

pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 01/2014

Mai 2014

Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen

Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte

Anna Grundel, Katharina Liepe, Ulrike Fuchs-Römmelt, Kathrin Möller,
Rebekka Hoher, Henny A. Grewe, Beate Blättner



Anna Grundel, Katharina Liepe, Ulrike Fuchs-Römmelt, Kathrin Möller, Rebekka Hoher, Henny A. Grewe,
Beate Blättner

Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen

Handlungsempfehlungen für Pflegefachkräfte

pg-papers 01/2014

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-9407-13-10-0

Copyright © pg-papers, Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

Abstract	7
Erstellung der Handlungsempfehlung	8
1 Einleitung	10
2 Gewalt gegen Pflegebedürftige im häuslichen Setting	11
2.1 Definition	11
2.2 Häufigkeit von Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Angehörige	12
2.3 Risikofaktoren für Gewalterfahrungen.....	13
2.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt	14
3 Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt	16
3.1 Handlungsalgorithmus.....	16
3.2 Externe Akteure	18
4 Rechte und Pflichten professioneller Pflegefachkräfte	22
4.1 Schweigepflicht und Informationsweitergabe.....	22
4.2 Rechtliche Konsequenzen beim Unterlassen und Anzeigepflicht.....	23
4.3 Dokumentation.....	24
5 Auffälligkeiten sensibel ansprechen	25
6 Auffällige oder unklare Befunde	27
7 Dokumentation auffälliger Befunde	29
7.1 Der Dokumentationsbogen bei auffälligen Befunden	29
7.2 Beschreibende Dokumentation von Auffälligkeiten.....	30
7.3 Verwendung des Körperschemas bei der Dokumentation	32
7.4 Dokumentationsvorlage.....	32
7.5 Fotodokumentation.....	38
7.6 Angaben zu den Schilderungen und Beobachtungen	38
Abbildungsverzeichnis	40
Tabellenverzeichnis	41

Literaturverzeichnis	42
Kurzbiografien der Herausgeberinnen	46

Abstract

In alternden Gesellschaften wird das Thema Gewalt gegen ältere, pflegebedürftige Menschen an Bedeutung gewinnen. Unabhängig von der Absicht der handelnden Person, die möglicherweise aus mangelndem Fachwissen oder Überforderung heraus handelt, werden Handlungen oder das Unterlassen von notwendigen Handlungen, die Schaden oder Leid bei älteren Menschen verursachen, als Gewalt verstanden. Pflegefachkräfte sind grundsätzlich in der Lage, Gewalt zu erkennen und geeignete Interventionen einzuleiten.

Diese Handlungsempfehlungen dienen dem Erkennen und Vermeiden von Gewalt gegen im häuslichen Umfeld gepflegten älteren Menschen und richten sich vornehmlich an das Pflegepersonal aus der ambulanten Versorgung, sind aber auch auf andere Pflegebereiche übertragbar. Sie sollen Handlungssicherheiten bieten und enthalten Informationen zu Häufigkeiten von Gewalthandlungen, Formen von Gewalt sowie zu Risikofaktoren für gewaltsame Handlungen und zu den gesundheitlichen Folgen von Gewalt, zu rechtlichen Fragen und geeigneten Ansprechpartnern. Auf Basis des aktuellen Erkenntnisstandes werden Empfehlungen für ein Vorgehen bei einem Verdacht auf Gewalt in der deutschen Versorgungsstruktur gegeben.

Diese Handlungsempfehlungen sind das Ergebnis des Projektes Safer Care.

Erstellung der Handlungsempfehlung

Zur Erstellung dieser Empfehlungen wurde systematisch in internationalen Datenbanken nach Studien, bereits bestehenden Handlungsempfehlungen zu den Interventions- und Präventionsmöglichkeiten und nach Assessment- und Screeninginstrumenten bei Gewalt gegen Pflegebedürftige gesucht, deren wissenschaftliche Qualität bewertet und die Übertragbarkeit auf die Bedingungen in der Praxis der ambulanten Pflege in Deutschland diskutiert (vgl. Grundel et al. 2012, Liepe et al. 2014). Vorhandene Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte bei Befunden¹, die auf Gewalt hinweisen können, dienten als weitere Grundlage. Zur Anpassung an die spezifischen Bedingungen von Pflegebedürftigkeit wurden die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ (MDS/GKV-Spitzenverband 2009) einbezogen. Zudem wurden Interviews und Gespräche mit Pflegeexpertinnen und -experten geführt, deren Erfahrungen und Erkenntnisse in die Handlungsempfehlungen mit eingeflossen sind.

Der Entwurf der Handlungsempfehlungen wurde im wissenschaftlichen Beirat sowie mit Praxispartnern des Projektes Safer Care und in der AG III „Prävention für ältere Menschen“ des Landespräventionsrates Hessen diskutiert (siehe Tabelle 1). Drei ambulante Pflegedienste in Hessen testeten den aktualisierten Dokumentationsbogen in der Praxis. Danach wurde der Dokumentationsbogen auf einer Expertentagung zu Gewalt in der häuslichen Pflege zur Diskussion gestellt.

Die Handlungsempfehlungen richten sich primär an Pflegefachkräfte aus dem ambulanten Sektor, die Zugang zu hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Umgebung haben. Einige Aspekte können auch für Pflegefachkräfte aus dem stationären Versorgungsbereich relevant sein. Die Handlungsempfehlungen sollen Pflegekräften Sicherheit im Umgang mit Gewalt oder dem Verdacht von Gewalt gegen die von ihnen versorgten älteren Pflegebedürftigen geben, um sowohl die Pflege- als auch die Lebensqualität älterer Menschen zu erhöhen.

Die Handlungsempfehlungen sind im Rahmen des Safer Care-Projektes an der Hochschule Fulda entstanden, das durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung in der SILQUA-FH-Förderlinie gefördert wird. Es bestehen keine Interessenskonflikte oder finanzielle Abhängigkeiten von anderen Institutionen, die Einfluss auf die Erstellung haben könnten.

Die Handlungsempfehlungen sollen durch das Regierungspräsidium Gießen, über den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) und über die Dachorganisationen der Wohlfahrtsverbände sowie über das Public Health Institute Fulda und die Homepage www.befund.gewalt.de verbreitet werden. Die Verbreitung durch weitere Institutionen ist erwünscht.

Die Handlungsempfehlungen sind gültig, bis neue Erkenntnisse zu Gewalt gegen Ältere vorliegen. Eine Überprüfung nach drei Jahren ist beabsichtigt.

¹ Hessisches Sozialministerium/Projekt der Arbeitsgruppe Gewaltprävention der Hochschule Fulda mit Förderung der Hessischen Landesregierung (Hrsg.) (2010/2011), Netzwerk Gewaltprävention im Gesundheitswesen beim Hessischen Sozialministerium unter Beteiligung des Europäischen Netzwerks Gewaltprävention im Gesundheitswesen (2010), Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2007).

Tabelle 1 Mitwirkende an der Erstellung des Dokumentationsbogens und der Arbeitshilfe

Wissenschaftlicher Beirat des Projektes Safer Care	
Prof. Dr. Andrea Berzlanovich ^{a,b}	Medizinische Universität Wien
Prof. Dr. Thomas Görgen ^{a,b}	Hochschule der Polizei, Münster
Volker Gussmann ^{a,b}	Nursing Consulting für Einrichtungen der stationären Altenhilfe
Barbara Nägele ^{a,b}	Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.
Prof. Dr. Susanne Zank ^{a,b}	Universität zu Köln
Landespräventionsrat Hessen AG III „Prävention für ältere Menschen“	
Dr. Karl-Heinz Bernard ^b	Vorsitzender Landespräventionsrat
Gerd Breukel ^b	Seniorenbeirat Wetteraukreis
Ute Bychowski ^b	Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenhilfe
Dr. Karl-Heinz Groß ^b	Ministerialdirigent a.D.
Andreas Kleinau ^b	Direktor der R+V Versicherung a. D.
Renate Klingelhöfer ^b	Vorsitzende des Seniorenbeirates Wetteraukreis
Prof. Dr. Arthur Kreuzer ^b	Universität Gießen, em.
Nina Walter ^b	Landesärztekammer Hessen
Daniela Winkler ^b	Geschäftsführerin Landespräventionsrat
Prof. Dr. Dr. h.c. Gisela Zenz ^{a,b}	Goethe-Universität Frankfurt/Main, em.
Kooperationspartner des Projektes Safer Care	
Sabine Frank ^b	Schutzambulanz Fulda
Sascha Gärtner ^b	Tabita Pflegedienst Fulda
Susanne Gorden ^{a,b}	G & G Pflegedienst Ahnatal
Marianne Jost-Hildebrand ^{a,b}	Diakonisches Werk Hessen und Nassau e.V.
Dr. Sebastian Kirsch ^a	Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen
Hartmut A. Schwab ^b , Andrea Völler ^b	Mediana Mobil Fulda
Regina Jehn-Nitsche ^b	Landkreis Fulda, Fachdienst 5100 – Soziale Leistungen
Gerhard Wahl ^b	MDK Fulda
^a Mitwirkung an der Arbeitshilfe; ^b Mitwirkung am Dokumentationsbogen	

1 Einleitung

In Deutschland sind rund 1,6 Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) pflegebedürftig und werden zu Hause gepflegt. Knapp zwei Drittel davon beziehen Pflegegeld; bei etwa einem Drittel erfolgt die Pflege gemeinsam mit einem ambulanten Pflegedienst (Statistisches Bundesamt 2012). Zu beiden Gruppen haben Pflegekräfte in unterschiedlichem Ausmaß Zugang.

Angehörigen gebührt gesellschaftliche Anerkennung für die täglichen Leistungen bei der Pflege älterer Menschen. Die Pflegearbeit muss oft neben Berufstätigkeit, Kinderversorgung und eigenem Haushalt bewältigt werden. In dieser Situation ist es menschlich, vorübergehend oder langfristig an die Grenzen der eigenen Belastbarkeit zu kommen. Insbesondere schwere Pflegebedürftigkeit, z. B. aufgrund einer fortschreitenden Demenz oder schwerer körperlicher Behinderung, sind mit sehr hohen Anforderungen körperlicher, sozialer und emotionaler Art an Pflegenden verbunden. Dies kann dazu führen, dass Angehörige in manchen Pflegesituationen nicht angemessen reagieren können. Emotional verletzendes Verhalten, körperliche Gewalt oder Vernachlässigung können darin ihre Ursache haben. Familiäre Konflikte aus der Vergangenheit können sich zusätzlich belastend auswirken.

Häufig beruhen Gewalthandlungen gegenüber Pflegebedürftigen auf mangelndem Fachwissen und Überforderung (Hirsch 2011, Görge et al. 2012a, Bonillo et al. 2013). Ein unterstützender Zugang ist dann erfolgsversprechend. Es gibt allerdings auch Fälle, in denen die abhängige und hilflose Situation von Pflegebedürftigen bewusst ausgenutzt wird. Reichen Unterstützungs- und Beratungsangebote nicht aus, um die Gewalt zu beenden, ist es notwendig, externe Stellen hinzuzuziehen.

Sie als professionelle Pflegekraft nehmen bei Beratungsbesuchen oder in der ambulanten Versorgung eine Schlüsselrolle ein, wenn es darum geht, Warnsignale zu erkennen. Sie beobachten vielleicht Situationen, aus denen eine Überforderung oder ein inadäquates Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen deutlich wird oder Angehörige berichten Ihnen selbst von Problemen. Möglich ist auch, dass Sie bei der Körperpflege Verletzungen erkennen, deren Ursache Ihnen nicht schlüssig ist. Auch der allgemeine Pflegezustand oder neue Verhaltensweisen einer Kundin oder eines Kunden könnten Ihnen auffällig erscheinen.

Sie fragen sich, was Sie tun können, wenn Befunde auffällig sind? Sie müssen nicht entscheiden, ob Gewalt vorliegt und können dennoch zum Schutz der pflegebedürftigen Person beitragen. In dieser Handlungsempfehlung erfahren Sie,

- wie Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen definiert wird, was über Risikofaktoren bekannt ist und welche Folgen Gewalt haben kann,*
- welche rechtlichen Regelungen in diesen Fällen für Sie relevant sein können,*
- welche Befunde Hinweise auf das Vorliegen von Gewalt geben könnten,*
- wie Sie einen Verdacht ansprechen können,*
- wie und warum Sie auffällige Befunde dokumentieren sollten,*
- wie Sie vorgehen sollten und wer Ihnen weiterhelfen kann.*

2 Gewalt gegen Pflegebedürftige im häuslichen Setting

In diesem Kapitel wird der wissenschaftliche Erkenntnisstand zu Gewalt gegen ältere, pflegebedürftige Menschen, Häufigkeiten und Folgen zusammengefasst.

2.1 Definition

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betrachtet die Prävention von Gewalt gegen Ältere und Pflegebedürftige als ein relevantes Thema der öffentlichen Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung (WHO 2008). Gewalt ist weltweit eines der entscheidenden Gesundheitsrisiken. In alternden Gesellschaften wird das Thema Gewalt gegen Ältere an Bedeutung gewinnen. Gewalt durch (pflegende) Angehörige ist neben Partnergewalt und Gewalt gegenüber Kindern eine Form der familiären Gewalt.

Gewalt gegen Ältere („elder abuse“) wird von der WHO definiert als:

„[...] eine einmalige oder wiederholte Handlung, oder das Unterlassen einer notwendigen Handlung, welche in Beziehungen auftritt, in denen Vertrauen vorausgesetzt wird und die Schaden oder Leid bei älteren Menschen verursacht.“ (übersetzt nach Wolf et al. 2002)

Was Gewalt ist, wird hier also an den Folgen für die pflegebedürftige Person festgemacht und nicht an der Absicht der Gewalt ausübenden Person. Auch wenn Gewalt eher aus einer Überforderung heraus und ggf. situativ entsteht, können Pflegebedürftige körperlichen und seelischen Schaden erleiden. Ihre persönlichen Rechte und ihre Integrität werden verletzt.

Die WHO unterscheidet körperliche, psychische, sexualisierte und ökonomische Gewalt sowie Vernachlässigung und freiheitsentziehende Maßnahmen (Krug et al. 2002, Sethi et al. 2011). In Tabelle 2 wird ein Überblick über die Gewaltformen gegeben. Es wird beispielhaft aufgezeigt, auf welche Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Roper et al. (2002) Gewaltformen einen negativen Einfluss haben können. Die einzelnen Gewaltformen treten in Pflegebeziehungen in der Regel nicht getrennt voneinander auf. Eine pflegebedürftige Person, die von körperlicher Gewalt betroffen ist, erleidet in den meisten Fällen auch psychische Gewalt (Hirsch 2011). Auch Vernachlässigung geht häufig mit psychischen oder körperlichen Gewalterfahrungen einher.

Es gibt viele unterschiedliche Konstellationen, in denen Gewalt und Vernachlässigung in der häuslichen Umgebung stattfinden können. Gewalt kann einseitig oder wechselseitig ausgeübt werden. Sie kann von der pflegebedürftigen Person ausgehen und sich gegen die pflegenden Angehörigen oder auch das Pflegepersonal richten. Auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste können gewalttätiges Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen zeigen.

Schwerpunkt dieser Empfehlungen sind jedoch Fälle, in denen Angehörige Gewalt gegen Pflegebedürftige ausüben und Sie als Pflegefachkraft die Möglichkeit haben, präventiv oder schützend tätig zu werden. Sie haben Zugang in den geschützten Bereich der Wohnung und haben daher die Möglichkeit, Ge-

walt und Vernachlässigung wahrzunehmen und ggf. zu intervenieren. Die Sicherstellung von Pflegequalität und der Schutz von Kundinnen und Kunden stellt für Sie zudem eine rechtliche Verpflichtung dar.

Tabelle 2 Beispiele für unterschiedliche Gewaltformen entlang der Aktivitäten des täglichen Lebens

Gewaltform	Beispiele	Aktivitäten des täglichen Lebens
Körperliche Gewalt	Schubsen, Stoßen, Treten, Kneifen, Schlagen, gewaltsames Verabreichen von Nahrung	Für Sicherheit sorgen Essen und Trinken Sich bewegen
Psychische Gewalt	Androhen, Beleidigen, Beschimpfen, Vorenthalten von Wünschen, Kontrollieren und Unterbinden sozialer Kontakte	Sinn finden Sich beschäftigen Kommunizieren
Sexualisierte Gewalt	Nicht einverständliche Berührungen oder Intimitäten, Missachten der Intimsphäre bei der Körperpflege, erzwungene sexuelle Handlungen	Sinn finden Sich als Mann/Frau fühlen Sich waschen und kleiden
Ökonomische Gewalt	Enteignen von Haus- und Grundbesitz, unbefugtes Verfügen über Vermögen, Erpressung von Geld, Verkauf von Eigentum pflegebedürftiger Menschen	Für Sicherheit sorgen Sinn finden
Vernachlässigung	Unterlassen pflegerischer Maßnahmen wie Körperpflege oder Mobilisation, Flüssigkeits- und Nahrungsentzug, unzureichende Ansprache und Beschäftigung, mangelhafte Inkontinenzversorgung	Essen und Trinken Ausscheiden Sich waschen und kleiden Sich beschäftigen
Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)	Entzug von Hilfsmitteln, unsachgemäße und unnötige Fixierung, Fehlmedikationen	Sich bewegen Ruhen und Schlafen Kommunizieren Für Sicherheit sorgen

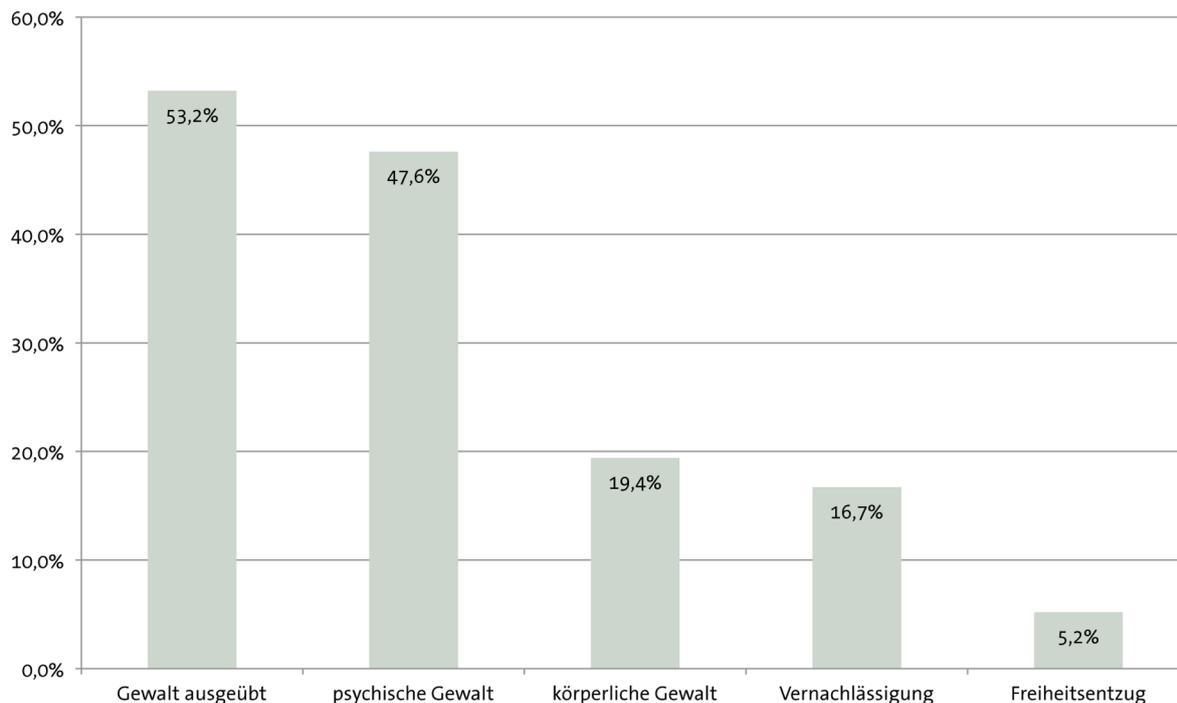
Quelle: Roper et al. 2002, Wolf et al. 2002, Graß/Walentich 2006.

2.2 Häufigkeit von Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Angehörige

Es wird vermutet, dass etwa 80 % der Fälle von Gewalt gegenüber älteren Pflegebedürftigen nicht bekannt werden (WHO 2008). Die Mitteilungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen kann durch körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen eingeschränkt sein. Zudem befinden sie sich in einer Abhängigkeit von ihren pflegenden Angehörigen und fühlen sich diesen persönlich verbunden. Deshalb ist bisher nicht bekannt, wie oft Gewalt tatsächlich vorkommt. In ungefähr 70 % der bekannt gewordenen Fälle wird die Gewalt nicht von den Betroffenen selbst, sondern durch andere Personen wie Nachbarn berichtet (Fulmer et al. 2004).

Schätzungen der WHO zufolge sind in den Industriestaaten zwischen 4 und 6 % der älteren Menschen, die zu Hause gepflegt werden, von Gewalt betroffen (Wolf et al. 2002).

Bei einer Befragung von insgesamt 254 pflegenden Angehörigen gaben 53,2 % der Befragten gewalttätige Übergriffe gegen ihre pflegebedürftigen Angehörigen an. Psychische Gewalt wie Anschreien, Beschimpfen oder Ignorieren wurde mit 47,6 % am häufigsten genannt. Körperliche Gewalt wie z. B. grobes Anfassen, Schubsen, Stoßen sowie Ohrfeigen wurde von 19,4 % angegeben, Vernachlässigung von 16,7 % und freiheitsentziehende Maßnahmen von 5,2 % (Abbildung 1).

Abbildung 1 Gewalt ausgeübt von pflegenden Angehörigen nach Selbstangaben; Mehrfachangaben möglich

Quelle: Eigene Darstellung der Ergebnisse von Görgen et al. 2009.

Eine Studie zur Pflege demenziell Erkrankter kam zu noch höheren Werten (Thoma et al. 2004). Hier gaben 88 % der Befragten an, innerhalb der vergangenen zwei Wochen gegenüber den Pflegebedürftigen lauter geworden zu sein. Häufig wurde Anschreien (48 %) und Drohen (28 %) genannt, aber auch das zu harte Anfassen (39 %) oder Einschränkungen des Bewegungsfreiraums (25 %).

2.3 Risikofaktoren für Gewalterfahrungen

Als gewaltbegünstigende Faktoren für Gewalterfahrungen gelten Schwerstpflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen, beengte Wohnverhältnisse sowie die gleichzeitige Pflege mehrerer Familienmitglieder. Auch der Substanzmissbrauch pflegender Angehöriger und ein abwehrendes Verhalten der pflegebedürftigen Person werden als Risikofaktoren beschrieben. Einfluss nimmt zudem, ob die Pflege aus rein finanzieller Motivation übernommen wird und wie die Beziehung zwischen den Familienmitgliedern vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit war (Wolf et al. 2002, Graß/Walentich 2006, Görgen et al. 2009, Luoma et al. 2011, Sethi et al. 2011, Bonillo et al. 2013).

Risikofaktoren für Gewaltentstehung in der Laienpflege

- Dementielle Veränderungen
- Schwerstpflegebedürftigkeit
- Aggressives oder abwehrendes Verhalten der pflegebedürftigen Person
- Soziale Isolation sowohl seitens der pflegebedürftigen Person als auch des oder der pflegenden Angehörigen
- Finanzielle/materielle Nöte
- Substanzmissbrauch der pflegenden Angehörigen
- Gleichzeitige Pflege mehrerer Personen
- Fehlende (soziale) Unterstützung
- Gewaltgeprägte Familienstruktur
- Beengte Wohnverhältnisse
- Ausüben verschiedener sozialer Rollen (Kinder, Partner, Beruf, Pflege)

In einer Studie zu Belastungen pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER-Studie) wurden unter anderem drei besonders belastende Faktoren für pflegende Angehörige ermittelt. Diese waren (Schacke/Zank 2009):

1. Persönliche Einschränkungen im Lebensalltag
2. Aggressives/Abwehrendes Verhalten und Verwirrtheit der pflegebedürftigen Person
3. Kognitive Einschränkungen der zu pflegenden Person

Diese Belastungen können im Zeitverlauf das Risiko von Depression bei den Angehörigen sowie gewalttätigem Verhalten gegen Pflegebedürftige oder einer Heimunterbringung erhöhen (Schacke/Zank 2009).

Das Wissen über Belastungsfaktoren bietet einen guten Ansatzpunkt für Präventionsarbeit wie individuelle Beratungs- und Unterstützungsangebote. Diese kann sowohl den Pflegebedürftigen als auch deren Angehörigen zugutekommen.

Wo Risikofaktoren vorliegen, muss noch lange nicht Gewalt vorherrschen. Risikofaktoren erhöhen nur die Wahrscheinlichkeit für das Entstehen von Gewalt oder Vernachlässigung und bieten mögliche Ansatzpunkte für Prävention von Gewalt.

2.4 Gesundheitliche Folgen von Gewalt

Gewalt kann die Lebensqualität älterer und pflegebedürftiger Menschen beeinträchtigen und das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko erhöhen (Sethi et al. 2011, Soraes et al. 2010, WHO 2008, Perel-Levin 2008, O'Keeffe et al. 2007, Lachs et al. 1998). Je nach Schwere und Gewaltart sind leichte oder schwere Verletzungen, chronische Beeinträchtigungen oder tödliche Unfälle (z. B. bei freiheitsentziehenden Maßnahmen), psychische oder psychosomatische Störungen oder selbstzerstörendes Verhalten und Suizidalität möglich (Abbildung 2).

Abbildung 2 Gewaltfolgen

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Pflegebedürftige

Körperliche Folgen

- Akute Verletzungen, z. B. durch Stiche und Hiebe hervorgerufen, Schnitt-, Rissquetsch- und Brandwunden, Hämatome, Frakturen (Nasenbein-, Arm-, Rippenbrüche), Kiefer- und Zahnverletzungen (Sethi et al. 2011)
- Dauerhafte Behinderungen z. B. Einschränkungen der Beweglichkeit, verminderte Seh-, Hör- und Bewegungsfähigkeit

(Psycho-)somatische Folgen

- Chronische Schmerzen wie Kopf-, Rücken-, Brust- und Unterleibschmerzen (Sethi et al. 2011)
- Magen-, Darmstörungen, Übelkeit, Brechreiz (Soraes et al. 2010)
- Allgemein: Chronische Anspannungen, Angst und Verunsicherung, die sich als Stressreaktionen in psychosomatischen Beschwerdebildern manifestieren können (Soraes et al. 2010)

Psychische Folgen

- Posttraumatische Belastungsstörungen (Mowlam et al. 2007)
- Depressionen, Angst- und Panikattacken (Comijs et al. 1999, Mowlam et al. 2007, Soraes et al. 2010)
- Nervosität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche (Mowlam et al. 2007)
- Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl (Comijs et al. 1999)
- Suizidalität (Mowlam et al. 2007)
- Verminderte Lebensqualität (Soraes et al. 2010)

Quelle: In Anlehnung an Soraes et al. 2010, Sethi et al. 2011.

In einer britischen Studie von O’Keeffe und Kollegen (2007) gaben drei Viertel der Befragten an, dass sie schwere (43 %) oder sehr schwerwiegende (33 %) Folgen erlitten hatten. Insbesondere psychische Veränderungen wie Wut, aber auch soziale Veränderungen wie Isolation gingen mit dem Gewaltgeschehen einher. Zudem berichteten die von körperlicher Gewalt und Vernachlässigung betroffenen Befragten von Unbehagen und Schmerzen.

Angst, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen können Folge von Gewalt sein (Soraes et al. 2010, Sethi et al. 2011). Körperliche Verletzungen können sich in Form von Quetschungen bis hin zu Knochenbrüchen zeigen (Sethi et al. 2011). Die Rekonvaleszenz von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist im Alter verlangsamt. Dies kann dazu führen, dass Verletzungen oder Erkrankungen nach Gewalt vorübergehend oder andauernd einen erhöhten Pflegebedarf nach sich ziehen. So gehören Knochenbrüche zu den Hauptursachen für bleibende Bewegungseinschränkungen. Aufgrund der Immobilität kann es zu Komplikationen wie einer Lungenentzündung, einem Dekubitus oder einer Thrombose kommen. Wenn Betroffene sich nur eingeschränkt mitteilen können, ist es zudem möglich, dass schwerwiegende Verletzungen erst spät erkannt und behandelt werden (Sethi et al. 2011).

Ältere Menschen mit Gewalterfahrungen haben gegenüber Nichtbetroffenen ihrer Altersgruppe ein dreifach erhöhtes Risiko innerhalb der nächsten drei Jahre zu sterben (Lachs et al. 1998).

3 Vorgehen bei Verdacht auf Gewalt

Die folgenden Empfehlungen beruhen auf der Analyse von Interviews und Fokusgruppendifkussionen mit ambulanten Pflegefachkräften, Vertreterinnen und Vertretern relevanter Akteure sowie den Ergebnissen ähnlicher Forschungsprojekte im deutschen Sprachraum.

3.1 Handlungsalgorithmus

Wenn Anzeichen von Gewalt wahrgenommen werden, kann dies ambivalente Gefühle bei den betreuenden Pflegekräften hervorrufen. Da die Hinweise auf Gewalt oft nicht eindeutig sind, kann Unsicherheit entstehen. Einen Verdacht anzusprechen, kann dazu führen, dass das Vertrauen zwischen Pflegekraft und der zu pflegenden Person bzw. den Angehörigen nachhaltig beeinträchtigt wird. Die Versorgungssituation für die betroffene Person könnte sich infolgedessen verschlechtern. Dies sollte nach Möglichkeit vermieden werden (Lehner et al. 2010).

Im Pflegedienst sollte das Grundverständnis herrschen, dass jeder Verdacht ernst zu nehmen ist und abgeklärt werden muss. Das Risiko, einem pflegebedürftigen Menschen, der von Gewalt betroffen ist, nicht zu helfen, darf nicht eingegangen werden. Hierfür sollten innerhalb des Pflegedienstes Richtlinien für den Umgang mit Gewaltverdacht implementiert werden und ein gemeinsames Verständnis von Gewalt gegen ältere, pflegebedürftige Menschen in der Einrichtung vorliegen (Lehner et al. 2010).

Als Pflegefachkraft haben Sie die Möglichkeit, Risikofaktoren wahrzunehmen. Bei der Pflegeanamnese oder einem Beratungsbesuch können Sie feststellen, ob Hinweise auf körperliche oder psychische Gewalt bzw. Vernachlässigung vorliegen. Nehmen Sie Risikofaktoren oder Anzeichen auf Gewalt wahr, dokumentieren Sie die Auffälligkeiten in der „Checkliste Pflegekraft“.² Besprechen Sie anschließend den Fall im Team unter der Zuhilfenahme der „Checkliste Team“ (Bonillo et al. 2013).

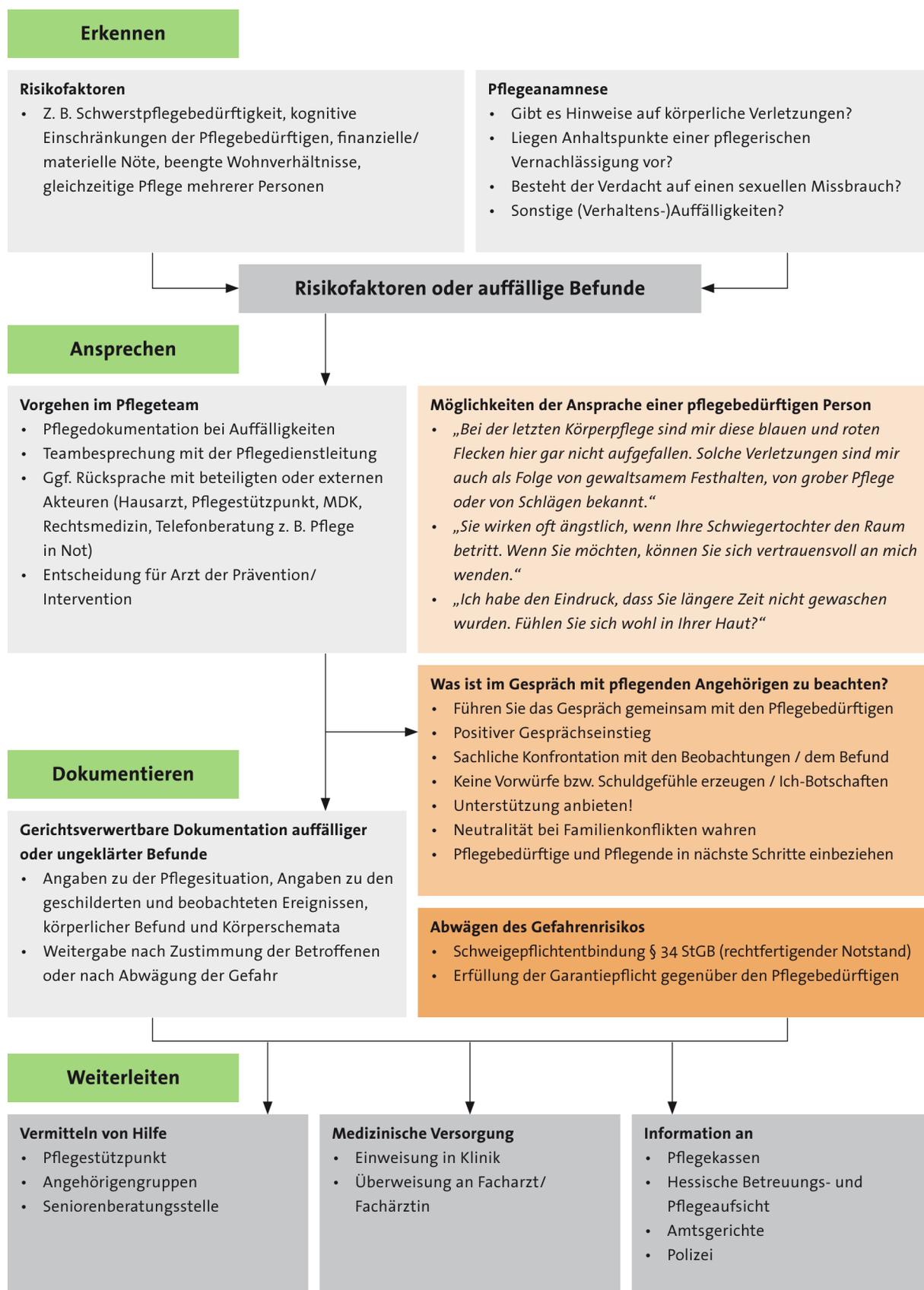
Wenn Sie auffällige oder ungeklärte Befunde bei einer pflegebedürftigen Person beobachten, sollten Sie Rücksprache mit weiteren Pflegekräften in Ihrem Team halten, um zu erfahren, wie andere die Pflegesituation einschätzen. Die Leitung des Pflegedienstes ist frühzeitig zu informieren und einzubeziehen.

Im Team wird über das weitere Vorgehen entschieden. Die geplanten Maßnahmen können in der „Checkliste Team“ festgehalten und in einem selbst definierten Zeitraum überprüft werden. Im günstigen Fall können interne Maßnahmen wie Beratung zu weiteren Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten ausreichen, die Gewalt zu beenden.

Treten Gewalt und Vernachlässigung weiterhin auf, können externe Akteure hinzugezogen werden, die unter Kapitel 3.2 näher beschrieben werden. In Abbildung 3 wird dargestellt, wie Sie in einem Gewaltverdachtsfall vorgehen sollten.

² In dem Projekt PURFAM (Bonillo et al. 2013, Heidenblut et al. 2013) wurde ein Assessmentinstrument entwickelt, in dem unterschiedliche Checklisten und Dokumentationsbögen entwickelt und in der Praxis erprobt wurden.

Abbildung 3 Handlungsalgorithmus für Pflegefachkräfte bei (Verdacht auf) Gewalt



Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Externe Akteure

Die folgenden Informationen sind Ergebnis der Analyse von Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der genannten Akteure. Die beschriebenen Handlungsoptionen richten sich nach den im deutschen Recht zur Verfügung stehenden Möglichkeiten.

Externe Akteure benötigen für ihre Arbeit eine schriftliche Dokumentation, um weitergehende Maßnahmen einzuleiten. Der Dokumentationsbogen „Dokumentation auffälliger Befunde bei Pflegebedürftigen“ (siehe Kapitel 7.4) hilft Ihnen dabei, alle Informationen sachlich und systematisch festzuhalten. Auf dieser Grundlage können externe Akteure Maßnahmen initiieren.

Pflegekassen

Wenn Ihr Pflegedienst die turnusgemäßen Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI übernimmt, kann in dem Formular die defizitäre Pflege festgehalten werden. Sie haben auch die Verpflichtung, eine defizitäre oder nicht sichergestellte Pflege den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen unverzüglich zu melden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegekassen haben selbst keine Befugnisse, sich die Pflegesituation ihrer Kundinnen und Kunden in deren Wohnumfeld anzuschauen. Sie sind dabei auf die Unterstützung von Akteuren aus dem Pflegeversorgungsbereich angewiesen, die gemäß dem SGB XI (§ 37 Abs. 3; § 40 Abs. 1; § 18 Abs. 2; § 114a Abs. 2; § 92c) vor Ort für sie tätig werden. Hierzu zählen Sie als Pflegefachkraft, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) oder Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Erhält die Pflegekasse die Information, dass die Pflege nicht sichergestellt ist, hat sie unterschiedliche Handlungsoptionen:

- Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der eigenen Pflegekasse können eingesetzt werden: Diese werden zu der betroffenen Familie geschickt, um diese persönlich über Unterstützungsmöglichkeiten zu beraten. Nach einigen Wochen überprüfen sie den Erfolg der Maßnahmen.
- Der MDK kann beauftragt werden, eine erneute Überprüfung durchzuführen.
- Es können eigene Pflegeberatungen nach § 45 SGB XI angeboten bzw. vermittelt werden. Hierzu zählen bspw. die Pflegeschulungen.
- Das Pflegegeld kann gekürzt oder gestrichen werden (§ 37 Abs. 6 SGB XI). Bei einer Kürzung des Pflegegeldes wird zuerst eine Umstellung von Geld- auf Sachleistung angestrebt, so dass ein ambulanter Pflegedienst unterstützend in der Familie tätig wird. Das Pflegegeld kann aber auch gestrichen werden, wenn die Beratungsbesuche nicht in Anspruch genommen werden.
- Auch andere Unterbringungsformen können angeboten werden. Reicht die angebotene Leistung nicht aus, die häusliche Pflege sicherzustellen, kann die Pflegekasse übergangsweise eine Tages- oder Nachtpflege organisieren. Auch eine teil- oder vollstationäre Unterbringung kann angeboten werden. Die Pflegekassen haben jedoch nicht die Möglichkeit, die Umstellung der Pflegeleistungen zu erzwingen.
- Der Fall kann auch an das zuständige Amtsgericht für Betreuungsfragen, die zuständige Ordnungsbehörde in Hessen oder die Staats- bzw. Anwaltschaft weitergeleitet werden.

Die Versicherungsnehmerinnen bzw. Versicherungsnehmer und deren gesetzlich betreuende Person haben die Möglichkeit, die Dokumentation des Beratungseinsatzes nicht an die Pflegekasse weiterzugeben. In diesen Fällen bekommt die Kasse jedoch eine Information darüber, dass die Beratung erfolgt ist und der oder die Pflegebedürftige nicht wünscht, dass die Dokumentation eingesehen wird. Hier könnte es hilfreich sein, die Pflegekasse nach dem Beratungstermin telefonisch und schriftlich darüber zu informieren, wenn Sie Defizite in der Versorgung oder auffällige Befunde gesehen haben.

Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht

Die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht (HBPA) fungiert als Unterstützungsorgan. Sie ist als Ordnungsbehörde verpflichtet, jedem Hinweis auf Gewalt oder Vernachlässigung nachzugehen. Der HBPA stehen alle Handlungsoptionen für die Lösung des Problems zur Verfügung. Im Team werden individuelle Maßnahmen initiiert. Dabei arbeitet die HBPA eng mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zusammen. So können sie Gespräche mit den Betroffenen führen, unangemeldete Besuche in der Wohnung durchführen oder weitere Akteure wie beispielsweise das Gesundheitsamt bei Hygienemängeln kontaktieren und überprüfen, ob das Problem gelöst wurde.

Die HBPA kann aber auch unabhängig von der Pflegekasse aktiv werden, wenn die Pflegekasse ihre Verpflichtungen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege nicht wahrnimmt.

In anderen Bundesländern gibt es Institutionen, die der HBPA entsprechen, deren rechtliche Möglichkeiten sich allerdings von denen in Hessen unterscheiden. Oft erstreckt sich die Zuständigkeit nicht auf die ambulante pflegerische Versorgung.

Pflegestützpunkte

Die Fachkräfte der Pflegestützpunkte haben die Aufgabe, hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige umfassend und neutral zu beraten und zu unterstützen. Sie können die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im § 7a Abs. 1 SGB XI geregelte Pflegeberatung durchführen. Um eine individuelle und flexible Versorgung im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, vernetzen die Pflegestützpunkte die regionalen ambulanten, teilstationären und stationären Anbieter für Pflege und Betreuung.³ Die meisten Familien nehmen die Pflegestützpunkte freiwillig in Anspruch und gehen selbst auf die Beraterinnen und Berater zu, um Informationen über Anträge auf Pflegeleistungen oder Hilfe bei der Antragstellung zu erhalten. Die Chance der Pflegestützpunkte für eine effektive Gewaltprävention ist das bestehende Vertrauensverhältnis zu den Familien.

Sie als Pflegefachkraft können selbst Kontakt zu den Pflegestützpunkten aufnehmen, um sich beraten zu lassen. Sie können auch die Kontaktadresse von dem zuständigen Pflegestützpunkt an die Angehörigen oder pflegebedürftige Personen geben, so dass dort weitere Hilfe- und Entlastungsmöglichkeiten unterbreitet werden können. Der Pflegestützpunkt kann daher eher als präventiver Akteur angesehen werden.

³ Pflegestützpunkte in Hessen sind bspw. zu finden unter: www.bkk-hessen.de/pflegestuuetzpunkte_in_hessen.

Hausärztin bzw. Hausarzt

Die hausärztliche Praxis nimmt – ebenso wie die Pflege – eine Schlüsselposition ein, wenn es darum geht, mögliche Anzeichen von körperlicher Gewalt oder Vernachlässigung erkennen zu können. Oftmals und besonders in ländlichen Regionen besteht der Arzt-Patienten-Kontakt über einen sehr langen Zeitraum. Der Hausärztin bzw. dem Hausarzt sind neben der Krankengeschichte häufig auch das Familiensystem und die sozialen Verhältnisse bekannt. In der Regel nimmt die Hausärztin bzw. der Hausarzt Hausbesuche bei der pflegebedürftigen Person vor oder bestellt diese, je nach Pflegestufe und Mobilität, zu sich in die Praxis. Auch zwischen Ihnen und der hausärztlichen Praxis besteht in der Regel eine enge Zusammenarbeit. Deshalb sollten diese in die Überlegungen des Pflegeteams beratend und unterstützend einbezogen werden. Eine gute Kooperation und Kommunikation zwischen Ihrem Pflegedienst und der hausärztlichen Praxis sind hilfreich. Die Hausarztpraxis hat allerdings keine grundlegend weiterreichenden Handlungsoptionen als ein Pflegedienst.

Polizei

Besteht akute Gefahr für Leib und Leben müssen Sie umgehend die Polizei kontaktieren. Dies könnte z. B. der Fall sein, wenn Sie Zeuge einer massiven Gewalthandlung werden oder die bzw. den Pflegebedürftigen in einer lebensbedrohlichen Situation wähen oder der allgemeine Pflegezustand als unzumutbar bzw. lebensgefährlich einzustufen ist (siehe auch Kapitel 4 *Rechte und Pflichten professioneller Pflegefachkräfte*).

Die Polizei kann eine Wegweisung (Platzverweisung gemäß § 38 BPolG) der Täter erwirken oder die Betroffenen kurzfristig an einem anderen Ort unterbringen (Gewahrsam gemäß § 39 Abs. 3 BPolG). So kann deren Schutz gewährleistet und ein Übergang geschaffen werden, bis eine Lösung für die Pflegesituation gefunden ist. Die übergangsweise Unterbringung stellt die Polizei gerade bei Menschen mit einer schweren Pflegebedürftigkeit jedoch häufig vor Herausforderungen und nicht selten ist die Folge eine dauerhafte Unterbringung in der stationären Pflege, was nicht immer die beste Lösung für die Betroffenen sein muss.

Auf diese Entwicklungen versucht die Polizei zu reagieren, indem Polizistinnen und Polizisten für das Thema Gewalt sensibilisiert und im Umgang mit Fällen von Verdacht auf Gewalt gegen Pflegebedürftige geschult werden. Auf vielen Revieren gibt es Sachbearbeiterinnen oder Sachbearbeiter für den Bereich häusliche Gewalt und einige Präsidien verfügen über Abteilungen für Opferschutz (bspw. in Frankfurt a. Main). Neben der Strafverfolgung wird so ein Schwerpunkt auf die Präventionsarbeit gelegt. Polizistinnen und Polizisten werden auch beratend und unterstützend tätig, indem sie Betroffene an Beratungsstellen weitervermitteln. Dieses Vorgehen ist jedoch, gerade im Bereich von Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige, noch nicht sehr etabliert und stark vom Engagement und der Einstellung der einzelnen Beamtin bzw. des einzelnen Beamten abhängig.

Amtsgericht

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor, so ist das zuständige Amtsgericht über Anzeichen für Gewalt oder Vernachlässigung in Kenntnis zu setzen. Amtsgerichte haben die Pflicht, alle eingehenden Hinweise zu überprüfen. Eine schriftliche Dokumentation erleichtert ihre Arbeit. Das Amtsgericht kann die Betreu-

ungsbehörde beauftragen zu klären, ob eine gesetzliche Betreuung notwendig ist bzw. die bestehende Betreuung zu überprüfen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Betreuungsbehörden haben jedoch nicht das Recht, sich gegen den Willen des zu Pflegenden oder deren gesetzlich betreuenden Person Zutritt zur Häuslichkeit zu verschaffen. Anders als Betreuer unterliegen Bevollmächtigte keiner Kontrolle durch die Betreuungsbehörde oder das Amtsgericht. Dennoch gilt auch hier das Strafrecht.

Die Betreuungsbehörde ist keine Erstberatungsstelle und hat keine Eingriffsmöglichkeiten. Sie leitet die gemeldeten Fälle weiter an das Amtsgericht, das über die Anregung einer gesetzlichen Betreuung bzw. Überprüfung einer bestehenden gesetzlichen Betreuung entscheidet.

Amtsanwaltschaft/Staatsanwaltschaft

In Zusammenarbeit mit der Amts- oder Staatsanwaltschaft kann die Polizei versuchen, strafrechtliche Konsequenzen für Gewalttäter zu erwirken, die Pflegebedürftige mutwillig körperlich oder emotional verletzen, sexuell misshandeln, ihrer Freiheit berauben oder finanziell ausbeuten.

Ziel der Staatsanwaltschaft ist immer die Verurteilung eines potenziellen Täters oder einer potenziellen Täterin vor Gericht. Ein Großteil der Fälle muss jedoch eingestellt werden, weil bspw. die Beweismittel nicht ausreichend sind oder die persönliche Schuld des oder der Beschuldigten als so gering einzuschätzen ist, dass eine Verurteilung vor Gericht nicht zu erwarten ist (§ 153 StPO; § 170 Abs. 2 StPO). Dazu kommt es bspw., weil aus Überforderung oder Fahrlässigkeit gehandelt wurde, die Opfer oder Zeugen keine Aussagen machen oder relevante Unterlagen wie bspw. ärztliche Atteste oder Dokumentationen fehlen. Die Staatsanwaltschaft ist dazu befugt, ihre Fälle an das Betreuungsgericht weiterzuleiten.

Die Handlungsoptionen der Staatsanwaltschaft sind stark reglementiert. Außerhalb der Einleitung juristischer Schritte hat die Staatsanwaltschaft kaum Handlungsspielräume, da den Anwältinnen und Anwälten entweder die rechtliche Grundlage für eine Informationsweitergabe, bspw. an Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen, fehlt oder Schnittstellenprobleme mit den kooperierenden Institutionen bestehen.

Rechtsmedizin

Bei erhärtetem Verdacht mit körperlich sichtbaren Verletzungen und Auffälligkeiten wie z. B. Doppelstrichen am Oberarm, Petechien im Gesichts- und Halsbereich oder Anzeichen einer Exsikkose haben Sie die Möglichkeit, sich an das für Sie örtlich zuständige Institut für Rechtsmedizin zu wenden. Sie können den dort tätigen Rechtsmedizinerinnen und Rechtsmedizinern per Telefon Ihren Verdacht schildern. Eine Rechtsmedizinerin bzw. ein Rechtsmediziner kann eine Aussage dazu machen, ob eine sichtbare Verletzung mit der Schilderung des Herganges übereinstimmt oder nicht. Im Gespräch mit der Rechtsmedizin sollten Sie kurz skizzieren, wann Sie was beobachtet haben, bzw. was Ihnen wann von wem geschildert wurde. Den körperlichen Befund sollten Sie mit Größe, Form, Farbe, Tiefe und Beschaffenheit sowie Lokalisation beschreiben können (siehe Kapitel 7.2. *Beschreibende Dokumentation von Auffälligkeiten*). Es empfiehlt sich auch hier, im Vorfeld einige Notizen anzufertigen.

4 Rechte und Pflichten professioneller Pflegefachkräfte

Die Rechtsgrundlagen für die folgenden Empfehlungen wurden systematisch in Zusammenarbeit mit Rechtsexpertinnen aufgearbeitet. Sie gelten für das deutsche Rechtssystem.

4.1 Schweigepflicht und Informationsweitergabe

Als Fachkräfte im Gesundheitswesen sind Sie an die Verschwiegenheitspflicht gebunden. Eine vertrauliche Information, die Ihnen als Pflegefachkraft anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, dürfen Sie nicht unbefugt offenbaren (§ 203 StGB).

Ausnahmen bestehen, wenn:

1. eine Einverständniserklärung der bzw. des Betroffenen und ggf. der gesetzlich Betreuenden vorliegt,
2. gesetzliche Auskunftspflichten bestehen (Garantenpflicht, Anfrage),
3. eine konkludente (stillschweigende) Einwilligung (z. B. bewusstloser Klient bzw. bewusstlose Klientin) oder
4. ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB vorliegt.

Grundsätzlich sollte der (ggf. mutmaßliche) Wille der betroffenen Person ausschlaggebend dafür sein, ob Sie Informationen weiterleiten.

Informationen, die pflege- und behandlungsrelevant sind, können Sie mit Akteuren aus der Pflege- und Gesundheitsversorgung austauschen, wenn dies in dem Pflegevertrag mit Ihren Kundinnen und Kunden festgehalten ist. Dazu gehören behandelnde Ärztinnen und Ärzte und andere Therapieberufe.

Um gesetzliche Auskunftspflichten handelt es sich, wenn dazu berechnigte Institutionen Informationen zu einer Pflegesituation anfordern. Nach SGB V und SGB XI dürfen z. B. die Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht und der MDK Auskünfte verlangen. Auch das Amtsgericht und die Betreuungsbehörde können Informationen über die Situation einer gesetzlich betreuten Person anfordern. Bei einem Verdacht auf eine Straftat dürfen die Polizei und die Staats- bzw. Anwaltschaft Auskünfte zu einer Pflegesituation einholen. Für die Informationsweitergabe muss eine gesetzliche Genehmigung, eine sogenannte Ermächtigungsgrundlage, vorhanden sein. Daher ist es sinnvoll, immer nach dem Grund und der Rechtsgrundlage für die Anforderung von Informationen zu fragen, wenn Ihnen diese nicht vollständig bekannt sind. In Hessen sind Sie verpflichtet, Pflegemissstände aller Art an die hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht zu melden (Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz HBPG).

Die Schweigepflicht darf auch eigenmächtig gebrochen werden, wenn ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB vorliegt. Ein rechtfertigender Notstand wäre es, wenn ein höherwertiges Rechtsgut als die Schweigepflicht aktuell gefährdet sein könnte. Hierzu zählen die Unversehrtheit von Leib, Leben oder die Freiheit der Person. Körperverletzung, Freiheitsberaubung und die Misshandlung Schutzbefohlener entbinden Sie demnach von der Schweigepflicht gegenüber der Polizei, der Staatsanwaltschaft

und Gerichten. Gegenüber Privatpersonen sind Sie weiterhin an die Schweigepflicht gebunden. Tritt ein rechtfertigender Notstand ein, müssen Sie trotzdem den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit berücksichtigen, d. h. die Datenweitergabe muss für den Schutz der gefährdeten Person geeignet und im Umfang angemessen sein.

Liegen kognitive Einschränkungen bei den Kundinnen und Kunden vor, so dass die Betroffenen nicht selbst darüber entscheiden können, ob die Information über einen Pflegemissstand weitergegeben werden darf, müssen Sie als professionelle Pflegefachkraft versuchen im Sinne der Betroffenen zu entscheiden.

Kontrollfragen, bevor Sie Informationen ohne gesetzlichen Auftrag oder Auftrag der Betroffenen weitergeben

- Sind Leib und Leben der Betroffenen in Gefahr?
- Muss ich für die betroffene Person entscheiden, da sie es selbst nicht kann?
- Ist die Datenweitergabe prinzipiell geeignet, um der bzw. den Betroffenen zu helfen und sie vor weiterem Schaden zu schützen?

Im Falle einer rechtlichen Untersuchung ist es wichtig, nachweisen zu können, dass Sie den Schutz der Betroffenen gegen den Schutz Ihrer Privatsphäre abgewogen haben.

Dokumentieren Sie Ihre Überlegungen, um sich abzusichern!

Sie machen sich strafbar, wenn Sie eigenmächtig handeln und eine misshandelte pflegebedürftige Person ohne Wissen der gesetzlichen Betreuerin bzw. des gesetzlichen Betreuers an einen anderen Ort bringen. Zuständig für eine Unterbringung ist die gesetzlich betreuende Person (§ 1906 BGB). Sie müssen in solchen Fällen die Polizei oder das Amtsgericht verständigen. Ausnahme sind akute Notfälle.

4.2 Rechtliche Konsequenzen beim Unterlassen und Anzeigepflicht

Sie sind als professionelle Pflegefachkraft aufgrund des gesetzlichen Pflegeauftrages und des abgeschlossenen Pflegevertrages verpflichtet, eine mögliche Gefahr für Leib und Leben der pflegebedürftigen Person zu verhindern (Garantenpflicht, Hintergrund ist der § 13 StGB, vgl. Bonillo et al. 2013). Sie sind ebenfalls verpflichtet Hilfe zu leisten bzw. Hilfe zu holen, wenn Pflegebedürftige durch Gewalt-handlungen verletzt wurden.

Nehmen Sie Gewalt wahr und handeln nicht, dann verstoßen Sie gegen die Garantenpflicht und machen sich strafbar. Dies wird aus juristischer Sicht einer aktiven Tat gleichgesetzt (§ 13 StGB). Sie können zudem wegen Beihilfe zur Körperverletzung oder auch der Beihilfe zur Misshandlung Schutzbefohlener angeklagt werden (§ 225 StGB).

Nach § 138 StGB gibt es Fälle, in denen es Ihre Pflicht ist, Ihre Schweigepflicht zu brechen und Anzeige zu erstatten. Dies gilt unter anderem bei Totschlag und Mord, Selbstmorddrohungen und wenn Sie glaubhaft von einer bevorstehenden kriminellen Tat erfahren, deren Abwendung noch möglich ist.

Wenn Sie in diesen Fällen keine Anzeige erstatten, besteht für Sie nur Straffreiheit, wenn Sie ernsthafte Bemühungen zur Abwendung der Tat nachweisen können oder die Tat selbst verhindern konnten.

4.3 Dokumentation

Als professionelle Pflegefachkraft und Anbieter von Pflegeleistungen sind Sie verpflichtet, Ihre Dokumentation für Kundinnen, Kunden und ggf. deren gesetzlich Betreuende zugänglich zu verwahren (Sträßner 2010). Diese haben das Recht, Einsicht in die Unterlagen zu nehmen (§ 810 BGB). Die Einsichtnahme bezieht sich auf personenbezogene Unterlagen und auf objektive Sachverhalte sowie medizinische Diagnosen, jedoch nicht auf subjektive Einschätzungen (Sträßner 2010, Birkenstock 2012).

Prinzipiell dürfen Sie keine separate, verschwiegene Dokumentation anfertigen (Birkenstock 2012). In Fällen, in denen Sie etwas Pflegerelevantes dokumentieren müssen, das Konfliktpotenzial birgt, ist eine separate Dokumentation in Absprache mit der pflegebedürftigen Person jedoch zulässig. Es könnte vorkommen, dass Sie negative Veränderungen der Pflegesituation beobachten wie z. B. eine starke Gewichtsabnahme und pflegende Angehörige Ihnen daraufhin die Dokumentation dieser Entwicklung verbieten wollen. In diesen Fällen wäre eine separate Dokumentation notwendig und vor dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auf Nachfrage zu begründen.

5 Auffälligkeiten sensibel ansprechen

Die folgenden Aussagen beruhen auf Ergebnissen anderer Projekte zur Gewaltprävention.

Die Hemmschwelle ein Gespräch über Gewalt oder Vernachlässigung zu beginnen ist hoch. Scham- und Schuldgefühle verhindern, dass Betroffene über ihre Erfahrungen sprechen (Hellbernd et al. 2004, GiG-net 2008). Bei älteren, pflegebedürftigen Menschen spielt auch das Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Pflegenden eine Rolle. Darüber hinaus sind sie häufig in ihrer Mitteilungs- und Orientierungsfähigkeit eingeschränkt.

Pflegebedürftige reagieren vielleicht auf Ansprache anders als Sie es im Voraus erwarten. Einer wohlgemeinten Frage könnten sie mit Wut, Angst oder Vorwürfen begegnen (Wasan et al. 2005). Dies könnte daran liegen, dass die Betroffenen weitere Übergriffe oder den Verlust der gewohnten Umgebung befürchten. Die Alternative, dauerhaft in einem Pflegeheim untergebracht zu werden, kann ältere Menschen mehr abschrecken als die Vorstellung in der derzeitigen Situation zu verbleiben. Ist die Lebens- und Familiengeschichte der pflegebedürftigen Person gewaltgeprägt, nimmt sie aktuelle Geschehnisse eventuell gar nicht als problematisch wahr und empfindet Ihre Sorge deshalb als unangemessen (Görge et al. 2009).

Aus Erfahrungen von (zahn-)medizinischen Gewalt-Dokumentationen sowie Unterlagen und Schulungen anderer Gewaltpräventionsprojekte⁴ sind dies jedoch keine Gründe dafür, ein Gespräch nicht zu versuchen. Sie sollten darauf achten, dass sich aus Ihren Gesprächsangeboten keine negativen Folgen für die bzw. den Pflegebedürftigen ergeben. Deshalb sollten Sie nicht im Beisein Anderer mit der betroffenen Person sprechen. Sorgen Sie für eine ruhige, vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre.

⁴ Konkret gemeint ist hier das Projekt S.I.G.N.A.L. (vgl. Hellbernd et al. 2003).

Hinweise für die Gesprächsführung

- Hören Sie den Antworten und Angaben genau zu, ohne zu urteilen.
- Nehmen Sie eine gelassene Körperhaltung ein. Dies signalisiert: „Ich nehme mir Zeit für Sie und werde zuhören.“
- Senden Sie Ich-Botschaften wie „Mir ist aufgefallen, dass...“
- Hören Sie aktiv zu. Dafür können Sie z. B. zustimmend nicken und unterstützende Bemerkungen machen wie „Mmh“ oder „Ich verstehe“.
- Verwenden Sie eine klare, verständliche Sprache, die dem Alter, dem Bildungsstand und dem kulturellen Hintergrund Ihres Gegenübers angemessen ist.
- Respektieren Sie, wenn Ihre Kundinnen und Kunden nicht antworten wollen.
- Vermeiden Sie es nach Ursachen für Gewalt, Konflikten oder Unstimmigkeiten zu fragen, da dadurch Schuldgefühle bei den Betroffenen ausgelöst werden können.
- Verzichten Sie auf allgemeine Bezeichnungen wie beispielsweise „körperliche Gewalt“ oder „Vernachlässigung“ und benutzen Sie stattdessen konkrete Fragen, z. B. „Haben Sie heute schon etwas gegessen?“

Möglichkeiten, wie Sie das Gespräch beginnen können

- „Sie wirken auf mich oft ängstlich, wenn X den Raum betritt. Haben Sie momentan Probleme mit X, bei denen ich Ihnen helfen könnte?“
- „Ich habe Ihren Rollator schon seit ein paar Tagen nicht mehr gesehen. Können Sie Ihren Rollator erreichen, wenn Sie ihn benutzen wollen?“
- „Ich habe beobachtet, dass es Ihnen in den letzten Wochen zunehmend schwerer gefallen ist, sich alleine zu waschen und zu versorgen. Benötigen Sie dabei vielleicht mehr Unterstützung?“
- „Bei der letzten Körperpflege sind mir diese blauen und roten Flecken hier gar nicht aufgefallen. Können Sie mir erzählen, was da passiert ist?“
- „Verletzungen wie diese hier sind mir auch als Folge von unsanfter Pflege bekannt. Hat Sie jemand zu fest angefasst oder geschlagen?“

6 Auffällige oder unklare Befunde

Die folgenden Hinweise beruhen auf vor allem rechtsmedizinischen Expertenmeinungen.

Es gibt keine Befunde einer körperlichen Untersuchung, die eindeutig Gewalt gegen Pflegebedürftige beweisen. Körperliche Veränderungen im Alter, gesundheitliche Probleme und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten können Symptome hervorrufen, die denen einer Gewalteinwirkung ähneln (Graß/Walentich 2006).

Ihre Aufgabe als Pflegefachkraft ist es nicht, Beweise für Gewalt bei einer pflegebedürftigen Person zu finden. Sie haben aber die Möglichkeit, bei pflegerischen Verrichtungen auf Anzeichen für ein schlechtes Befinden und auf Verletzungen zu achten, deren Ursachen unklar sind und die auch im Zusammenhang mit Gewalt stehen könnten. Auffällige Befunde anzusprechen und ohne Bewertung und Interpretation zu dokumentieren, ist die Herausforderung.

Da andere Ursachen als Gewalt und Vernachlässigung zugrunde liegen können, ist eine genaue Abklärung notwendig! Es dürfen keine vorschnellen Schlüsse gezogen werden.

Körperliche Befunde, auf die Sie besonders achten sollten

- Hämatome bzw. Hautunterblutungen sind das häufigste Symptom, wenn körperliche Gewalt angewendet wird (Mark 2001). Mehrere Hämatome in unterschiedlichen Heilungsstadien an verschiedenen Körperstellen erhärten den Verdacht! Bedenken Sie aber, dass die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. Marcumar®) bewirken kann, dass bereits ein festes Anfassen einen Bluterguss verursacht. Auch altersbedingte Hautveränderungen können die Entstehung von Hautunterblutungen begünstigen.
- Besonderes Augenmerk sollte auch auf Verbrennungen und Verbrühungen an untypischen Körperstellen wie Rücken, Gesäß und Beine gelegt werden.
- Alte, unbehandelte Frakturen können durch Fehlstellung oder eingeschränkte Beweglichkeit auffallen.
- Beidseitige Verletzungen an Kopf und Rumpf sind unfallbedingt kaum möglich und weisen auf Fremdeinwirkung hin. Ebenso sind gleichzeitige (dorsale und ventrale) Verletzungen an der Körpervorderseite und der Körperrückseite auffällig.
- Beim Würgen mit den Händen werden meist diffuse Rötungen, breitere Kratzer (Hautabtragungen) oder Schürfungen an der Halshaut ersichtlich.
- Band- oder streifenförmige zirkuläre Rötungen oder Schürfungen sind nach einer Drosselung erkennbar. Durch die Kompression der Halsvenen können petechiale Einblutungen (Nadelstichblutungen) im Kopf-Hals-Bereich auftreten. Besonders zu beachten sind hierbei die Augenbindehäute und Augenlider, die Gesichtshaut, der Bereich hinter den Ohren sowie die Mundschleimhaut (Anders/Seifert 2012).

In Tabelle 3 wird ein Überblick über körperlich sichtbare Befunde und Auffälligkeiten im Verhalten, die auf Gewalt hinweisen können, gegeben. Die Befunde sind hier Gewaltformen zugordnet, wobei auch Überschneidungen möglich sind.

Tabelle 3 Beispiele für beobachtbare Anzeichen unterschiedlicher Gewaltformen

Gewaltform	Mögliche Anzeichen
Körperliche Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> - Blutergüsse an nicht sturz- bzw. anstoßtypischen Stellen - Schwellungen, Abschürfungen - Verletzungen im Gesichts- und Mundbereich - knöcherne Verletzungen/Frakturen - Verbrennungen/Verbrühungen - Quetsch-/Risswunden - ausgerissene Haare
Psychische Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> - Schlafstörungen - Depressionen - Aggressivität - emotionaler/sozialer Rückzug - ängstliches Verhalten
Sexualisierte Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbehalte gegen die Körperpflege/Intimpflege - Blutergüsse an den Brüsten - Verletzungen im Anal-/Genitalbereich - Geschlechtskrankheiten
Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none"> - Druckgeschwüre - Dehydration - Unter- bzw. Fehlernährung - unsaubere Wohnverhältnisse - unzureichende Beschäftigung - unversorgte/unbehandelte Gesundheitsprobleme
Ökonomische Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> - Berichte der/des Pflegebedürftigen - Nahrungsmittelknappheit zu Hause - Fehlen verschriebener Medikamente - Überschreibung des Grundbesitzes auf Angehörige - Verschwinden von Anlagen und Gegenständen (z. B. Schmuck)
Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)	<ul style="list-style-type: none"> - Schürfungen an Hand- und Fußgelenken - unsachgemäßer Gebrauch von Fixierungen - Veränderungen des Wohnumfeldes ohne Zustimmung der pflegebedürftigen Person - Unerreichbarkeit von Gehhilfen oder Schuhen - Fehl- und Multimedikationen - Verriegelung von Türen - Unsachgemäße, die Bewegungsfreiheit einschränkende Verwendung von Bettgittern

Einen detaillierten Überblick zu Gewaltbefunden finden Sie auf der Homepage [www. befund-gewalt.de](http://www.befund-gewalt.de), aus der die hier dargelegten Informationen gewonnen sind.

7 Dokumentation auffälliger Befunde

Die folgenden Hinweise sind überwiegend nach Beratung durch Rechtsmedizinische Institute entstanden, insbesondere durch das Institut für Rechtsmedizin am UKE, sowie durch Beratung weiterer Expertinnen und Experten.

7.1 Der Dokumentationsbogen bei auffälligen Befunden

Die Dokumentation auffälliger oder ungeklärter Befunde kann als Entscheidungshilfe für externe Akteure dienen, die Sie zur Hilfe hinzuziehen, wie Ärztinnen und Ärzte, Betreuungs- und Pflegeaufsicht, Amtsgerichte, Pflegekassen oder Polizei. Darüber hinaus kann die Dokumentation als Beweismittel dienen und helfen, den Sachverhalt zu klären (Wieners et al. 2012). Sollte es zu einer Gerichtsverhandlung kommen, werden Sie ggf. als sachverständiger Zeuge geladen und Ihre Dokumentation kann als Nachweis von Gewalt oder Vernachlässigung in der häuslichen Pflege herangezogen werden.

Der Dokumentationsbogen bietet Ihnen eine Hilfestellung, um Beobachtungen und Schilderungen sowie körperliche Befunde standardisiert festzuhalten. Ergänzend sollten Sie auf die Pflegedokumentation verweisen.

Wann sollten Sie den Dokumentationsbogen anwenden?

- Sie bzw. Ihre Kolleginnen und Kollegen haben Anzeichen wahrgenommen, die auf Gewalt hindeuten.
- Die Pflege ist defizitär: Grundlegende Bedürfnisse der bzw. des Pflegebedürftigen werden nicht erfüllt bzw. es liegen gravierende Pflegemängel vor.
- Sie wollen an die Pflegekassen und/oder der Hessischen Betreuungs- und Pflegeaufsicht bzw. der Heimaufsicht kommunizieren, dass die Pflege in einem Haushalt nicht sichergestellt ist. Ihre pflegeschulischen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft und haben keine grundlegenden Veränderungen in der Pflegesituation ergeben.
- Die bzw. der Pflegebedürftige wünscht eine Dokumentation der Geschehnisse.
- Die Dokumentation wird von der Betreuungs- und Pflegeaufsicht bzw. der Heimaufsicht, von dem MDK, der Betreuungsbehörde oder der Staats- bzw. Anwaltschaft beauftragt.
- Sie wollen dokumentieren, dass Sie Missstände beobachtet und weitergeleitet haben, um sich rechtlich abzusichern.

Hinweise für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens

- Füllen Sie den Bogen möglichst gemeinsam mit einer weiteren Pflegekraft aus, die der pflegebedürftigen Person auch bekannt ist.
- Bitte achten Sie auf ein leserliches Schriftbild und eine verständliche Sprache.
- Verzichten Sie auf Abkürzungen und vermeiden Sie Begriffe, die nur innerhalb des Gesundheitswesens verständlich sind. Die Dokumentation sollte auch für Personen, die nicht aus dem Gesundheitswesen kommen, verständlich sein.
- Berücksichtigen Sie in Ihrer Dokumentation auch Beschwerden und (Verhaltens-) Auffälligkeiten wie bspw. chronische Schmerzen, Schlafstörungen, Depressionen, Aggressivität, Abwehrverhalten, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Bewegungseinschränkungen sowie wirtschaftlich veränderte Familienverhältnisse.
- In dem Dokumentationsbogen sind Beispiele und der Verweis auf die Pflegedokumentation kursiv hinterlegt. Sie finden im Bogen auch kleine Hilfestellungen für die Anwendung.

7.2 Beschreibende Dokumentation von Auffälligkeiten

Die beschreibende Darstellung einer Verletzung oder anderen Auffälligkeit hat den Vorteil, dass Sie keine Einschätzung darüber abgeben müssen, wie die Verletzung zustande gekommen ist. Bei einer reinen Beschreibung wird keine Aussage dazu getroffen, wie plausibel die Schilderung des Vorfalls mit dem Befund erscheint. Dies kann für Sie entlastend sein, denn Sie beschuldigen so auch niemanden zu Unrecht. Sie tragen nur zur Klärung unklarer Befunde bei.

Anhaltspunkte für eine beschreibende Dokumentation

- Es werden keine Deutungen oder Bewertungen vorgenommen. Sie beschreiben Befunde.
- Beschreiben Sie nur die Schilderungen, die sich auf den Vorfall beziehen.
- Notieren Sie auch „Begleit“-Verletzungen wie bspw. kleine Hämatome.
- Es wird, wenn möglich, eine Fotoaufnahme der Auffälligkeit gemacht und der Dokumentation beigefügt (siehe Kapitel 7.5 Fotodokumentation).
- Folgende Aspekte sollte die Beschreibung der Verletzungen enthalten:
 - Wo? – Die Lokalisation der Verletzungen/Auffälligkeiten erfolgt anhand des beiliegenden Körperschemas im Dokumentationsbogen.
 - Was? – Achten Sie besonders auf verschiedene Verletzungen (z. B. Rötung, Schürfung, Hautunterblutung, Hautabtragung, Hautdurchtrennung, Erhabenheit)
 - Wie? – Die sichtbaren Verletzungen/Auffälligkeiten werden anhand von Größe, Farbe, Form und Beschaffenheit beschrieben. Zur Feststellung der Größe wird ein Maßstab oder ein vergleichbares Maß, z. B. eine Spritze oder Winkellineal, benutzt.

Quelle: Wieners et al. 2012, Grassberger/Türk 2013, Graß o. J.

Es ist nicht entscheidend, dass Sie eine „perfekte“ gerichtsverwertbare Dokumentation anfertigen. Die Hauptsache ist, dass Sie dokumentieren!

Basisdokumentation	
Angaben zur Klientin/zum Klienten	Name, Geburtsdatum
Angaben zur Untersuchung	Name der untersuchenden Person, Datum/Uhrzeit der Untersuchung, Unterschrift der untersuchenden Person
Anamnese	Datum/Uhrzeit des Vorfalls, beschuldigte Person, Art der Gewalteinwirkung, betroffene Körperregion, mögliche Tatwerkzeuge Beispiel: „Hartes Anfassen durch pflegende Angehörige am linken Oberarm.“
Körperliche Untersuchung	Körperregion (Körperschema nutzen) Beispiel: „Mittig zwischen Brustwirbelsäule und dem unteren Rand des rechten Schulterblattes ist eine ovale, etwa 5,0 x 4,0 cm große bläuliche Hautveränderung erkennbar.“
Fotodokumentation	Angabe, ob Fotodokumentation stattgefunden hat und ggf. Anzahl der Fotos
Spurensicherung	Angabe, ob Spuren gesichtet wurden und wenn ja, welche

Quelle: Anders 2013.

7.3 Verwendung des Körperschemas bei der Dokumentation

Das Körperschema wird ergänzend zu der beschreibenden Dokumentation verwendet und dient dazu, einen Gesamtüberblick über die Verletzungen/Auffälligkeiten zu erhalten.

Allgemeine Hinweise für die Verwendung von Körperschemata

- Das Einzeichnen der Verletzungen/Auffälligkeiten hilft Ihnen dabei, die Angaben auf Vollständigkeit und Korrektheit (z. B. rechts, links) zu überprüfen.
- Versuchen Sie, möglichst einfach und gut sichtbar die Verletzungen/Auffälligen darzustellen.
- Verwenden Sie bitte nur eine Farbe zum Eintragen. Vermeiden Sie unterschiedliche Formen und Muster.
- Nutzen Sie das Körperschema für Informationen, die nicht aus Ihrer Beschreibung hervorgehen, z. B. indem Sie den Verlauf einer Verletzung mit Pfeilen angeben.
- Bei mehreren Körperstellen können Sie die Verletzungen nummerieren und neben dem Schema kurz benennen.
- Durch die mehrmalige Verwendung der Dokumentation können Sie einen Verlauf von Verletzungen/Auffälligkeiten darstellen. Eventuell reicht es bei ähnlichen Verletzungen, die häufiger auftreten, ein neues Körperschema anzufügen und die neuen Verletzungen mit Datum zu versehen.

7.4 Dokumentationsvorlage

Den folgenden Dokumentationsbogen können Sie dazu verwenden, Ihre Beobachtungen systematisch und schriftlich festzuhalten. Er wurde in Anlehnung an verschiedene bestehende Dokumentationsbögen wie dem Ärztlichen und Zahnärztlichen Dokumentationsbogen für häusliche Gewalt entwickelt.⁵

⁵ Die entsprechenden Dokumentationsbögen sind online auf der Homepage www.befund-gewalt.de verfügbar.

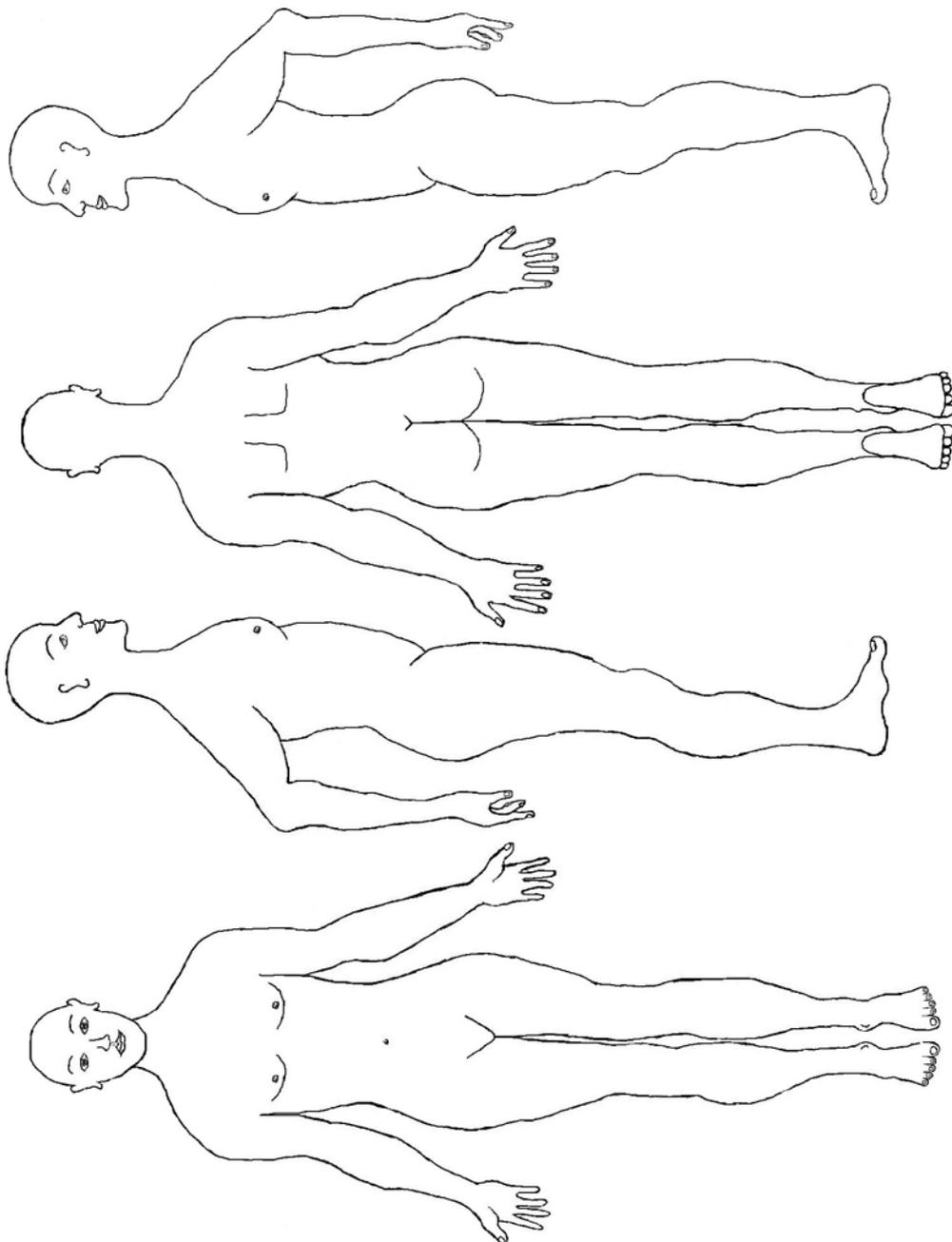
3 Befund			
<p>Wo? Was? Wie? Achten Sie auf verschiedene Verletzungen und den allgemeinen Hautzustand. Verwenden Sie für die Lokalisation der Auffälligkeiten das Körperschema auf Seite 3. Nutzen Sie für die Beschreibung, wenn möglich, ein Größenmaß. Hilfe für die Beschreibung finden Sie in der Arbeitshilfe zu diesem Dokumentationsbogen.</p>			
a) Verletzungen/Auffälligkeiten am Kopf?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
b) Verletzungen/Auffälligkeiten im Gesicht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
c) Verletzungen/Auffälligkeiten am Hals?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
d) Verletzungen/Auffälligkeiten am Brustkorb und Bauch?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
e) Verletzungen/Auffälligkeiten im Genitalbereich?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
f) Verletzungen/Auffälligkeiten im Nacken und am Rücken?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
g) Verletzungen/Auffälligkeiten an den oberen Extremitäten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
h) Verletzungen/Auffälligkeiten an den unteren Extremitäten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
i) Auffälligkeiten des Hautzustandes allgemein?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht betrachtet	<input type="checkbox"/> Ja, welche:
<p>j) Weitere Beschwerden (z. B. Schmerzen, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Appetitlosigkeit, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, abwehrendes Verhalten, Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit):</p>			

4 Bitte tragen Sie die oben beschriebenen Befunde in die Skizze ein.

Bitte dokumentieren Sie auch Bagatellverletzungen und Kratzer und markieren Sie möglichst genau wo am Körper welche Form in welcher Größe zu erkennen ist. Wenn es mehrere Stellen sind, können Sie diese nummerieren und neben dem Schema kurz benennen.

Wenn möglich, fotografieren Sie die entsprechende(n) Stelle(n). Hinweise zu der Fotodokumentation finden Sie in der Arbeitshilfe.

Abbildung 4 Körperschema zur Dokumentation von Auffälligkeiten



5 Angaben zu der Situation

Machen Sie bitte immer deutlich, **wer, was, wann, wie und wo** getan oder gesagt hat. **Achten Sie auf eine beschreibende, nicht bewertende, Formulierung!** Weitere Hilfen zur Gesprächsführung und Dokumentation finden Sie in der Arbeitshilfe zu diesem Dokumentationsbogen. **Wichtig:**

- Führen Sie ein Gespräch mit dem/der Pflegebedürftigen möglichst alleine und geben Sie in den Worten des/der Pflegebedürftigen an, was dieser/diese Ihnen mitteilt.
- Geben Sie möglichst genau wieder, was Ihnen andere Personen berichten.
- Dokumentieren Sie Ihre eigenen Beobachtungen (z. B. Veränderungen in der Pflegesituation, Anzeichen für pflegerische Defizite, Äußerungen oder Verhaltensweisen, die Sie bei den Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen bzw. in deren Umgang miteinander zur Kenntnis genommen haben).

6 Allgemeine Angaben zu der Pflegesituation				
Körperpflege	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Unter Anleitung	<input type="checkbox"/> Z. T. Übernahme	<input type="checkbox"/> Vollständige Übernahme
<input type="checkbox"/> Wenn bekannt, durch wen überwiegend übernommen:				
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Selbständig	<input type="checkbox"/> Unter Anleitung	<input type="checkbox"/> Z. T. Übernahme	<input type="checkbox"/> Vollständige Übernahme
<input type="checkbox"/> Wenn bekannt, durch wen überwiegend übernommen:				
Mobilität	<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> In Begleitung / mit Gehhilfe mobil	<input type="checkbox"/> Überwiegend bettlägerig	<input type="checkbox"/> Bettlägerig
<input type="checkbox"/> Bettlägerig, kann im (Roll-) Stuhl mobilisiert werden.				
<input type="checkbox"/> Wenn bekannt, durch wen überwiegend übernommen:				
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?: (z. B. Sehhilfe, Hörgerät, Zahnprothese, Rollator)		
Werden Hilfsmittel adäquat eingesetzt?	<input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, weil:	
Dauermedikation <i>(Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)</i>	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Bedarfsmedikation <i>(Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)</i>	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Selbstmedikation <i>(Hier kann auch auf die Pflegedokumentation verwiesen werden)</i>	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche	
Werden die Medikamente selbstständig eingenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, verabreicht durch:		
Sonstiges				

7 Informationsweitergabe	
Wünscht die pflegebedürftige Person Hilfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden die Informationen an weitere Personen bzw. Institutionen weitergegeben?	
<input type="checkbox"/> Nein, weil:	
<input type="checkbox"/> Ja, weil:	
<input type="checkbox"/> Wann:	<input type="checkbox"/> Durch wen:
<input type="checkbox"/> Weitergegeben an: <i>(z. B. Hausarzt/Hausärztin, Pflegekasse, Betreuungs- und Pflegeaufsicht, Polizei, o. Ä.)</i>	

Unterschrift der Pflegekraft/Pflegekräfte

7.5 Fotodokumentation

Auch wenn Sie in Ihrem Alltag keine optimalen Bedingungen für eine klinisch-forensische Fotodokumentation zur Verfügung haben, sollten Sie Auffälligkeiten nach Möglichkeit fotografieren. Sie nutzen die Fotodokumentation ohnehin beispielsweise für Wundheilungsverläufe; ähnlich könnten Sie auch bei auffälligen Befunden vorgehen.

Tipps für die Fotodokumentation

- Überprüfen Sie nach der Aufnahme auf dem Bildschirm der Kamera, ob das Bild scharf und angemessen belichtet ist, dies gilt insbesondere wenn ein Blitzgerät verwendet wird (nicht zu hell, nicht zu dunkel und möglichst farbecht).
- Bei Digitalkameras empfiehlt sich zur Gewährleistung der Farbgenauigkeit ein Weißabgleich (Kamera auf eine weiße, glatte Oberfläche richten und vorgesehenen Knopf an der Kamera betätigen)
- Fertigen Sie eine Übersichtsaufnahme an, aus der die Lokalisation(en) des fotografierten Befundes/der fotografierten Befunde und die Lage der Verletzungen zueinander hervorgeht.
- Fertigen Sie eine Detailaufnahme an, auf der die Beschaffenheit des Befunds sichtbar wird. Nutzen Sie dafür ein Größenmaß, idealerweise mit einer Farbskala wie z. B. die MedDoc-Card⁶ oder ein Lineal.
- Achten Sie darauf, dass Nahaufnahmen nicht verzerrt werden.
- Bewahren Sie die Fotos sicher und verschlossen auf.

(vgl. Anders 2013)

7.6 Angaben zu den Schilderungen und Beobachtungen

Die folgenden Hinweise wurden unter Wahrung der Anonymität aus Informationen von Fallbesprechungen und Hospitationen der Rechtsmedizin sowie der Schutzambulanz Fulda generiert.

Es ist wichtig, dass Sie immer deutlich machen, woher die Informationen stammen, die Sie dokumentieren, auf welchen Zeitpunkt bzw. Zeitraum sich Ihre Ausführungen beziehen, was sich zugetragen hat und welche Personen involviert waren. Wörtliche Äußerungen machen Sie mit Anführungsstrichen kenntlich. Achten Sie auf eine beschreibende, nicht bewertende Formulierung. Ihre Informationen können aus drei verschiedenen Quellen stammen:

Informationen aus Gesprächen mit Pflegebedürftigen: Geben Sie in den Worten der Pflegebedürftigen an, was diese Ihnen mitteilten. Berücksichtigen Sie, dass eventuell Einschränkungen in der Mitteilungs- und Orientierungsfähigkeit bestehen und achten Sie bei allen Angaben auf eine wertneutrale Formulierung. Kennzeichnen Sie direkt übernommene Sätze.

⁶ Med-Doc-Card© Neu Auflage 01/2008; PD Dr. med. Graß, Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf. Prof. Dr. Rothschild, Institut für Rechtsmedizin, Dr. Koerfer und Prof. Dr. Obliers, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln; abrufbar unter: http://www.familienatlas.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaiaicbv.

Beispiel: *Frau M. gibt an, vor etwa drei oder vier Tagen von ihrem Enkelsohn geschubst worden zu sein. Daraufhin sei sie gegen die kleine Kommode im Flur gefallen. Der Enkelsohn habe Geld verlangt, aber sie habe ihm schon so viel gegeben und wollte ihm nicht erneut etwas geben. Er habe sie daraufhin am Arm gepackt und gesagt: „Dann nehme ich mir, was mir zusteht!“*

Informationen durch andere Personen: Geben Sie weitgehend wortgetreu wieder, was Ihnen andere Personen berichten. Hierbei kann es sich um Äußerungen von Angehörigen, aber auch um Aussagen bzw. Beobachtungen von Nachbarn, Bekannten, der Hausärztin oder dem Hausarzt sowie weiteren Pflegefachkräften handeln.

Beispiel: *Herr M. gibt an, seine Mutter sei gestern Nachmittag wieder aus dem Haus gelaufen. Er habe sie überall gesucht und dann im Garten bei den Nachbarn vorgefunden. Er sagt, es bleibe ihm ja gar nichts anderes übrig, als die Mutter zu Hause einzuschließen.*

Ihre eigenen Beobachtungen: Dokumentieren Sie Ihre eigenen Beobachtungen, indem Sie beispielsweise beschreiben, welche Veränderungen sich von dem letzten zu dem aktuellen Pflegekontakt ergeben haben. Ein Beispiel wäre, dass Sie die pflegebedürftige Person bereits mehrfach ungewaschen in beschmutzter Kleidung vorgefunden haben oder dass wiederholt nicht ausreichend Materialien zur Inkontinenzversorgung in dem Haushalt vorrätig waren.

Schildern Sie auch Situationen, die Sie zwischen den Haushaltsmitgliedern/pflegenden Personen und den Pflegebedürftigen beobachtet haben oder Veränderungen im Verhalten der pflegebedürftigen Person. Verweisen Sie ggf. auch auf die vorhandene Pflegedokumentation. Achten Sie dabei auf die Tipps, die in Kapitel 7.2 *Beschreibende Dokumentation* gegeben werden.

Beispiel: *Am 23. Februar 2012 gegen 12:30 Uhr hat sich die Tochter von Herrn K. sehr darüber aufgeregt, dass dieser den Teller mit Essen heruntergeworfen hat. Die Tochter hat ihren Vater angeschrien, ob dieser denn nicht besser aufpassen könne.*

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Gewalt ausgeübt von pflegenden Angehörigen nach Selbstangaben; Mehrfachangaben möglich	13
Abbildung 2	Gewaltfolgen	15
Abbildung 3	Handlungsalgorithmus für Pflegefachkräfte bei (Verdacht auf) Gewalt.....	17
Abbildung 4	Körperschema zur Dokumentation von Auffälligkeiten	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Mitwirkende an der Erstellung des Dokumentationsbogens und der Arbeitshilfe	9
Tabelle 2	Beispiele für unterschiedliche Gewaltformen entlang der Aktivitäten des täglichen Lebens	12
Tabelle 3	Beispiele für beobachtbare Anzeichen unterschiedlicher Gewaltformen.....	28

Literaturverzeichnis

- Anders, S.; Seifert, D. (2012): Gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungen. Angriffe gegen den Hals. Hamburg-Eppendorf: Institut für Rechtsmedizin. Unveröffentlichte Arbeitsmaterialien.
- Anders, S. (2013): Befund Gewalt. <http://www.befund-gewalt.de> (Revisionsdatum: 06.05.2014).
- Birkenstock, L. (2012): Antworten und Erläuterungen zu im Rahmen der Umsetzung des Aktionsprogramms „Sicher Leben im Alter“ (SiliA). Häufig gestellte Fragen zur Wahrnehmung von Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegesituationen. In: Görge, T.; Rauchert, K.; Birkenstock, L.; Fisch, S.; Kämmer, K.: Sicher leben im Alter. Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege. Materialien für die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste. http://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/A6_Kap.3.2_Schulungshandreichung_Pflegedienste.pdf (Revisionsdatum: 03.05.2014).
- Bonillo, M; Heidenblut, S.; Philipp-Metzen, H. E.; Saxl, S.; Schacke, C.; Steinhusen, C. (2013): Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dahlberg, L. L.; Krug, E. G. (2002): Violence – a global public health problem. In: Krug, E. G.; Dahlberg, L. U.; Mercy, J. N.; Zwi, A. B.; Lozano, R. (2002): World report on violence and health. Genf: WHO.
- Deutscher Pflegerat e.V. (2004): Rahmen-Berufsordnung für professionell Pflegende vom 18.05.2004. <http://www.deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/Rahmenberufsordnung.pdf> (Revisionsdatum: 18.04.2014).
- Fulmer, T.; Guadagno, L.; Dyer, C. B. (2004): Progress in Elder Abuse Screening and Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society* 52 (2): 297-304.
- GiG-net (Hrsg.) (2008): Gewalt im Geschlechterverhältnis. Erkenntnisse und Konsequenzen für Politik, Wissenschaft und soziale Praxis. Opladen/Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich.
- Görge, T.; Bauer, R.; Fritsch, N.; Greve, W.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Mauder, B.; Mild, N.; Nachtmann, J.; Nägele, B.; Nowak, S.; Pfeiffer, C.; Rabold, S.; Rauchert, K.; Schröder, M.; Tesch-Römer, C.; Winkelsett, B. (2009): „Sicherer Hafen“ oder „gefährvolle Zone“? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Ergebnisse einer multimethodalen Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Görge, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S. (2012a): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Görge, T.; Rauchert, K.; Birkenstock, L.; Fisch, S.; Kämmer, K. (2012b): Sicher leben im Alter. Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der häuslichen Pflege. Materialien

- für die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste.
http://www.dhpol.de/de/medien/downloads/hochschule/13/A6_Kap.3.2_Schulungshandreichung_Pflegedienste.pdf (Revisionsdatum: 03.05.2014).
- Graß, H. (o. J.): Formulierungshilfe für die gerichtsfeste Befunddokumentation von Verletzungen.
<http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FNR-Formulierungshilfe-gerichtsfeste-Befunddokumentation.pdf> (Revisionsdatum: 29.04.2014).
- Graß, H. (2008): Med-Doc-Card© – Medizinische Befunddokumentation.
<http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FNR-Formulierungshilfe-gerichtsfeste-Befunddokumentation.pdf> (Revisionsdatum: 29.04.2014).
- Graß, H.; Walentich, G. (2006): Gefahren für alte Menschen in der Pflege. Basisinformationen und Verhaltenshinweise für Professionelle im Hilfesystem, Angehörige und Betroffene. Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).
- Grassberger, M.; Türk, E. E. (2013): Die gerichtsverwertbare Dokumentation von Verletzungsfolgen. In: Grassberger, M.; Türk, E. E.; Yen, K.: Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Wien/New York: Springer.
- Grassberger, M.; Türk, E. E.; Yen, K. (2013): Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern. Wien/New York: Springer.
- Grundel, A.; Liepe, K.; Blättner, B.; Grewe H. A. (2012): Gewalt gegen Pflegebedürftige durch Angehörige. Eine systematische Übersicht über Befragungs- und Assessment-Instrumente. *Pflegewissenschaft* 14 (7-8): 399-407.
- Heidenblut, S.; Schacke, C.; Zank, S. (2013): Früherkennung und Prävention von Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen Pflege. Die Entwicklung des PURFAM-Assessments. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (5): 431-440.
- Hellbernd, H.; Brzank, P.; Wieners, K.; Maschewsky-Schneider, U. (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis. Wissenschaftlicher Bericht. Berlin: BMFSFJ.
- Hessisches Sozialministerium; Projekt der Arbeitsgruppe Gewaltprävention der Hochschule Fulda mit Förderung der Hessischen Landesregierung (Hrsg.) (2010/2011): Zahnärztliche Dokumentation bei interpersoneller Gewalt: http://www.lzkh.de/Content/Pages/FV1-000378F0/FV1-000379C8/200DK_zahnarzttdoku.pdf (Revisionsdatum: 17.04.2014).
- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2007): Dokumentation und Untersuchung bei sexualisierter Gewalt. <http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-sexualisierte-Gewalt-Dokubogen.pdf> (Revisionsdatum: 17.04.2014).
- Hirsch, R. D. (2011): Gewalt in der Pflege: Ursachen, Häufigkeiten und Prävention. *Österreichische Pflegezeitschrift. Zeitschrift des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes* 64 (1): 11-17.

- Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; Lozano, R. (2002): World report on violence and health. Genf: WHO.
- Lachs, M. S.; Williams, C. S.; O'Brien, S.; Pillemer, K. A.; Charlson, M. E. (1998): The mortality of elder abuse. *The Journal of the American Medical Association* 280 (5): 428-432.
- Lehner, E.; Schopf, A.; Stiehr, K.; Ohms, C.; Döhner, H.; Kohler, S. (Hrsg.) (2010): Breaking the Taboo. Gewalt gegen ältere Frauen in der Familie: Erkennen und Handeln. Wien: Österreichisches Rotes Kreuz.
- Liepe, K.; Blättner, B.; Grewe, H. A. (2014): Handlungsempfehlungen bei Gewalt gegen ältere, pflegebedürftige Menschen. *Pflegewissenschaft* 16 (4): im Erscheinen.
- Luoma, M.-L.; Koivusilta, M.; Lang, G.; Enzenhofer, E.; Donder de, L.; Verte, D.; Reingarde, J.; Tamutiene, I.; Ferreira-Alves, J.; Santos, A. J.; Penhale, B. (2011): Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal. (European Report of the AVOW Project). Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).
- Mark, H. (2001): Häusliche Gewalt gegen Frauen. Eine Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Marburg: Tectum Verlag.
- Netzwerk Gewaltprävention im Gesundheitswesen beim Hessischen Sozialministerium unter Beteiligung des Europäischen Netzwerks Gewaltprävention im Gesundheitswesen (2010): Ärztliche Dokumentation bei häuslicher Gewalt – körperlicher Misshandlung.
- <http://www.frauennotruf-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/pdf/FRAUENNOTRUF-FFM-Aerztliche-Dokumentation-bei-haesuslicher-Gewalt-online-2012.pdf> (Revisionsdatum: 17.04.2014).
- McAlpine, C. H. (2008): Elder abuse and neglect. *Age and Ageing* 37 (2): 132-133.
- MDS; GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Essen/Berlin: MDS; GKV-Spitzenverband.
- O'Keeffe, M.; Hills, A.; Doyle, M.; McCreadie, C.; Scholes, S.; Constantine, R.; Tinker, A.; Manthorpe, J.; Biggs, S.; Erens, B. (2007): UK Study of Abuse and Neglect of Older People: Prevalence Study Report. Prepared for Comic Relief and the Department of Health.
- [http://www.warwickshire.gov.uk/Web/corporate/wccweb.nsf/Links/6EA919F805F3B54180257885002E4C6B/\\$file/Full+Report_UK+Study+of+Abuse+and+Neglect+of+Older+People+v2.pdf](http://www.warwickshire.gov.uk/Web/corporate/wccweb.nsf/Links/6EA919F805F3B54180257885002E4C6B/$file/Full+Report_UK+Study+of+Abuse+and+Neglect+of+Older+People+v2.pdf) (Revisionsdatum: 17.04.2014).
- Perel-Levin, S. (2008): Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Genf: WHO.
- Roper, N.; Logan, W. W.; Tierney, A. J. (2002): Das Roper-Logan-Tierney-Modell: Basierend auf Lebensaktivitäten. Bern: Verlag Hans Huber.

- Schacke, C.; Zank, S. (2009): Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D). Manual für die Praxisversion (BIZA-D-PV). Siegen: ZPE-Zeitschriftenreihe Nr. 23. Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen.
- Sethi, D.; Wood, S.; Mitis, F.; Bellis, M.; Penhale, B.; Iborra Marmolejo, I.; Lowenstein, A.; Manthorpe, G.; Ulvestad Kärki, F. (2011): European report on preventing elder maltreatment. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Soraes, J. J. F.; Barros, H.; Torres-Gonzales, F.; Ioannidi-Kapolou, E.; Lamura, G.; Lindert, J.; Dios Luna de, J.; Macassa, G.; Melchiorre, M. G.; Stankunas, M. (2010): Abuse and Health among Elderly in Europe. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
- Statistisches Bundesamt (2012): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Wiesbaden: Statistische Ämter des Bundes und der Länder.
- Sträßner, H. R. (2010): Was sagt der Anwalt? Pflegedokumentation juristisch betrachtet. Stuttgart: Thieme.
- Thoma, J.; Zank S.; Schacke, C. (2004): Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37 (5): 349-350.
- Wasan, A. D.; Wootton, J. M.; Jamison, R. N. (2005): Dealing with Difficult Patients in your Pain Practice. Regional Anesthesia and Pain Medicine 30 (2): 184-192.
- WHO (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO.
- WHO (2008): A Global Response to Elder Abuse and Neglect. Building Primary Health Care Capacity to deal with the Problem Worldwide: Main Report. Genf: WHO.
- Wieners, K.; Hellbernd, H.; Jenner, S. C.; Oesterhelweg, L. (2012): CME Weiterbildung Zertifizierte Fortbildung. Häusliche Gewalt in Paarbeziehungen. Intervention und Prävention. Springer-Verlag: Notfall + Rettungsmedizin 15: 65-80.
- Wolf, R.; Daichman, L.; Bennett, G. (2002): Abuse of the elderly. In: Krug, E. G.; Dahlberg, L. U.; Mercy, J. N.; Zwi, A. B.; Lozano, R. (2002): World report on violence and health: 123-145. Genf: WHO.

Kurzbiografien der Herausgeberinnen

Prof. Dr. Beate Blättner, Professur für Gesundheitsförderung an der Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH), ist Sprecherin der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“ des Public Health Institute Fulda und Projektleitung des Projektes Safer Care.

Anna Grundel ist examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin mit Erfahrungen in der ambulanten Pflege. Sie studierte Gesundheitsmanagement (B.Sc.) und Public Health (M.Sc.) und war wissenschaftliche Mitarbeiterin in mehreren Forschungsprojekten der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“ des Public Health Institute Fulda. Von 7/2011 bis 7/2013 war sie in dem Projekt Safer Care tätig.

Ulrike Fuchs-Römmelt ist examinierte Krankenschwester und studierte Gesundheitsmanagement (B.Sc.) und Public Health (M.Sc.). Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin in mehreren Forschungsprojekten der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“, unter anderem in dem Projekt „Zugang“, in dem Dokumentationsmaterialien und Handlungsempfehlungen für Zahnärztinnen und Zahnärzte entwickelt wurden. Von 1/2010 bis 9/2011 war sie in der Schutzambulanz Fulda beschäftigt.

Prof. Dr. Henny Annette Grewe, Fachärztin für Chirurgie, Unfallchirurgie und plastische Chirurgie. Professur für medizinische Grundlagen der Pflege an der Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit, ist an der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“ beteiligt und ebenfalls Projektleitung des Projektes Safer Care.

Katharina Liepe studierte Pflegewissenschaften/Pflegemanagement (B.Sc.) und Public Health (M.Sc.) und war wissenschaftliche Mitarbeiterin in mehreren Forschungsprojekten der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“. Von 7/2011 bis 9/2013 war sie in dem Projekt Safer Care tätig.

Kathrin Möller ist examinierte Krankenschwester mit Fachweiterbildung zur Anästhesie- und Intensivfachpflegekraft. Sie studierte Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt interkulturelle Beziehungen (BA) und Public Health (M.Sc.). Seit 9/2013 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem Projekt Safer Care.

Rebekka Hoher absolvierte 2011 den Studiengang Gesundheitsförderung (B.Sc.) und studiert Public Health (M.Sc.) an der Hochschule Fulda. Sie war von 7/2011-7/2013 wissenschaftliche Hilfskraft in dem Projekt Safer Care und ist dort seit 8/2013 als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig.

ISBN 978-3-940713-10-0

pg-papers 01/2014

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda