die Ursachen der sexuellen Gewalt ihrer Patienten vorzugehen. Ärzte welche sich beim weiteren Vorgehen bei dem Verdacht auf sexuelle Gewalt bei einem pflegebedürftigen Patienten sicher sind, geben an, bereiter für eine routinemäßige Untersuchung auf sexuelle Gewalt ihrer Patienten zu sein. Die Mehrheit der Ärzte, welche sich tendenziell eher unsicher beim weiteren Vorgehen von vermuteter sexueller Gewalt äußern, lehnen auch eher eine systematische Routineuntersuchung ihrer Patienten ab.

4 Diskussion

Acht der 302 von vorliegender Studie befragten Hausärzte geben an, von sexueller Gewalt bei mindestens einem ihrer pflegebedürftigen Patienten zu wissen. Dieses Ergebnis lässt keine Aussage zur Häufigkeit sexueller Gewalt Pflegebedürftiger zu; vor dem Hintergrund der in internationalen Studien dargelegten Seltenheit dieser Gewaltform (Pillemer et al., 2016) unterstreicht es aber, dass Hausärzte in Deutschland mit dem Thema bei ihrer Arbeit konfrontiert sind.

Zugleich handelt es sich um ein stark tabuisiertes und intimes Thema (Bows, 2018). Aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses in der Arzt-Patienten Beziehung hat der Hausarzt die Möglichkeit, auch intime Themen anzusprechen (Fuertes et al., 2017).

Nahezu jeder der von vorliegender Studie befragten Hausärzte sieht es als seine Pflicht, alles dafür zu tun, dass ein Fall von Gewalt sich nicht wiederholt, und zwei Drittel der befragten Hausärzte sehen es als ihre Pflicht, gegen sexuelle Gewalt ihrer pflegebedürftigen Patienten vorzugehen.

International hat sich bereits gezeigt, dass der hausärztlich tätige Arzt in einer guten Position zu sein scheint, um sexuelle Gewalt von pflegebedürftigen Patienten erkennen zu können sowie die weiteren Schritte einzuleiten. Es ist anzunehmen, dass dies auch auf die deutschen Hausärzte zutrifft, und diese eine wichtige Rolle in diesem tabuisierten und intimen Themenkomplex spielen können. In dieser Befragung zeigte sich jedoch eine große Unsicherheit der befragten Hausärzte.

Lediglich ein gutes Viertel der befragten Hausärzte (26,5 %) gibt an, keine Unsicherheiten im weiteren Vorgehen bei vermuteter sexueller Gewalt eines pflegebedürftigen Patienten zu haben. Auf große Unsicherheiten der Hausärzte könnte auch das Fortbildungsinteresse und die gewünschten Themenschwerpunkte hindeuten. Etwa die Hälfte der Teilnehmer dieser Befragung äußern sich zu dem Thema sexuelle Gewalt pflegebedürftiger Patienten fortbilden zu wollen. Dies deckt sich mit anderen internationalen Studien (Cooper et al., 2009, Kennedy, 2005, O'Brien et al., 2014, Schmeidel et al., 2012) sowie mit anderen Professionen in Gesundheitsberufen tätiger Menschen in Deutschland, z.B. den Pflegefachkräften (Weidner et al., 2017). In diesen Studien gab ein Großteil der befragten Fortbildungsinteresse an. Dieses Fortbildungsinteresse spiegelt sich sowohl bei Pflegefachpersonen aber auch bei Ärzten wieder. Sowohl Pflegefachpersonen als auch Ärzte sind im Umgang mit Gewalt bei pflegebedürftigen Patienten in Deutschland allgemein unsicher.

Das meist gewünschte Fortbildungsthema der befragten Hausärzte von vorliegender Studie ist das Abgrenzen von alterstypischen Symptomen zu Symptomen der sexuellen Gewalt.

Dies könnte darin begründet sein, dass Gewaltsymptome oft nur schwer von alterstypischen Erkrankungen zu unterscheiden sind (Clarysse et al., 2018, Collins, 2006).

Ärzte, welche sich tendenziell eher unsicher im weiteren Vorgehen bei einem vermuteten Akt von Gewalt sind, wünschen sich signifikant häufig Fortbildungen zum Themenblock der Beratung des Patienten, zum weiteren Vorgehen sowie den richtigen Ton im Gespräch zu

treffen. Gerade letzteres überrascht vor dem Hintergrund, dass Ärzte täglich Gespräche mit Patienten führen, Anamnesen erheben und auch verschiedene, zum Teil schwerwiegende Diagnosen sowie Prognosen mitteilen müssen und somit auch bei kritischen und intimen Themen in der Gesprächsführung geübt sein sollten. Dies könnte darauf hindeuten, dass Ärzte die sexuelle Gewalt eines pflegebedürftigen Patienten als ein besonderes Thema ansehen, welches eine spezielle Aufmerksamkeit sowie Gesprächsführung bedarf und augenscheinlich bisher nur einen kleinen Anteil des ärztlichen Alltags darstellt.

Es zeigt sich zudem, dass Hausärzte, welche sich eher sicher sind im weiteren Vorgehen, auch tendenziell eher bereit sind, ihre pflegebedürftigen Patienten grundsätzlich systematisch auf sexuelle Gewalt hin zu untersuchen. Der Großteil der Hausärzte lehnt eine solche routinemäßige „Screeningmaßnahme“ allerdings ab. Gründe für die mehrheitliche Verneinung einer systematischen Untersuchung pflegebedürftiger Patienten auf Anzeichen sexuelle Gewalt wurden in vorliegender Befragung nicht erfasst. Denkbar ist jedoch, dass die Ablehnung auch in den begrenzten zeitlichen Ressourcen (Grobe et al., 2008, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, 2018) von Hausärzten begründet liegen könnte, dies lässt gerade eine solche präventive „Routineuntersuchung“ in der hausärztlichen Praxis unrealistisch erscheinen. Hinzu kommt, dass es sich um ein stark tabuisiertes Thema handelt (Bows, 2018), welches eine unvermittelte, anlasslose Untersuchung oder Befragung zu intimen Themen unangebracht erscheinen lässt. Auch die Befürchtung, die Arzt-Patientenbeziehung durch Ansprechen eines – im Ergebnis eventuell unbegründeten – Verdachts zu belasten, könnte somit einen Grund für die Ablehnung darstellen (Cooper et al., 2009, Pillemer et al., 2015). Auch der Großteil der von Kennedy (Kennedy, 2005) befragten Hausärzte erhebt nie oder fast nie systematisch die von Patienten erfahrene Gewalt.

Sicherlich könnten im Hinblick auf die Prävention von Gewalt auch weitere Gruppen eine wichtige Rolle spielen, wie zum Beispiel die Pflegeberatung oder Pflegedienste. Diese haben regelmäßigen und häufigen Kontakt zu Pflegebedürftigen und dadurch, dass sie in deren körperliche Pflege einbezogen sind, können sehr frühzeitig Anzeichen von Gewalt erkannt werden. In einer deutschen Studie bei Pflegefachpersonen, berichten circa ein Drittel der befragten Pflegefachpersonen davon, dass Maßnahmen gegen den Willen der pflegebedürftigen Patienten alltäglich seien. In der Studie geben zusätzlich 43,1 % des

befragten Pflegefachpersonals an, sich komplett unsicher oder eher unsicher im Umgang mit Gewalt gegen ihre zu Pflegenden zu fühlen (Weidner et al., 2017). Auch von pflegerischer Seite spielt Gewalt gegen pflegebedürftige Patienten eine Rolle, sowohl in der Ausbildung als auch im täglichen Alltag. Bei dem Pflegefachpersonal wurde lediglich nach genereller Gewalt in der Pflege, nicht nach den verschiedenen Gewaltformen gefragt. Es ist anzunehmen, dass die Unsicherheit im Bereich der sexuellen Gewalt von Pflegebedürftigen noch größer ist als bei den anderen Gewaltformen. Als mögliche Einschränkungen sind hier jedoch zu nennen, dass über zwei Drittel der in der Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen in Deutschland ausschließlich von pflegenden Angehörigen versorgt werden (Statistisches Bundesamt, 2020a). Somit haben sie zu professionell Pflegenden keinen regelmäßigen Kontakt. Zugleich kann mitunter von professionell Pflegenden selbst Gewalt ausgeübt werden (Büscher, 2020). Dies zeigt sich auch bei einer Befragung von deutschen Pflegefachpersonen. Fast jeder Dritte der befragten Pflegefachpersonen und Pflegeschüler gibt an, dass Maßnahmen gegen den Willen von ihren zu pflegenden Personen alltäglich seien. Nur knapp jeder Zehnte (9,5 %) berichtet, dass dies in den letzten drei Monaten gar nicht der Fall gewesen sei (Weidner et al., 2017). Die Weltgesundheitsorganisation gibt in einer aktuellen Studie an, dass zwei von drei Mitarbeitern einer Pflegeeinrichtung (64,2 %) sagen, sie hätten im letzten Jahr eine Form von Gewalt gegen ihre zur Pflege anvertrauten Patienten angewandt (World Health Organisation, 2018). Deutsche Studien berichten davon, dass bei ambulanten Pflegediensten etwa 40 % der Befragten in den letzten 12 Monaten eine Form von Gewalt gegen ihre zu Pflegenden angewandt haben (Görge, 2017). Im stationären Setting gaben 72 % der Befragten an, eine Form von Gewalt angewandt zu haben (Eggert et al., 2017).

Durch ein gezieltes Training und durch Fortbildungen kann die Handlungskompetenz und Sicherheit von Ärzten auch auf dem Gebiet von Gewalt gegen ältere Menschen erhöht werden (Tilden et al., 1994). Bedenkt man, dass Ärzte, welche sich eher sicher im Umgang sind, auch eher ihre Patienten systematisch auf Anzeichen von sexueller Gewalt untersuchen würden, sollte untersucht werden, ob es durch Fortbildungsmaßnahmen zu weniger Unsicherheit im Stellen der Diagnose der sexuellen Gewalt und dem weiteren Umgang mit sexueller Gewalt pflegebedürftiger Patienten kommen kann.

Es zeigt sich, dass lediglich die subjektive Sicherheit im weiteren Vorgehen bei einem Verdachtsfall einen Einfluss auf die wahrgenommene Rolle der Hausärzte hat. Andere

Strukturvariablen wie Alter, Geschlecht und Niederlassungsdauer haben keinen signifikanten Einfluss. Ärzte mit einer hohen Sicherheit sind sowohl eher gewillt gegen die Ursachen von Gewalt vorzugehen, als auch eher routinemäßig ihre Patienten auf Anzeichen von sexueller Gewalt hin zu untersuchen. Während man die Strukturvariablen nicht beeinflussen kann, ist die subjektive Sicherheit der Ärzte durch geeignete Fortbildungen eine beeinflussbare Variable. Die subjektive Sicherheit im weiteren Vorgehen bei einem vermuteten Fall von Gewalt scheint ein großer Faktor zu sein. Daher sollten Fortbildungsmaßnahmen getroffen werden, um bei Hausärzten die subjektive Sicherheit zu erhöhen, damit diese eine zentrale Rolle beim Erkennen, Behandeln und in der Prävention von sexueller Gewalt von pflegebedürftigen Patienten einnehmen können.

In der vorliegenden Befragung sprachen sich die Ärzte eher für traditionelle Fortbildungsmethoden aus. So sind z.B. Seminare mit persönlicher Präsenz und gedruckte Informationsmaterialien beliebter als E-Learning Angebote und Filme zu dem Thema. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Studien (Wagenaar et al., 2010).

Cooper und Kollegen (Cooper et al., 2009) zeigen in ihrem Systematic Review auf, dass Präsenzseminare das Wissen von Ärzten effektiver steigern können als gedruckte Informationen. Gedruckte Materialien sollten daher keine Präsenzseminare ersetzen, können aber als Ergänzung hinzugezogen werden.

Zusammen mit den präferierten Fortbildungsthemen können mit den gewonnenen Erkenntnissen auf dieser Grundlage die Konzeption von Fortbildungsangeboten unterstützt werden. Deren Effektivität dieser Fortbildungsangebote sollte in gesonderten Studien jedoch überprüft werden.

4.1 Limitationen:

In vorliegender Arbeit wurde die subjektive Sicherheit von Hausärzten in Deutschland hinsichtlich des Vorgehens bei sexueller Gewalt gegenüber einem pflegebedürftigen Patienten erfragt sowie deren Fortbildungsinteresse zu verschiedenen Themen im Kontext sexueller Gewalt Pflegebedürftiger erhoben. Die hierbei gewonnen subjektiven Einschätzungen lassen damit nur eingeschränkt und indirekt Aussagen zur tatsächlichen Handlungskompetenz sowie zu vorhandenen Wissenslücken von Hausärzten zu. Trotz Prüfung und Auswahl der in vorliegender Arbeit eingesetzten Items (Schnapp, 2018b) könnte sozial

erwünschtes Antwortverhalten, zumal bei einem spezifischen Thema aus der hausärztlichen Praxis, dazu geführt haben, dass die eigene Sicherheit hinsichtlich des Vorgehens durch die teilnehmenden Ärzte tendenziell eher zu positiv eingeschätzt wurde. Aufgrund des spezifischen Themas wäre zudem ein Selektionsbias dahingehend denkbar, dass eher Hausärzte an der Befragung teilgenommen haben, die schon einmal Kontakt mit der Problematik hatten oder Interesse bzw. eine besondere Aufmerksamkeit für das Thema haben. Ein Abgleich mit der deutschen Ärztestatistik zeigt, dass sich der erhobene Datensatz weitgehend mit den soziodemographischen Kennzahlen von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten in Deutschland deckt (Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt, 2015). Ein möglicher Selektions-Bias könnte zu dem auch eine fehlende Aktualität der Datensätze der ArztData AG sein; angesichts des geringen Rücklaufs an unzustellbaren Fragebögen erscheint dieser jedoch eher unwahrscheinlich. Als Hinweis auf die externe Validität kann die hohe Übereinstimmung der Daten der Stichprobe mit der Grundgesamtheit gewertet werden, auch wenn abschließend kein absolutes Maß an Repräsentativität genannt werden kann. Aufgrund des Fehlens von Vergleichsdaten aus anderen Studien müssen die Ergebnisse vorliegender Querschnittsstudie durch zukünftige Befragungen und Erhebungen bestätigt und fortgeführt werden.

5 Fazit und weiterführende Fragestellung

Die Befragungsergebnisse deuten auf verbreitete Unsicherheit und auf Fortbildungsbedarf von Hausärzten zum Thema der sexuellen Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Patienten hin. Da Hausärzte eine besondere Vertrauensstellung zu ihren Patienten haben und häufigen Kontakt zu pflegebedürftigen Patienten haben, stellt sich die hausärztliche Schulung zum Thema als sinnvoll dar.

Hausärzte, welche sich eher sicher bei einem Fall von vermuteter sexueller Gewalt im weiteren Vorgehen sind, sind auch eher gewillt, ihre Patienten systematisch auf Anzeichen von sexueller Gewalt hin zu untersuchen. Daher sollten Maßnahmen getroffen werden, um die subjektive Sicherheit zu stärken.

Es konnten verschiedene Themen aufgezeigt werden, welche von Hausärzten bei Fortbildungen eher gewünscht werden. Insbesondere sollte bei diesen Fortbildungsmaßnahmen die Differenzialdiagnose der sexuellen Gewalt Pflegebedürftiger sowie das Vorgehen im Verdachtsfall inhaltliche Berücksichtigung finden. Außerdem sollten

Fortbildungen zum Thema sexueller Gewalt die Kommunikation mit pflegebedürftigen Patienten beinhalten, z.B. den richtigen Ton im Gespräch zu finden. Es zeigte sich, dass Ärzte sich eher mit traditionellen Fortbildungsformaten fortbilden wollen. Es empfiehlt sich daher, Wert auf Seminare mit persönlicher Präsenz sowie Printmedien zu legen.

In der vorliegenden Studie wurde allerdings nur der subjektive und nicht der objektive Fortbildungsbedarf abgefragt. Für die Planung von Fortbildungen sollten weitere Studien durchgeführt werden.

6 Literatur:

ARZTDATA AG. [Online]. <https://www.arztdata.de/>. [Accessed 30.08.2020].

BAKER, A. A. 1977. Granny battering. *Nurs Mirror Midwives J*, 144, 65-6.

BAKER, M. W. 2007. Elder Mistreatment: Risk, Vulnerability, and Early Mortality. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12, 313-321.

BAND-WINTERSTEIN, T., GOLDBLATT, H. & LEV, S. 2019. Breaking the Taboo: Sexual Assault in Late Life as a Multifaceted Phenomenon—Toward an Integrative Theoretical Framework. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838019832979>

BOWS, H. 2018. Sexual Violence Against Older People: A Review of the Empirical Literature. *Trauma Violence Abuse*, 19, 567-583.

BURSTON, G. R. 1975. Letter: Granny-battering. *Br Med J*, 3, 592.

BÜSCHER, A. 2020. Pflegewissenschaftliche Sicht. In: SUHR, R. & KUHLMEY, A. (eds.) *Gewalt und Alter*. Berlin/Boston: De Gruyter.

CLARYSSE, K., KIVLAHAN, C., BEYER, I. & GUTERMUTH, J. 2018. Signs of physical abuse and neglect in the mature patient. *Clin Dermatol*, 36, 264-270.

COLLINS, K. A. 2006. Elder maltreatment: a review. *Arch Pathol Lab Med*, 130, 1290-6.

COOPER, C., SELWOOD, A. & LIVINGSTON, G. 2009. Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17, 826-38.

DUMORTIER, V. & FREMINVILLE, H. 2014. Diagnosis and Management of Elder Abuse by Family Physician. *Open Journal of Social Sciences*, 2, 424-432.

- EGGERT, S., SCHNAPP, P. & SULMANN, D. 2017. ZQP Befragung „Gewalt in der stationären Langzeitpflege“. In: ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER PFLEGE (ed.) *Gewaltbarometer*. Zentrum für Qualität in der Pflege.
- EGGERT, S. & SULMANN, D. 2020. Gewalt gegen (ältere) pflegebedürftige Menschen in Deutschland – eine quantitative Annäherung. In: SUHR, R. & KUHLMEY, A. (eds.) *Gewalt und Alter*. Berlin/Boston: De Gruyter.
- FUERTE, J. N., TOPOROVSKY, A., REYES, M. & OSBORNE, J. B. 2017. The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities. *Patient Educ Couns*, 100, 610-615.
- GFK GEO MARKETING GMBH. 2016. *Nielsen Gebiete Deutschland und Europa* [Online]. Available: <http://www.gfk-geomarketing.de/landkarten/anwendungsbereiche/marktforschung.html> [Accessed 02.04.2019].
- GIURANI, F. & HASAN, M. 2000. Abuse in elderly people: the Granny Battering revisited. *Arch Gerontol Geriatr*, 31, 215-220.
- GOERGEN, T. 2016. Gewaltprävention in Bezug auf (pflegebedürftige) ältere Menschen: Rückblick auf ein Vierteljahrhundert. In: VOS, S. & MARKS, E. (eds.) *25 Jahre Gewaltprävention im vereinten Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven: Dokumentation des Symposiums an der Alice Salomon Hochschule in Berlin am 18. und 19. Februar 2016 in zwei Bänden*. Berlin: PRO BUSINESS.
- GOERGEN, T. 2017. Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (ed.) *ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege*. 2 ed. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- GROBE, T. G., DÖRNING, H. & SCHWARTZ, F. W. 2008. *GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben* Asgard Verlag.
- INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT GMBH. 2018. *Tabellenband Ärztemonitor 2018. Ergebnisse nach Facharztgruppen* [Online]. Available: https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Facharztgruppen_20180615.pdf: Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund). [Accessed 22.12.2020].

- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2016. *Befragung von Hausärzten vom Thema Gewalt gegen Pflegebedürftige* [Online]. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Available: http://www.kbv.de/html/1150_24455.php [Accessed 02.04.2019].
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG. 2017. *Bundesarztregister* [Online]. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Available: http://www.kbv.de/html/themen_2826.php [Accessed 02.04.2019].
- KENNEDY, R. D. 2005. Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med*, 37, 481-5.
- KLEINA, T., HORN, A., SUHR, R. & SCHAEFFER, D. 2017. Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitswesen*, 79, 382-387.
- KRUG, E. G., MERCY, J. A., DAHLBERG, L. L. & ZWI, A. B. 2002. The world report on violence and health. *Lancet*, 360, 1083-8.
- KUNZ, A. & GUSY, B. 2005. Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen, Barrieren. Eine Befragung Berliner Hausärzte. *Gesundheitswesen*, 67. <https://doi.org/10.1055/s-2005-920664>
- LACHS, M. S. & PILLEMER, K. A. 2015. Elder Abuse. *N Engl J Med*, 373, 1947-56.
- LACHS, M. S., WILLIAMS, C. S., O'BRIEN, S., PILLEMER, K. A. & CHARLSON, M. E. 1998. The mortality of elder mistreatment. *Jama*, 280, 428-32.
- LAENDERDATEN.INFO. 2013. *Das durchschnittliche Alter im weltweiten Vergleich* [Online]. Available: <https://www.laenderdaten.info/durchschnittsalter.php> [Accessed 19.02.2021].
- LEDDY, M. A., FARROW, V. A. & SCHULKIN, J. 2014. Obstetrician-gynecologists' knowledge, attitudes, and practice regarding elder abuse screening. *Womens Health Issues*, 24, e455-64.
- MARX, Y., ROBRA, B.-P. & HERRMANN, M. 2016. Priorisierungskriterien bei Polypharmazie - Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Hausärzten. *z Allg Med*, 06. <https://doi.org/10.3238/zfa.2015.0254-0258>
- MCCREADIE, C., BENNETT, G., GILTHORPE, M. S., HOUGHTON, G. & TINKER, A. 2000. Elder abuse: do general practitioners know or care? *J R Soc Med*, 93, 67-71.
- MOSER, F., SCHUTZ, L. H., TEUBNER, C., LAHMANN, N., KUHLMHEY, A. & SUHR, R. 2021. Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger : Ergebnisse einer bundesweiten

- Querschnittsstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall. *Z Gerontol Geriatr*. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7>
- O'BRIEN, J. G., RIAIN, A. N., COLLINS, C., LONG, V. & O'NEILL, D. 2014. Elder abuse and neglect: a survey of Irish general practitioners. *J Elder Abuse Negl*, 26, 291-9.
- PILLEMER, K., BURNES, D., RIFFIN, C. & LACHS, M. S. 2016. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *Gerontologist*, 56 Suppl 2, S194-205.
- PILLEMER, K., CONNOLLY, M. T., BRECKMAN, R., SPRENG, N. & LACHS, M. S. 2015. Elder mistreatment: priorities for consideration by the white house conference on aging. *Gerontologist*, 55, 320-7.
- ROBERT KOCH INSTITUT & STATISTISCHES BUNDESAMT 2015. *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Berlin, Robert Koch Institut.
- SCHMEIDEL, A. N., DALY, J. M., ROSENBAUM, M. E., SCHMUCH, G. A. & JOGERST, G. J. 2012. Health Care Professionals' Perspectives on Barriers to Elder Abuse Detection and Reporting in Primary Care Settings. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24, 17-36.
- SCHNAPP, P. 2018a. Bericht zur ZQP-Studie Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen: Prävention durch Hausärztinnen und Hausärzte. unveröffentlicht: Berlin, ZQP.
- SCHNAPP, P. 2018b. *Teilergebnisse des ZQP-Projekts Gewalt gegen Pflegebedürftige: Prävention durch Hausärztinnen und -ärzte. Psychometrische Kennzahlen verschiedener Variablen auf Basis des Pretests* [Online]. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Haus%C3%A4rztePsychometrie.pdf>: Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin. Available: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Haus%C3%A4rztePsychometrie.pdf> [Accessed 22.07.2019].
- SCHNAPP, P., EGGERT, S. & SUHR, R. 2017. Comparing Continuous and Dichotomous Scoring of Social Desirability Scales: Effects of Different Scoring Methods on the Reliability and Validity of the Winkler-Kroh-Spiess BIDR Short Scale. *Survey Methods: Insights from the Field*. <https://doi.org/10.13094/SMIF-2017-00002>
- STATISTISCHES BUNDESAMT. 2020a. *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Deutschlandergebnisse - 2019* [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege->

- deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile [Accessed 17.03.2021].
- STATISTISCHES BUNDESAMT. 2020b. *Pflegestatistik : Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich - Pflegebedürftige - 2019* [Online]. Available: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-laender-pflegebeduerftige.html. [Accessed 19.02.2021].
- SUHR, R. 2017. Zur Bedeutung sexualisierter Gewalt in der Pflege. *In: ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER PFLEGE (ed.) ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- SUHR, R. & TEUBNER, C. 2020. Gewalt gegen ältere Menschen. *In: SUHR, R. & KUHLMEY, A. (eds.) Gewalt und Alter*. Berlin/Boston: De Gruyter.
- TILDEN, V. P., SCHMIDT, T. A., LIMANDRI, B. J., CHIODO, G. T., GARLAND, M. J. & LOVELESS, P. A. 1994. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *Am J Public Health, 84*, 628-33.
- TOURANGEAU, R. & YAN, T. 2007. Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull, 133*, 859-83.
- WAGENAAR, D. B., ROSENBAUM, R., PAGE, C. & HERMAN, S. 2010. Primary care physicians and elder abuse: current attitudes and practices. *J Am Osteopath Assoc, 110*, 703-11.
- WEIDNER, F., TUCMAN, D. & JACOBS, P. 2017. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe. *In: DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG E.V. (DIP) (ed.)*. [Online]. Available: <http://www.dip.de/materialien> [Accessed 21.02.2021].
- WORLD HEALTH ORGANISATION 2015. *World report on aging and health*, [Online] Available: <http://www.who.int/en>. [Accessed 24.06.2019].
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 2018. *Elder Abuse* [Online]. Available: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse> [Accessed 24.06.2019].
- YAFFE, M. J. & TAZKARJI, B. 2012. Understanding elder abuse in family practice. *Can Fam Physician, 58*, 1336-40, e695-8.
- YON, Y., MIKTON, C. R., GASSOUMIS, Z. D. & WILBER, K. H. 2017. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health, 5*, e147-e156.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Fabian Alexander Moser versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Sexuelle Gewalt bei pflegebedürftige Menschen / Sexual abuse of caredependent people“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Bereits im dritten Fachsemester im Rahme des Kurses „Grundlagen Ärztlichen Denkens und Handelns“ fanden bereits Diskussionen über das Thema mit den Betreuern statt.

Die Fragestellung der Publikation ist in Zusammenarbeit von Herrn Dr. Ralf Suhr und mir entstanden. Im Rahmen meiner Hausarbeit im Modul 23 habe ich eine erste orientierende Literaturrecherche zu dem Thema durchgeführt.

Die Datenerhebung sowie das Übertragen der erhobenen Daten wurde durch Herr Dr. Patrick Schnapp geleitet und durch Herrn Dr. Leonhard Schütz gemeinsam mit mir überwacht und Stichprobenweise kontrolliert.

Bei der statistischen Auswertung der Daten wurde ich von Herrn Dr. Christian Teubner unterstützt. Aus der Zusammenarbeit mit Dr. Christian Teubner entstanden durch mich die Abbildungen der eingebundenen Publikation.

Für die wissenschaftliche Auswertung der Daten, sowie das Einordnen in und das Diskutieren vor dem bereits bestehenden wissenschaftlichen Hintergrund war ich hauptverantwortlich.

Die Publikation „Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger“ wurde von mir geschrieben und ausgearbeitet. Die Korrespondenz mit dem Journal und den Reviewern und die Bearbeitung der Kommentare und Empfehlungen der Reviewer wurde durch mich durchgeführt.

Dr. Ralf Suhr, Dr. Leonhard Schütz, PD Dr. Nils Lahmann und Prof. Dr. Kuhlmei haben mich bei der vertieften Quellenanalyse unterstützt und haben den Publikationsprozess stets begleitet. Die Studie wurde von der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege finanziert.

Publikation 1: [Fabian Moser, Leonhard Schütz, Christian Teubner, Nils Lahmann, Adelheid Kuhlmei, Ralf Suhr], [Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger], [Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie], [2021]

Unterschrift des Doktoranden

Auszug Journal Summary List:

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: Rank 50

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2019** Selected Editions: SCIE,SSCI
 Selected Categories: **"GERIATRICS and GERONTOLOGY"** Selected Category
 Scheme: WoS

Gesamtanzahl: 51 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	AGEING RESEARCH REVIEWS	7,291	10.616	0.013730
2	Journal of Cachexia Sarcopenia and Muscle	3,553	9.802	0.007860
3	AGING CELL	10,093	7.238	0.018420
4	Aging and Disease	2,367	5.402	0.004600
5	JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES A-BIOLOGICAL SCIENCES AND MEDICAL SCIENCES	21,215	5.236	0.025410
6	AGE AND AGEING	13,169	4.902	0.015800
7	Aging-US	6,778	4.831	0.014480
8	Journal of the American Medical Directors Association	9,162	4.367	0.020450
9	Frontiers in Aging Neuroscience	9,063	4.362	0.026120
10	NEUROBIOLOGY OF AGING	23,002	4.347	0.032570
11	MECHANISMS OF AGEING AND DEVELOPMENT	5,836	4.304	0.004950
12	JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY	33,158	4.180	0.034050
13	BIOGERONTOLOGY	2,516	3.667	0.003240
14	MATURITAS	7,723	3.630	0.010650
15	GERONTOLOGY	4,209	3.540	0.005210
16	JOURNALS OF GERONTOLOGY SERIES B-PSYCHOLOGICAL SCIENCES AND SOCIAL SCIENCES	9,435	3.502	0.009930

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
17	Journal of Geriatric Physical Therapy	1,122	3.396	0.001250
18	AMERICAN JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	7,144	3.393	0.009920
19	EXPERIMENTAL GERONTOLOGY	10,219	3.376	0.012900
20	BMC Geriatrics	6,492	3.077	0.015830
21	Clinical Interventions in Aging	5,671	3.023	0.011910
22	CLINICS IN GERIATRIC MEDICINE	2,443	2.966	0.002670
23	INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS	7,341	2.940	0.009920
24	DRUGS & AGING	3,784	2.824	0.004610
25	Immunity & Ageing	901	2.804	0.001360
26	Journal of Nutrition Health & Aging	5,652	2.791	0.007280
27	Journal of Geriatric Oncology	1,448	2.761	0.004390
28	AGING CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH	3,799	2.697	0.005680
29	INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	9,290	2.675	0.010310
30	Journal of Geriatric Cardiology	1,231	2.491	0.003270
31	AGING & MENTAL HEALTH	6,080	2.478	0.008140
32	European Review of Aging and Physical Activity	428	2.447	0.000800
33	DEMENTIA AND GERIATRIC COGNITIVE DISORDERS	4,582	2.310	0.003390
34	ARCHIVES OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS	5,776	2.128	0.008150
35	JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY AND NEUROLOGY	1,691	2.125	0.001710

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
36	Geriatrics & Gerontology International	3,866	2.022	0.008910
37	JOURNAL OF AGING AND PHYSICAL ACTIVITY	1,964	1.763	0.003120
38	Psychogeriatrics	867	1.750	0.001440
39	GERIATRIC NURSING	1,306	1.678	0.001860
40	International Journal of Older People Nursing	744	1.597	0.001000
41	American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias	2,195	1.544	0.002810
42	Clinical Gerontologist	918	1.375	0.000890
43	Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation	507	1.345	0.001410
44	GERODONTOLOGY	1,576	1.339	0.001310
45	AUSTRALASIAN JOURNAL ON AGEING	1,163	1.307	0.001480
46	European Geriatric Medicine	785	1.232	0.001970
47	EXPERIMENTAL AGING RESEARCH	1,166	1.177	0.000960
48	International Journal of Gerontology	443	1.016	0.000660
48	Journal of Gerontological Nursing	1,292	1.016	0.001080
50	ZEITSCHRIFT FUR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE	980	0.863	0.001090
51	Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi	249	0.272	0.000170

Copyright © 2020 Clarivate Analytics

Z Gerontol Geriat

<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7>

Eingegangen: 13. März 2020

Angenommen: 30. Dezember 2020

© Der/die Autor(en) 2021



Fabian Moser^{1,2} · Leonhard H. Schütz² · Christian Teubner¹ · Nils Lahmann³ · Adelheid Kuhlmeier² · Ralf Suhr¹

¹Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, Deutschland

²Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

³Klinik für Geriatrie und Altersmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger

Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie bei Hausärzten/ -ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall

Hintergrund

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt gegen ältere Menschen als „eine einzelne oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Handlung in einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“ ([31], Übersetzung durch die Verfasser). Üblicherweise werden körperliche Gewalt, psychische Misshandlung, Vernachlässigung, finanzielle Ausbeutung und sexueller Missbrauch als Formen von Gewalt unterschieden [19, 25, 32].

Gewalt im Alter ist stark schambefahet und tabuisiert. Zudem sind potenziell Betroffene oft nur begrenzt erreichbar und auskunftsfähig, z. B. aufgrund kognitiver Einschränkungen [10]. Zugleich kann auch sozial erwünschtes Antwortverhalten zur Unterschätzung des tatsächlichen Auftretens führen [30]. Es liegen daher aktuell nur wenige valide Prävalenzschätzungen vor. Diese unterstreichen jedoch, dass Gewalt gegen ältere Menschen weltweit ein bedeutsames Gesundheitsproblem darstellt [31, 32]. Die Häufigkeit des Auftretens von Gewalt zeigt kulturelle Unterschiede; auch die bevölkerungsbezogenen Prävalenzen der einzelnen Gewaltformen unterscheiden sich deutlich [31]. Psychische Misshandlung ist mit 11,6 % die

häufigste Gewaltform. Finanzielle Ausbeutung stellt mit 6,8 % die zweithäufigste Form dar, gefolgt von Vernachlässigung (4,2 %) und körperlicher Gewalt (2,6 %). Sexueller Missbrauch älterer Menschen ist mit 0,9 % seltener.

Die Folgen von Gewalt gegen ältere Menschen sind vielfältig und für Betroffene sowie das Gesundheitssystem bedeutsam. So steigt bei Menschen, die Gewalt gegen sich erfahren haben, beispielsweise das Sterberisiko, sie weisen eine höhere Rate an Depressionen auf, und es kommt vermehrt zu Hospitalisierungen [2, 19, 20].

Pflegebedürftigkeit bzw. physische oder kognitive Einschränkungen sind Risikofaktoren für Gewalt im Alter [25]. Repräsentative Daten zur Prävalenz von Gewalt gegen Pflegebedürftige in Deutschland liegen nicht vor. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass Gewalt gegen Pflegebedürftige in der häuslichen, ambulanten und stationären Langzeitpflege in Deutschland als relevantes Problem wahrgenommen wird und häufig auftritt [7]. Viele pflegewissenschaftliche Untersuchungen befassen sich daher auch mit Ursachen, Auslösern und Möglichkeiten zur Prävention von Gewalt im Kontext Pflege [4]. In bestimmten Fällen, wie bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM), führten diese Bestrebungen zu konkreten

pflegerischen Leitlinien und Interventionen zur Gewaltprävention. Sexuelle Gewalt gegen Pflegebedürftige – also die erzwungene Teilnahme einer älteren, pflegebedürftigen Person an einer sexuellen Handlung ohne deren Einwilligung [32] – ist bisher kaum untersucht [3].

Im Zusammenhang mit dem Erkennen und der Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige sprechen die Breite, Frequenz und Qualität des Arzt-Patient-Kontakts auch für eine mögliche Rolle von Hausärzten/-ärztinnen. So geben über drei Viertel der 60- bis 79-jährigen an, innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal Kontakt zu ihren Hausärzten/-ärztinnen gehabt zu haben [15]. Die Arzt-Patient-Beziehung ist zudem durch ein Vertrauensverhältnis gekennzeichnet, welches es erlaubt, auch sensible und intime Fragen zu besprechen [8]. Das Potenzial von Hausärzten/-ärztinnen beim Erkennen und bei der Prävention von Gewalt gegen ältere Menschen wird hierbei durch die internationale Forschung gestützt [24]. In einer Studie in Irland wurde gezeigt, dass die meisten Fälle von Gewalt gegen Ältere durch Hausärzte/-ärztinnen in der Häuslichkeit aufgedeckt werden [24]. In einer Befragung von Hausärzten/-ärztinnen in Ohio, USA, gab der Großteil der Befragten an, Hausärzte/-ärztinnen seien

besser in der Lage, Gewalt zu erkennen, als andere Gesundheitsprofessionen [16].

Das Thema findet anamnestisch in der Hausarztpraxis jedoch keine systematische Berücksichtigung; eine routinemäßige Befragung älterer Patienten/Patientinnen zu erfahrener Gewalt führen nur jeder/jede siebte Arzt/Ärztin durch [5]; über drei Fünftel befragen diese nie oder fast nie dazu [16]. Auch wird nur ein geringer Anteil der Verdachtsfälle gemeldet [5, 24]. Als ein Grund wird angeführt, dass Ärzte/Ärztinnen sich erst vollständig sicher sein wollten, bevor sie einen Verdacht anzeigten [16]. Knappe zeitliche Ressourcen dürften ebenfalls eine Rolle spielen: Rund zwei Drittel (62 %) der deutschen Hausärzte/-ärztinnen geben an, nicht ausreichend Zeit für die Behandlung ihrer Patienten/Patientinnen zu haben [13]. Zudem schätzen internationale Studien das ärztliche Wissen zu Gewalt gegen Ältere als gering ein, und es wird auf Fortbildungsbedarf hingewiesen [5, 16].

Für Deutschland liegen keine wissenschaftlichen Befunde zum Wissen von Hausärzten/-ärztinnen oder zu ihrer Rolle beim Erkennen und der Prävention von Gewalt gegen Pflegebedürftige vor. Vor allem gibt es – auch international – keine Untersuchung, die explizit die Frage der von Hausärzten/-ärztinnen wahrgenommenen Verantwortung bei sexuellem Missbrauch pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen beleuchtet.

Forschungsfragen dieser Arbeit sind:

1. Wo sehen deutsche Hausärzte/-ärztinnen ihren Verantwortungsbereich beim Erkennen und der Vorbeugung von sexuellem Missbrauch Pflegebedürftiger?
2. Wie sicher sind sich Hausärzte/-ärztinnen im weiteren Vorgehen bei einem vermuteten Fall von sexuellem Missbrauch Pflegebedürftiger?

Methodik

Studiendesign und Vorgehen

In einer bundesweiten Querschnittserhebung wurden Hausärzte/-ärztinnen in Deutschland zwischen September und

November 2016 schriftlich befragt¹. Um eine angemessene Präzision der Konfidenzintervalle zu gewährleisten, wurde eine Teilnehmerzahl von mindestens 250 angestrebt. Ausgehend von einer angenommenen Rücklaufquote von 15–20 %, basierend auf deutschen Erhebungen bei einem vergleichbaren Befragtenkollektiv [18, 22], wurden Fragebogen an 1700 Teilnehmer*innen gesendet. Die Auswahl der Ärzte/Ärztinnen erfolgte per Zufallsstichprobe aus einer kommerziellen Datenbank [1], die nach eigenen Angaben die Daten nahezu aller (99 %) niedergelassenen Arztpraxen in Deutschland beinhaltet. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurde 4 Wochen nach Erstversand ein Erinnerungsschreiben, inklusive Fragebogen, an diejenigen geschickt, die bisher nicht teilgenommen hatten. Zur Identifikation des Rücklaufs waren die Fragebogen mit einem adressatenspezifischen Code versehen. Die Studie wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch einen Artikel im Newsletter *PraxisNachrichten* unterstützt, in welchem die besondere Relevanz hervorgehoben wurde. Ein positives Ethikvotum liegt vor (Eth-21/16).

Variablen

Erfasst wurden Alter, Geschlecht und Berufserfahrung sowie der Anteil pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen. Als „pflegebedürftig“ wurden erwachsene Personen definiert, die aufgrund von körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen dauerhaft Hilfe durch andere benötigen. Die Datenerhebung zu Fragen des sexuellen Missbrauchs wurde im Rahmen einer größeren trinationalen Studie parallel in Deutschland, Österreich und der Schweiz mit dem gleichen Fragebogen durchgeführt; daher wurden Verweise auf nationale sozialrechtliche Regelungen vermieden, und ein expliziter Bezug auf die zum Zeitpunkt der Studiendurch-

führung gültige deutsche Legaldefinition des SGB XI §14 erfolgte nicht.

Daneben wurde erhoben, ob dem/der Hausarzt/-ärztin bei aktuell versorgten pflegebedürftigen Patienten/Patientinnen bekannt sei, dass diese schon einmal Opfer von sexuellem Missbrauch durch pflegende Personen geworden seien.

Sechs Fragen erfassten die Einstellung zur ärztlichen Verantwortung beim Erkennen und Vorgehen gegen sexuellen Missbrauch Pflegebedürftiger. Sexueller Missbrauch wurde hierbei als „sexuelle Handlungen, die an Menschen ohne deren Einverständnis vorgenommen werden“, definiert.

Zur Messung der Sicherheit hinsichtlich des weiteren Vorgehens im Verdachtsfall wurde die Zustimmung zur Aussage gemessen, dass der/die Befragte „unsicher [wäre], wie [er/sie] weiter vorgehen sollte“, wenn er/sie „den Verdacht hätte, dass ein Patient, der pflegebedürftig ist“ Opfer von sexuellem Missbrauch geworden wäre.

Zum Fortbildungsinteresse wurden zwei Fragen gestellt, die jeweils bejaht bzw. verneint werden konnten. Zunächst wurde das allgemeine Interesse der Teilnehmer*innen an Fortbildung zum Thema des sexuellen Missbrauchs Pflegebedürftiger erfragt. Für Interessierte wurde erhoben, zu welchen einzelnen Themen hierbei Fortbildungsbedarf bestünde.

Bias

Die Items wurden vor der eigentlichen Studie mithilfe eines mehrstufigen Pretests umfangreich geprüft. In einem ersten Schritt wurde der Fragebogen von Gewaltexperten hinsichtlich Verständlichkeit der Formulierungen und inhaltlicher Vollständigkeit geprüft und angepasst, dann erfolgte durch weitere Experten eine Begutachtung der Validität der gewählten Items. In einer zweiten Phase wurde zur Bestimmung der Retest-Reliabilität und zur Messung sozial erwünschten Antwortverhaltens der vorläufige Fragebogen an eine Zufallsstichprobe von Hausärzten/-ärztinnen versandt. Wurde der ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt, erhielt der/die Befragte einen gleichen zweiten Fragebo-

¹ Schnapp P (2018) Bericht zur ZQP-Studie Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen: Prävention durch Hausärztinnen und Hausärzte. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, unveröffentlicht

gen. Wurde auch dieser ausgefüllt zurückgeschickt, erhielt er/sie einen Gut-schein im Wert von €50, und die Retest-Reliabilitäten der Items dieser abhängigen Datensätze wurden berechnet. Die Retest-Reliabilitäten waren hoch bis sehr hoch. Die Korrelationen mit Maßen sozial erwünschten Antwortverhaltens wiederum waren insgesamt gering. Befragte, welche an den Pretests teilgenommen haben, wurden nicht mehr in der Hauptstudie befragt. Die Vorstudien und ihre Ergebnisse werden an anderer Stelle im Detail beschrieben² [26, 27].

Datenauswertung und statistische Analyse

Um Adressaten/Adressatinnen, die keine Hausärzte/-ärztinnen sind, von den Analysen ausschließen zu können, wurde erfragt, ob der/die Teilnehmer*in tatsächlich hausärztlich tätig sei. Daneben wurden Fragebogen von der weiteren Auswertung ausgeschlossen, wenn weniger als 80 % der Items beantwortet wurden. Vor der Berechnung deskriptiver Statistiken wurde eine Anpassungsgewichtung auf Grundlage der Informationen des Bundesarztregisters für die Arztgruppen „Allgemeinarzt/-ärztin, praktische Ärztinnen und Ärzte“ sowie „hausärztlich tätige Internisten“ [14] nach Geschlecht und Nielsegebiet [12] vorgenommen. Nielsegebiete resultieren aus einer Zusammenfassung einzelner Bundesländer in 7 in ihrem Konsummuster vergleichbare Gebiete und wurden aufgrund der kleinen Stichprobengröße, statt der einzelnen Bundesländer, für die Gewichtung herangezogen.

Zur Auswertung der gewichteten Daten wurden Mittelwerte und 95 %-Clopper-Pearson-Konfidenzintervalle bestimmt. Zur statistischen Auswertung wurde SPSS[®] genutzt.

² Schnapp P (2018) Bericht zur ZQP-Studie Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen: Prävention durch Hausärztinnen und Hausärzte. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, unveröffentlicht

Z Gerontol Geriat <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01841-7>
© Der/die Autor(en) 2021

F. Moser · L. Schütz · C. Teubner · N. Lahmann · A. Kuhlmeier · R. Suhr

Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger. Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall

Zusammenfassung

Hintergrund. Gewalt gegen pflegebedürftige ältere Menschen ist häufig. Hausärzte/-ärztinnen können bei der Prävention von Gewalt eine Rolle spielen. Insbesondere sexualisierte Gewalt ist stark tabuisiert und wenig untersucht.

Ziel der Arbeit. Ziel dieser Arbeit ist es, die Einstellung von Hausärzten/-ärztinnen zu ihrer Verantwortung bei sexuellem Missbrauch pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen zu untersuchen. Zugleich sollen die subjektive Sicherheit hinsichtlich des Vorgehens bei einem Missbrauchsverdacht sowie die Fortbildungsinteressen von Hausärzten/-ärztinnen zum Thema erhoben werden.

Material und Methoden. In einer Querschnittsstudie wurden 1700 Hausärzte/-ärztinnen in Deutschland zwischen September und November 2016 schriftlich befragt. Fragebogen von 302 Ärzten/Ärztinnen konnten ausgewertet werden.

Ergebnisse. Die Unsicherheit hinsichtlich des weiteren Vorgehens bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch von pflegebedürftigen Patienten/Patientinnen ist groß. Nahezu alle Befragten sehen es als Teil der ärztlichen Verantwortung, bei sexuellem Missbrauch pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen zu intervenieren. Hauptsächliches Fortbildungsinteresse besteht zur Differenzialdiagnose des sexuellen Missbrauchs sowie zum richtigen Vorgehen im Verdachtsfall.

Schlussfolgerung. Fortbildungen, insbesondere zu den Anzeichen sexueller Gewalt gegen Pflegebedürftige, können einen Beitrag leisten, die Handlungssicherheit von Hausärzten/-ärztinnen zu stärken und ihre Bereitschaft zur Prävention zu erhöhen.

Schlüsselwörter

Sexuelle Gewalt · Pflegebedürftigkeit · Hausarzt · Verantwortung · Missbrauch

Sexual abuse of care-dependent patients. Results of a nationwide cross-sectional study among general practitioners on responsibility and subjective confidence in dealing with suspected abuse

Abstract

Background. Violence against people in need of care is a challenge for long-term care situations. Sexual violence in particular, is subject to strong taboos and has so far been little researched. Family physicians can play a role in preventing violence against people in need of care.

Objective. The objective of this study was to examine family physicians' attitudes to their responsibilities in cases of sexual abuse of patients in need of care. At the same time, we also examined subjective confidence in relation to the procedure in cases of suspected abuse and family physicians' interests in further training on this topic.

Material and methods. A cross-sectional study addressed to 1700 family physicians in Germany with a written survey between September and November 2016. Questionnaires from 302 physicians could be evaluated for the study.

Findings. Almost all respondents saw it as part of their responsibility as doctors to intervene in cases of sexual abuse of patients in need of care. There is great uncertainty about how to proceed in cases of suspected sexual abuse of patients in need of care. Respondents' main interest in further training related to the differential diagnosis of sexual abuse and the correct procedure in cases where abuse is suspected.

Conclusion. Further training provision, particularly on the signs of sexual abuse of people in need of care, could contribute to increasing family physicians' confidence to act.

Keywords

Sexual violence · Need of care · Family physician · Responsibility · Abuse

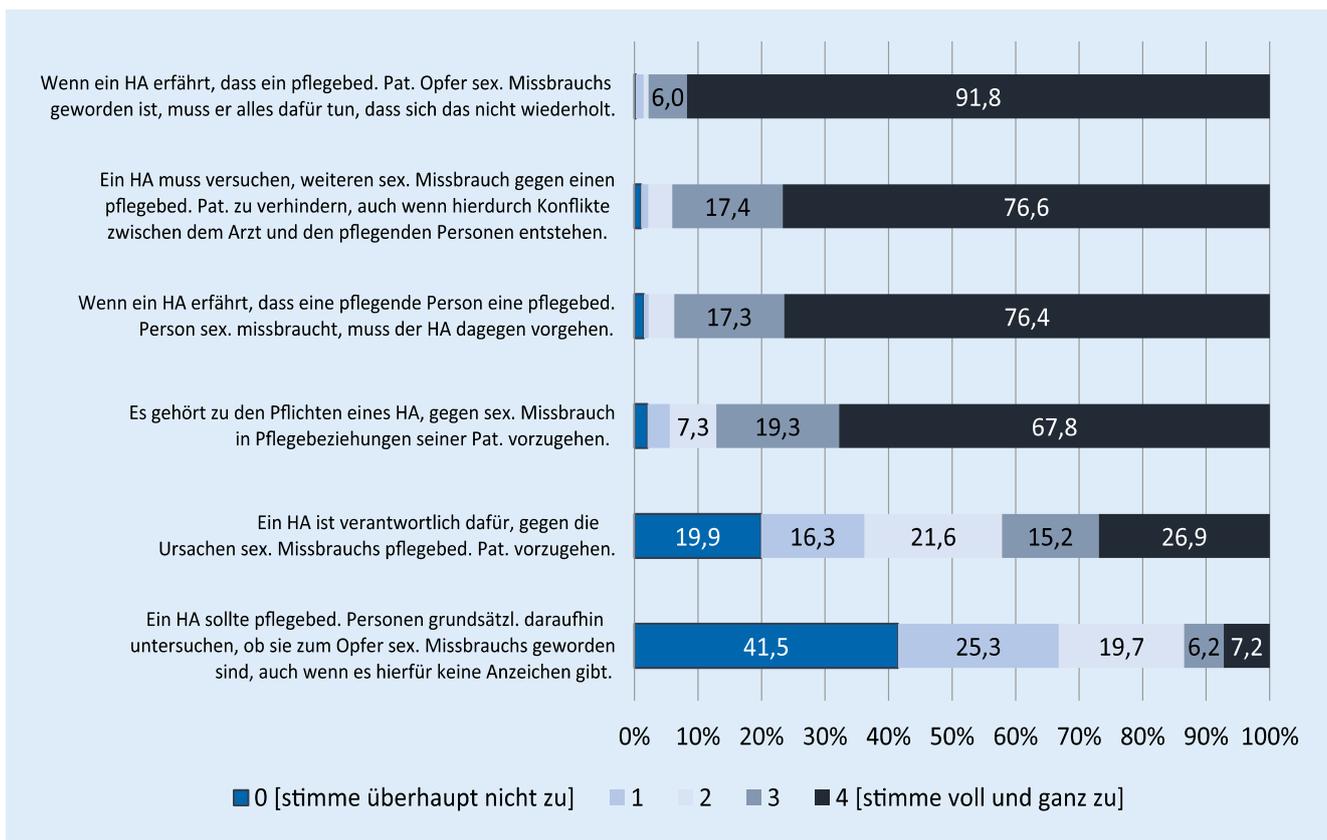


Abb. 1 ▲ Einstellungen der Hausärzte/-ärztinnen (HA) zum Umgang mit sexuellem Missbrauch pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen ($n = 302$). Dargestellt ist der originale Wortlaut des Fragebogens

Ergebnisse

Rücklauf und Soziodemografie

Die Rücklaufquote beträgt 18,1%: 302 Fragebogen konnten ausgewertet werden; in 4 Fällen wurden von dem/der teilnehmenden Hausarzt/-ärztin weniger als 80% der Items ausgefüllt, in weiteren 2 Fällen wurde eine Teilnahme verweigert bzw. abgebrochen. Aus dem Gesamtrücklauf (inkl. der Fälle, die nachweislich nicht oder nicht mehr hausärztlich tätig waren) wurde ein Anteil von 89% unter den Nonrespondern geschätzt, welcher das Teilnahmekriterium erfüllt. Eine weitergehende Nonresponderanalyse wurde nicht durchgeführt. Der erhobene Rohdatensatz weist bereits ungewichtet eine sehr große Übereinstimmung mit der Grundgesamtheit der deutschen hausärztlich tätigen Ärzte/Ärztinnen auf. Es geben 43,1% der Befragten an weiblichen Geschlechts zu sein, 56,9% sind Männer. Das Durchschnittsalter beträgt 55,7 Jahre [54,7; 56,6]. Die Studienteilnehmer*innen ge-

ben an, im Durchschnitt 18,6 Jahre [17,5; 19,7] als Hausarzt/-ärztin niedergelassen zu sein. Durchschnittlich 10,9% [9,8; 12,0] der Patienten/Patientinnen der befragten Hausärzte/-ärztinnen sind pflegebedürftig. Acht Hausärzte/-ärztinnen geben an, von sexuellem Missbrauch bei mindestens einem ihrer pflegebedürftigen Patienten/Patientinnen zu wissen.

Einstellung der Hausärzte/-ärztinnen zur Verantwortung bei sexuellem Missbrauch

Nahezu alle Befragten (91,8%) stimmen „voll und ganz zu“, dass Hausärzte/-ärztinnen alles dafür tun müssen, um zu verhindern, dass sich ein sexueller Missbrauch wiederholt (Abb. 1). Dem stimmen noch 76,6% zu, wenn durch die Intervention Konflikte zwischen Hausärzten/-ärztinnen und den pflegenden Personen hervorgerufen würden. Rund zwei Drittel der Befragten sehen es „voll und ganz“ als hausärztliche Pflicht, gegen sexuellen Missbrauch pflegebedürftiger Patienten vorzugehen; deutlich weni-

ger (26,9%) sehen sich uneingeschränkt in Verantwortung, gegen dessen Ursachen vorzugehen. Am geringsten fällt die Zustimmung zur grundsätzlichen Untersuchung pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen auf sexuellen Missbrauch aus (7,2%). Es bestehen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zu Strukturvariablen wie Alter, Geschlecht oder Niederlassungsdauer.

Unsicherheit bezüglich des weiteren Vorgehens

Von den befragten Hausärzten/-ärztinnen äußern 26,5% keine Unsicherheit hinsichtlich des weiteren Vorgehens im Verdachtsfall, weitere 22,7% äußern geringe Unsicherheit. Die restlichen Befragten stimmen der Aussage in unterschiedlichem Maße zu, bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch unsicher bezüglich des weiteren Vorgehens zu sein. Hier zeigt sich ein statistisch signifikanter, jedoch sehr schwach positiver Zusammenhang zwischen der geäußerten subjektiven Sicherheit und dem Alter ($r = 0,21, p < 0,01$), der

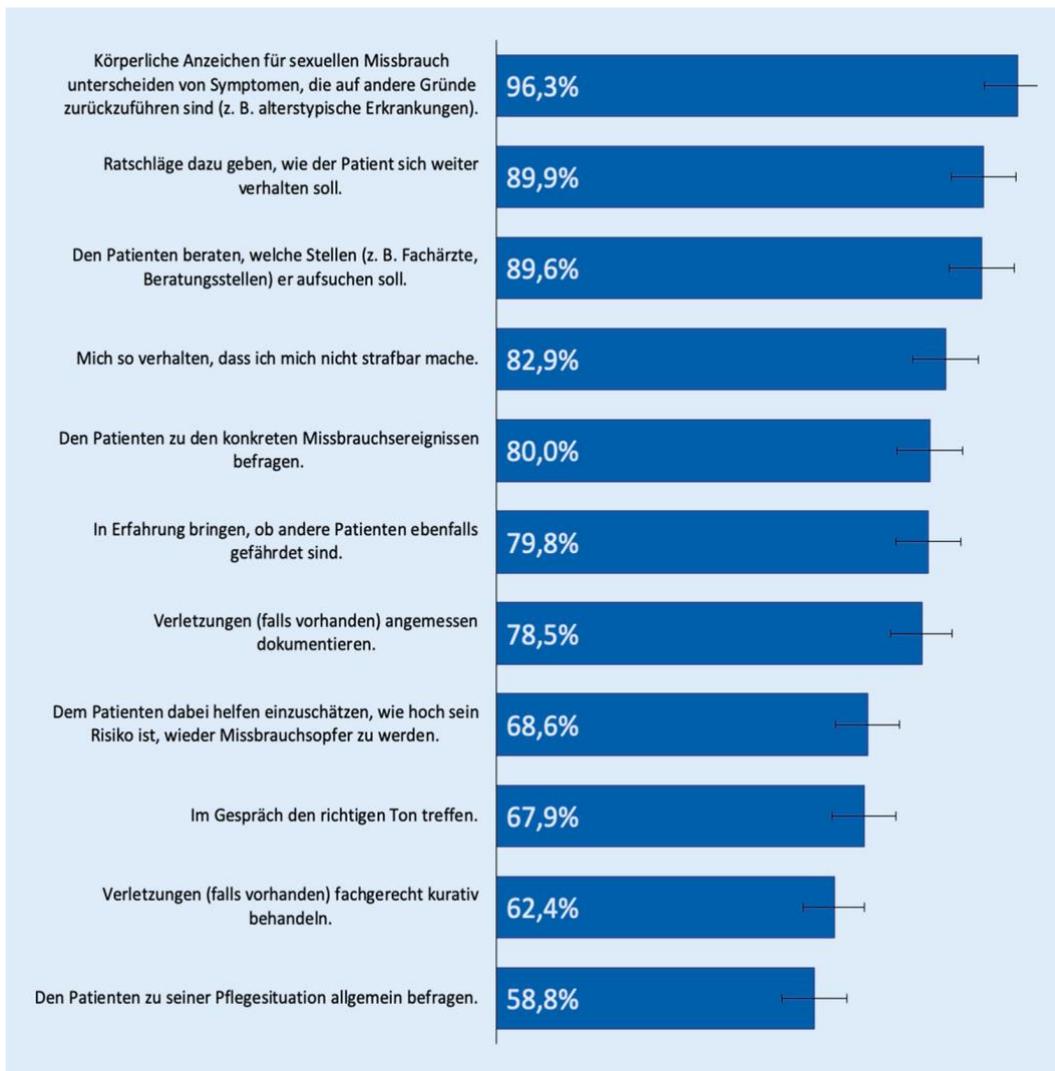


Abb. 2 ◀ Interesse für ein bestimmtes Fortbildungsthema bei Hausärzten/-ärztinnen, die Fortbildungsinteresse haben (Anteile und 95%-Konfidenzintervall). Dargestellt ist der originale Wortlaut des Fragebogens

Niederlassungsdauer ($r = 0,19$, $p < 0,01$) und dem Geschlecht ($r = 0,11$, $p < 0,05$) der Befragten.

Interesse an Fortbildungen zum Thema sexueller Missbrauch

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer*innen (48,2%) gibt ein Interesse an Fortbildungen zum Thema „sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger“ an. Diese Gruppe wurde genauer dazu befragt, welche Fortbildungsinhalte sie hierbei präferiert (▣ **Abb. 2**).

Fast alle Fortbildungsinteressierten (96,3% [91,6; 98,7]; $n = 139$) geben an, sich zum Erkennen von Symptomen des sexuellen Missbrauchs weiterbilden zu wollen. Neun von 10 Befragten (89,9% [83,6; 94,5]; $n = 134$) zeigen Interesse an Fortbildungen zu Ratschlägen, wie der Patient/die Patientin sich weiter verhalten soll bzw. zur Beratung, welche Stellen

er/sie aufsuchen soll (89,6% [83,2; 94,2], $n = 137$). Geringer ausgeprägt ist das Interesse an Fortbildungen zur allgemeinen Befragung von Patienten/Patientinnen zu deren Pflegesituation (58,8% [50,0; 67,1], $n = 135$).

Diskussion

In vorliegender Arbeit wurde erhoben, in welchem Maß Hausärzte/-ärztinnen es als ihre Verantwortung ansehen, gegen sexuellen Missbrauch pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen vorzugehen. Zugleich wurden die subjektive Sicherheit zum Vorgehen im Verdachtsfall sowie das Weiterbildungsinteresse untersucht.

Nahezu alle Befragten sehen es als Teil der ärztlichen Verantwortung, bei Bekanntwerden des sexuellen Missbrauchs zu intervenieren – selbst auf die Gefahr hin, dass hierdurch Konflikte beispielweise mit den Pflegepersonen entstehen wür-

den. Gegen Ursachen vorzugehen und eine damit stärker präventiv ausgerichtete hausärztliche Verantwortung werden von den in dieser Studie Befragten mehrheitlich verneint.

Sicherlich könnten in dieser Hinsicht auch weitere Gruppen eine wichtige Rolle spielen, wie beispielsweise die Pflegeberatung oder ein Pflegedienst. Durch ihren häufigen regelmäßigen Kontakt zu pflegebedürftigen Personen und dadurch, dass sie in deren körperliche Pflege einbezogen sind, können sehr frühzeitig Anzeichen von Gewalt erkannt werden. Als mögliche Einschränkungen sind hier jedoch zu nennen, dass über zwei Drittel der in der Häuslichkeit lebenden Pflegebedürftigen in Deutschland ausschließlich von pflegenden Angehörigen versorgt werden [28]. Sie haben somit keinen regelmäßigen Kontakt zu professionell Pflegenden. Zugleich kann

mitunter von professionell Pflegenden selbst Gewalt ausgeübt werden [4].

Die wenigen vorliegenden internationalen Untersuchungen unterstreichen – allgemein im Kontext der Intervention bei Gewalt gegen Ältere – eine wichtige hausärztliche Rolle [24] und zeigen das hausärztliche Verantwortungsbewusstsein [16] auf. Für eine Verantwortung von Hausärzten/-ärztinnen bei der Intervention gegen sexuellen Missbrauch pflegebedürftiger Patienten/Patientinnen spricht auch die Dichte ihres Patientenkontakts. So sind hausärztlich tätige Allgemeinmediziner*innen die im Erwachsenenalter bei pflegebedürftigen Patienten/Patientinnen am häufigsten aufgesuchten Fachärzte/-ärztinnen [17]. Die meisten Patienten/Patientinnen geben zudem an, ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihren Hausärzten/-ärztinnen zu haben [6], wodurch auch besonders sensible und intime Themen besprochen werden können. Gerade angesichts des starken Tabus des sexuellen Missbrauchs [3] könnte dieses besondere Vertrauensverhältnis in der Hausarzt-Patient-Beziehung die Offenlegung von Missbrauchseignissen fördern.

Gründe für die mehrheitliche Verneinung einer grundsätzlichen Untersuchung Pflegebedürftiger auf Anzeichen sexuellen Missbrauchs wurden in vorliegender Befragung nicht erfasst. Die Ablehnung könnte in den begrenzten zeitlichen Ressourcen [11, 13] von Hausärzten/-ärztinnen begründet liegen. Hinzu kommt, dass es sich um ein stark tabuisiertes Thema handelt. Auch der Großteil der von Kennedy [16] befragten Hausärzte/-ärztinnen erhebt nie oder fast nie systematisch die von Patienten/Patientinnen erfahrene Gewalt. Weitere Vergleichsstudien zur Einordnung der Ergebnisse liegen aktuell nicht vor.

Die Vorbehalte gegenüber einer Routineuntersuchung könnten darüber hinaus durch Unsicherheit und Wissensdefizite zu den notwendigen weiteren Schritten bedingt sein. Internationale Studien [16, 21] weisen auf Wissenslücken und Fortbildungsbedarf hin. So äußerten beispielsweise in der Studie von McCreadie [23] rund 70% der befragten Hausärzte/-ärztinnen Fortbildungsbedarf. Für Deutschland gibt es

bisher weder Erkenntnisse zum Wissen von Hausärzten/-ärztinnen zu Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen im Allgemeinen noch zu Fragen des sexuellen Missbrauchs im Speziellen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung machen Wissenslücken plausibel. So äußert lediglich ein gutes Viertel der Befragten, hinsichtlich des weiteren Vorgehens bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch sicher zu sein. Zugleich gibt knapp die Hälfte der Befragten allgemeines Interesse an Fortbildungen zum Thema an. Von nahezu allen wird Fortbildungsbedarf zu den körperlichen Anzeichen sexuellen Missbrauchs und deren Abgrenzung zu Symptomen anderer Ursache genannt. Zugleich zeigt sich die Unsicherheit auch darin, dass nahezu alle an Fortbildung Interessierten angeben, sich zu Fragen des richtigen Verhaltens bei festgestelltem Missbrauch und zu relevanten Beratungsstellen fortbilden zu wollen.

Tilden et al. [29] konnten zeigen, dass durch Wissensvermittlung und gezieltes Training von Ärzten/Ärztinnen zum Vorgehen bei Gewalt gegen ältere Menschen deren Handlungskompetenz erhöht wurde. In dieser Hinsicht könnten gezielte Fortbildungen einen Beitrag leisten, die bestehende Unsicherheit auch bei deutschen Hausärzten/-ärztinnen zu reduzieren. Vorliegende Arbeit gibt Hinweise auf hausärztlichen Fortbildungsbedarf. Sie hat darin praktischen Nutzen für die Entwicklung von Fortbildungsangeboten, die den inhaltlichen Präferenzen der potenziellen Nutzer*innen entsprechen. Die Entwicklung von Fortbildungsinterventionen und die Prüfung ihrer Wirksamkeit zur Steigerung von Wissen und Handlungskompetenz von Hausärzten/-ärztinnen bedürfen weiterer Forschung.

Limitationen

Die in der vorliegenden Arbeit erfassten Einstellungen können ein guter Prädiktor für tatsächliches Verhalten sein [9]. Die erhobenen subjektiven Einschätzungen lassen jedoch nur eingeschränkt Aussagen zur tatsächlichen Handlungskompetenz sowie zu vorhandenen objektiven Wissenslücken von

Hausärzten/-ärztinnen zu. Trotz umfassender Prüfung und Auswahl der eingesetzten Items [26] könnte sozial erwünschtes Antwortverhalten dazu geführt haben, dass die eigene Sicherheit hinsichtlich des Vorgehens durch die teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen tendenziell eher überschätzt wurde. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass eher Hausärzte/-ärztinnen mit Interesse am oder Berührung mit dem Thema teilgenommen haben. Hierdurch würden das tatsächliche Wissen von Hausärzten/-ärztinnen in Deutschland und deren Fortbildungsinteresse zum Thema überschätzt. Auch eine fehlende Aktualität der Datensätze der ArztData AG könnte zu einem Selektionsbias geführt haben; dieser erscheint jedoch angesichts des geringen Rücklaufs an unzustellbaren Fragebogen eher unwahrscheinlich. Die hohe Übereinstimmung der Daten der Stichprobe mit der Grundgesamtheit kann als Hinweis auf deren externe Validität gewertet werden, auch wenn abschließend kein absolutes Maß an Repräsentativität genannt werden kann. Aufgrund des Fehlens von Vergleichsdaten aus anderen Studien müssen die Ergebnisse vorliegender Querschnittsstudie durch zukünftige Erhebungen bestätigt und fortgeführt werden.

Fazit

Die Befragungsergebnisse geben Hinweise auf Unsicherheit und Fortbildungsbedarf von Hausärzten/-ärztinnen zum Thema des sexuellen Missbrauchs Pflegebedürftiger. Aufgrund der besonderen Vertrauensstellung und des häufigen Kontakts zu Pflegebedürftigen stellt sich die hausärztliche Schulung zum Thema als sinnvoll dar. Insbesondere sollten bei Fortbildungsmaßnahmen die Differenzialdiagnose des sexuellen Missbrauchs Pflegebedürftiger sowie das Vorgehen im Verdachtsfall Berücksichtigung finden.

Fünf Kernaussagen

1. Hausärzte/-ärztinnen sehen es als ihre Pflicht, bei vermutetem sexuellem Missbrauch eines Pflegebedürftigen zu intervenieren.
2. Eine Routineuntersuchung Pflegebedürftiger auf Anzeichen se-

- xuellen Missbrauchs wird von Hausärzten/-ärztinnen abgelehnt.
- Ein Großteil der befragten Hausärzte/-ärztinnen äußert Unsicherheit hinsichtlich des Vorgehens bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch Pflegebedürftiger.
 - Die Hälfte der befragten Hausärzte/-ärztinnen wünscht sich Fortbildungen zum Thema des sexuellen Missbrauchs Pflegebedürftiger.
 - Besonderer Fortbildungsbedarf besteht hinsichtlich der Differenzialdiagnose des sexuellen Missbrauchs und der Abgrenzung von Missbrauchsanzeichen zu alterstypischen Veränderungen.

Korrespondenzadresse



Fabian Moser
Stiftung Zentrum für Qualität
in der Pflege
Reinhardtstr. 45, 10117 Berlin,
Deutschland
Fabian-a.Moser@charite.de

Danksagung. Die Autoren danken Frau Prof. A. Berzlanovich für deren Beratung bei der Studienkonzeption, Herrn Dr. P. Schnapp für seine Arbeit bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments und der Durchführung der Befragung sowie Frau B. Schaefer für das Lektorat des englischsprachigen Abstracts.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Moser, L. Schütz, C. Teubner, N. Lahmann, A. Kuhlmei und R. Suhr geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. R. Suhr ist Vorstandsvorsitzender des ZQP, einer gemeinnützigen Stiftung bürgerlichen Rechts, die 2009 durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. gestiftet wurde.

Ein positives Ethikvotum der Ärztekammer Berlin liegt vor. Es wurden keine Versuche an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten

Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Arztdata AG Arztdata AG. <https://www.arztdata.de/>. Zugegriffen: 30. Aug. 2020
- Baker MW (2007) Elder mistreatment: risk, vulnerability, and early mortality. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 12:313–321
- Bows H (2018) Sexual violence against older people: a review of the empirical literature. *Trauma Violence Abuse* 19:567–583
- Büscher A (2020) Pflegewissenschaftliche Sicht. In: Suhr R, Kuhlmei A (Hrsg) *Gewalt und Alter*. De Gruyter, Berlin, S 9–19
- Cooper C, Selwood A, Livingston G (2009) Knowledge, detection, and reporting of abuse by health and social care professionals: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry* 17:826–838
- Dinkel A, Schneider A, Schmutzer G et al (2016) Die Qualität der Hausarzt-Patient-Beziehung. Patientenbezogene Prädiktoren in einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 66:120–127
- Eggert S, Sulmann D (2020) Gewalt gegen (ältere) pflegebedürftige Menschen in Deutschland – eine quantitative Annäherung. In: Suhr R, Kuhlmei A (Hrsg) *Gewalt und Alter*. De Gruyter, Berlin, S 47–56
- Fuertes JN, Toporovsky A, Reyes M et al (2017) The physician-patient working alliance: theory, research, and future possibilities. *Patient Educ Couns* 100:610–615
- Glasman LR, Albarracin D (2006) Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychol Bull* 132:778–822
- Görgen T (2017) Wissen über das Phänomen Gewalt in der Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg) *ZQP-Report: Gewaltprävention in der Pflege*. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin, S 8–12
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2008) GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Asgard, St. Augustin
- Hoffmeyer-Zlotnik JHP (2000) Regionenabgrenzungen nach wirtschaftlichen Kriterien. In: Regionalisierung sozialwissenschaftlicher Umfragedaten: Siedlungsstruktur und Wohnquartier. Springer VS, Wiesbaden, S 48
- Infas Institut Für Angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2018) Tabellenband Ärztemonitor 2018. Ergebnisse nach Facharztgruppen. In: Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. (NAV-Virchow-Bund). https://www.kbv.de/media/sp/infas_TabBand_Aerztemonitor2018_Facharztgruppen_20180615.pdf. Zugegriffen: 30. Aug. 2020
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017) Bundesarztregister. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>. Zugegriffen: 30. Aug. 2020
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung, FGW – Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (2019) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019: 18- bis 79-jährige Befragte. März–April 2019. KBV, FGW, Mannheim
- Kennedy RD (2005) Elder abuse and neglect: the experience, knowledge, and attitudes of primary care physicians. *Fam Med* 37:481–485
- Kleina T, Horn A, Suhr Ret al (2017) Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitswesen* 79:382–387
- Kunz A, Gusy B (2005) Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen, Barrieren. Eine Befragung Berliner Hausärzte. *Gesundheitswesen* 67. <https://doi.org/10.1055/s-2005-920664>
- Lachs MS, Pillemer KA (2015) Elder abuse. *N Engl J Med* 373:1947–1956
- Lachs MS, Williams CS, O'Brien S et al (1998) The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 280:428–432
- Leddy MA, Farrow VA, Schulkin J (2014) Obstetrician-gynecologists' knowledge, attitudes, and practice regarding elder abuse screening. *Womens Health Issues* 24:e455–e464
- Marx Y, Robra B-P, Herrmann M (2016) Priorisierungskriterien bei Polypharmazie – Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Hausärzten. *Z Allg Med* 92(6):254
- McCreadie C, Bennett G, Gilthorpe MS et al (2000) Elder abuse: do general practitioners know or care? *JR Soc Med* 93:67–71
- O'Brien JG, Riain AN, Collins C et al (2014) Elder abuse and neglect: a survey of Irish general practitioners. *J Elder Abuse Negl* 26:291–299
- Pillemer K, Burnes D, Riffin C et al (2016) Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist* 56(Suppl 2):S194–S205
- Schnapp P (2018) Teilergebnisse des ZQP-Projekts Gewalt gegen Pflegebedürftige: Prävention durch Hausärztinnen und -ärzte. Psychometrische Kennzahlen verschiedener Variablen auf Basis des Pretests. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Haus%3%A4rztePsychometrie.pdf>. Zugegriffen: 30. Aug. 2020
- Schnapp P, Eggert S, Suhr R (2017) Comparing continuous and dichotomous scoring of social desirability scales: effects of different scoring methods on the reliability and validity of the Winkler-Kroh-Spiess BIDR short scale. Survey methods: insights from the Field <https://doi.org/10.13094/SMIF-2017-00002>
- Statistisches Bundesamt (2018) Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 30. Aug. 2020
- Tilden VP, Schmidt TA, Limandri BJ et al (1994) Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *Am J Public Health* 84:628–633
- Tourangeau R, Yan T (2007) Sensitive questions in surveys. *Psychol Bull* 133:859–883
- World Health Organisation (2015) World report on aging and health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/>

[9789240694811_eng.pdf;jsessionid=F1702B669D1762BE957CC269E48D7198?sequence=1](#).
Zugegriffen: 30. Aug. 2020

32. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD et al (2017) Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 5:e147–e156

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht

Publikationsliste:

1. Schütz LH, Boronat-Garrido X, Moser FA, Suhr R, Lahmann N. Dementia-specific drug treatment in home care settings: A German multicentre study. J Clin Nurs. 2019 Mar;28(5-6):862-869. doi: 10.1111/jocn.14682. Epub 2018 Oct 11. PMID: 30256473.
2. Moser F, Schütz LH, Teubner C, Lahmann N, Kuhlmeier A, Suhr R. Sexueller Missbrauch Pflegebedürftiger : Ergebnisse einer bundesweiten Querschnittsstudie bei Hausärzten/-ärztinnen zu Verantwortung und subjektiven Sicherheit im Verdachtsfall. Z Gerontol Geriatr. 2021 Jan 26. German. Doi: 10.1007/s00391-021-01841-7. Epub ahead of print. PMID: 33496836.

Danksagung

Ich danke meinen Betreuern Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier und Herrn Dr. Ralf Suhr für die Unterstützung bei meiner Promotion und der damit verbundenen Publikation.

Insbesondere ohne Herrn Dr. Suhr und seiner herausragenden Unterstützung, die vielen Stunden und Tage, die er in mich und meine Arbeit investiert hat und die vielen aufmunternden Worte aber auch die kritischen und konstruktiven Vorschläge, wäre diese Arbeit nicht zu dem geworden, was sie nun ist!

Vielen herzlichen Dank für diese tolle Unterstützung!