

Bachelorarbeit

Physische und psychische Folgen von Elder Abuse in der Form von Vernachlässigung: Ein Literatur Review

eingereicht von

Claudia Voithofer

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter Anleitung der Betreuerin

Manuela Hödl, BSc, MSc

Voitsberg am 03.03.2018

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Voitsberg am 03.03.2018

Claudia Voithofer, eh

ZUSAMMENFASSUNG:

Hintergrund / Ziel: Durch den demographischen Wandel ist in den kommenden Jahren ein prozentualer Anstieg an alten und sehr alten Personen, in Bezug auf die Gesamtbevölkerung, zu erwarten. Der damit einhergehende Anstieg des Bedarfes an Pflege und Versorgung lässt annehmen, dass das Phänomen Elder Abuse ebenfalls diesem Trend folgt und zunehmen wird. Die Literatur beschreibt eine kaskadenartige Entwicklung und Steigerung von Gewalt in der Form von Elder Abuse. Vernachlässigung als Subtyp steht oft am Beginn einer derartigen Entwicklung. Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden welche physischen und psychischen Folgen für ältere Menschen entstehen die Vernachlässigung erfahren.

Methode: Für diese Arbeit wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed und CINAHL im Zeitraum von September bis Dezember 2017 durchgeführt. Für die Literatursuche wurden die Begriffe Elder Abuse und Neglect als Mesh-Terms beziehungsweise Subheadings verwendet. Als weitere Suchbegriffe kamen marker, signs, presentations, identification, und outcome zum Einsatz. Die so gefundene Literatur wurde einer systematischen Beurteilung unterzogen.

Ergebnisse: Dekubitus, Mangelernährung und Dehydration konnten als häufigste körperliche Folgen ermittelt werden. Ebenfalls identifiziert werden konnte eine individuelle Verschlechterung bei vorhandenen behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Weitere Konsequenzen sind Feuchtigkeit-assoziierte Hauterkrankungen wie Intertrigo und inkontinenz-assoziierte Dermatitis sowie Infektionen mit Bakterien oder Protozoen und den damit verbundenen Folgen. Im Bereich der psychischen Folgen konnten Depression, Angst und ein post-traumatisches Stresssyndrom als häufigste Konsequenzen identifiziert werden. Des Weiteren wurde eine Steigerung der Sterblichkeit bei Betroffenen als Ergebnis festgestellt.

Konklusion: Die Konsequenzen für die Betroffenen sind schwerwiegend und stellen sich als multifaktorielles Geschehen da, das einer multiprofessionellen Einschätzung bedarf. Aus Sicht der Pflege sollte der Schutz der vulnerablen Gruppe der Alten und Pflegebedürftigen im Fokus stehen, weshalb sowohl ein Bedarf an weitere Forschung als auch an Schulungen der Pflegepersonen in Bezug auf primär Prävention und dem Erkennen von Vernachlässigung besteht.

ABSTRACT:

Background /Aim: Due to demographic changes the population of the elderly and in particular the very old, will increase. The associated rise in the need for nursing care suggests that the phenomenon of Elder Abuse is also following this trend and will grow. The literature describes a cascade-like development and increase of violence in the form of Elder Abuse. Neglect as a subtype often is the beginning of such a development. The aim of this study is to find out which physical and psychological consequences for the elderly are caused by neglect.

Method: To answer this question, a literature review was conducted within the databases Pubmed and CINAHL between September and December 2017. The terms Elder Abuse and Neglect were used as mesh terms or subheadings. *Markers, signs, presentations, identification, and outcome* were used as further search terms. The found literature was systematically evaluated.

Results: Pressure ulcers, malnutrition and dehydration were identified as frequent consequences. An individual worsening of existing illnesses requiring treatment was also identified. Further consequences are moisture-associated skin diseases resulting from poor hygiene, such as intertrigo and incontinence-associated dermatitis, as well as infections with bacteria or protozoa and the associated consequences. Depression, anxiety and post-traumatic stress syndrome were identified as the most common psychological consequences. In addition, an increase in mortality among those affected was observed as a result.

Conclusion: The consequences for those affected are serious and arise as a multifactorial outcome that requires a multiprofessional assessment. From the point of view of care, the focus should be on protecting the vulnerable group of elderly people and those in need of care, which is why there is a need for both further research and training of caregivers with a focus on primary prevention and the recognition of signs.

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 1.1 Forschungsziel & Forschungsfrage | 5 |
| 2 Methode | 6 |
| 3 Ergebnisse | 9 |
| 3.1 Physische Folgen von Vernachlässigung | 10 |
| 3.1.1 Exkurs: Körperliche Folgen von Vernachlässigung | 13 |
| 3.2 Psychische Vernachlässigung und Ihre Auswirkungen..... | 18 |
| 3.2.1 Exkurs: Psychische Folgen von Vernachlässigung | 19 |
| 3.3 Auswirkungen von Vernachlässigung auf die Sterblichkeit..... | 20 |
| 4 Diskussion | 21 |
| 4.1 Limitationen | 27 |
| 4.2 Stärken | 27 |
| 5 Schlussfolgerung & Empfehlung | 27 |
| 6 Literaturverzeichnis | I |
| 7 Anhang..... | V |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Flussdiagramm zur Darstellung der Literaturrechere..... | 7 |
| Tabelle 1: Bewertung der inkludierten Studien | 8 |
| Tabelle 2: Kurzbeschreibung der inkludierten Studien | 9 |
| Tabelle 3: Klinische Zeichen / Folgeerscheinungen von Vernachlässigung | 11 |
| Tabelle 4: Artikel mit relevantem Inhalt | 13 |
| Tabelle 5: Psychologische Folgen von Neglect..... | 19 |

1 EINLEITUNG

Der demographische Wandel unserer Zeit

In den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird es weltweit zu einem Anstieg an älteren Personen kommen. Besonders zu beachten ist hierbei nicht nur die Steigerung in absoluten Zahlen, sondern die Zunahme des Anteiles der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung. Die UN Population Division rechnet mit einem Anstieg der über 60-Jährigen Menschen von 800 Millionen im Jahr 2011, was 11% der Weltbevölkerung entspricht auf 2 Milliarden Menschen im Jahr 2050 was 22% der Weltbevölkerung entsprechen wird. (Bloom et al., 2011)

Die Bevölkerungsprognosen für Österreich zeigen ebenfalls eine deutliche Veränderung der Altersstruktur. Zum 01.01.2017 waren 24,3 % aller ÖsterreicherInnen 60 Jahre und älter (Statistik Austria, 2017). Im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 36 % sein (Schipfer, 2005).

Eine weitere Entwicklung ist der Anstieg an Personen die 80 Jahre und älter sind. Für das Gesamtwachstum der Weltbevölkerung von 1950 bis 2050 wird eine Zunahme um den Faktor 10 prognostiziert. Die Vorhersagen für die Gruppe der Hochaltrigen über 80 Jährigen belaufen sich auf eine Steigerung um den Faktor 26 für den selben Zeitraum.(Bloom et al., 2011)

Steigender Pflegebedarf

Im Durchschnitt sind Menschen, die in eine Einrichtung der Langzeitpflege übersiedeln, 86 Jahre alt. 48% der Personen haben zum Zeitpunkt des Einzuges eine kardio- und/oder neurovaskuläre Erkrankung, 34 % leiden an einer Form von Demenz.(Atramont et al., 2017)

Diese chronischen Erkrankungen beziehungsweise die damit verbunden körperlichen und kognitiven Einschränkungen beeinflussen die Aktivitäten des täglichen Lebens und führen zu einer kontinuierlich ansteigenden Pflegeabhängigkeit (Katz et al., 1963).

Die Aktivitäten des täglichen Lebens nach dem Pflegemodell von Roper, Logan und Tierney beinhalten folgende Punkte: Für eine sichere Umgebung sorgen, kommunizieren, atmen, essen und trinken, ausscheiden, sich sauber halten und kleiden, Körpertemperatur regulieren, sich bewegen, arbeiten und spielen, sich als Mann / Frau fühlen und verhalten, schlafen sowie sterben. (Roper et al., 2000)

Durch die steigende Zahl an alten und sehr alten Menschen und dem damit verbunden vermehrten Bedarf an Pflege und Betreuung wird angenommen, dass auch das Risiko für Elder Abuse diesem Trend folgt und deutlich zunehmen wird. (Schiamberg et al., 2011)

Elder Abuse

In den 1970er Jahren erlangte die Thematik Elder Abuse erstmals öffentliche Aufmerksamkeit. Zu dieser Zeit wurden die Begriffe „granny battering“ und „granny bashing“ verwendet. (Ho et al., 2017) Die englische Organisation *Action on Elder abuse* (AEA) prägte nicht nur die inzwischen übliche Bezeichnung sondern formulierte 1995 folgende Definition für Elder Abuse:

„Elder abuse is a single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person.“ (WHO. 2002. Missing voices: views of older persons on elder abuse, S. 3)

Diese Definition wurde sowohl von der WHO (World Health Organisation) als auch vom International Network for the Prevention of Elder Abuse (INPEA) übernommen und wird seither international verwendet. (WHO, 2002)

Synonym verwendet werden die Begriffe Elder Maltreatment und Elder Mistreatment.

Die Meta-Analyse von Ho et al. (2017) ergab eine Prävalenz von Elder Abuse in bevölkerungsbasierten Studien von 10 % (95% Konfidenzintervall, 5,2% - 18,6%) und von 32% (95% Konfidenzintervall, 22,9% - 47,8%) in Studien, die sich auf die Angaben Dritter, beziehungsweise Angaben von Pflegepersonen stützen (Ho et al., 2017).

Subtypen von Elder Abuse

Elder Abuse wird in folgende Subtypen gegliedert:

Körperliche Gewalt

Körperliche Gewalt beinhaltet jegliche Art von körperlicher Misshandlung wie das Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen durch Schlagen, Treten, Schubsen, Verbrennen, Würgen/Strangulieren sowie der unangebrachte Einsatz von Medikamenten und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (Bužgová and Ivanová, 2009). Die Prävalenz von körperlicher Gewalt gegen alte Menschen beläuft sich auf 19,1% (Ho et al., 2017).

Psychologische / emotionale Gewalt

Psychologische / emotionale Gewalt gilt als eine oftmals versteckte Form der Gewalt die schwer nachweisbar ist. Sie beinhaltet die Verwendung von Worten oder Handlungen, die Angst, Erniedrigung und emotionalen Stress hervorrufen wie Drohungen, „Verkindlichung“, Herabwürdigung und Erniedrigung, harsche Anweisungen, das Ignorieren und Isolieren. (Bužgová and Ivanová, 2009) Mit einer Prävalenz von 47,5% ist diese Form der Gewalt die am häufigsten auftretende gegenüber älteren Personen (Ho et al., 2017).

Finanzelle / materielle Gewalt

Finanzelle / materielle Gewalt beschreibt eine Reihe von Handlungen, die zum finanziellen und / oder materiellen Nachteil des Betroffenen sind. Unter diesem Begriff wird ein breites Spektrum zusammengefasst, das von Diebstahl bis hin zur Manipulation und Enteignung reicht. (Bužgová and Ivanová, 2009) Die Prävalenz von finanzieller Gewalt, der ältere Menschen ausgesetzt sind, liegt bei 34% (Ho et al., 2017).

Sexuelle Gewalt

Sexuelle Gewalt beschreibt jegliche sexuelle Handlung, die ohne beidseitige Zustimmung erfolgt (WHO, 2002). Die Prävalenz von sexueller Gewalt gegenüber älteren Menschen beträgt 3,1% (Ho et al., 2017).

Vernachlässigung

Die Definition von Vernachlässigung ist im Vergleich zu den anderen Formen von Elder Abuse die strittigste, da Sie sowohl beabsichtigt als auch nicht beabsichtigt erfolgen kann. Vernachlässigung beschreibt jedoch immer ein Versäumnis in Bezug auf die Erfüllung von Bedürfnissen abhängiger Personen. Das Nichterfüllen oder Verweigern betrifft sowohl eine physische Dimension als auch eine psychologische Dimension. Werden Grundbedürfnisse wie die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, Hygiene, Kleidung, Medikation, Schutz, persönliche Sicherheit und Wohlbefinden nicht erfüllt, sind betroffene Personen einer physischen Vernachlässigung ausgesetzt. Psychische Vernachlässigung liegt dann vor, wenn älteren Menschen soziale Stimulation vorenthalten wird, sie über einen längeren Zeitraum alleine gelassen oder ignoriert werden. (Zhang et al., 2010) Die Prävalenz von Vernachlässigung liegt zwischen 12,1 und 23,9% (Cooper et al., 2008).

Im Bereich der Pflege von älteren Menschen kommt es oftmals zu einer Überlappung von Vernachlässigung und psychologischer Gewalt. Gerade diese Gruppe der Pflegebedürftigen ist gefährdet Opfer von Elder Abuse und Vernachlässigung zu werden und dadurch bedürfen sie besonderem Schutz. (Lindbloom et al., 2007)

Nicht nur eine derartige Überschneidung der Aspekte von Elder Abuse ist bekannt, sondern laut einer aktuellen Studie von Holly Ramsey-Klawnsnik (2017) ist ein gemeinsames Auftreten der verschiedenen Formen von Elder Abuse typisch. Das Konzept der Polyvictimization beschreibt dieses Phänomen. Aus der Sicht des Betroffenen bedeutet dies das Erleiden bzw. Erdulden müssen nicht nur einer Form von Elder Abuse, sondern mehrerer. Innerhalb aufgetretener Fälle von physischer oder finanzieller Gewalt gegenüber älteren Menschen ist besonders häufig zu erkennen, dass psychologische Gewalt und Vernachlässigung ebenfalls aufgetreten sind. Besonders hoch ist diese Zahl bei Menschen, die von Demenz

betroffen sind. Weiters wird eine Kaskade der Gewalt beschrieben, die zum einen mit zunehmender Abhängigkeit des Betroffenen einhergeht und zum anderen eine Steigerung der Gewalt von einer passiven Form des Unterlassens wie die Vernachlässigung über psychische Gewalt und verbale Angriffe bis hin zu körperlicher Gewalt. (Ramsey-Klawnsnik, 2017)

Dong und Simon konnten 2013 einen weiteren kumulativen Effekt von Elder Abuse feststellen. Die Wahrscheinlichkeit einer Hospitalisation steigt für Opfer von Elder Abuse signifikant, durch psychologische Gewalt um 180%, durch körperliche Gewalt um 191% und durch finanzielle Gewalt um 156%. Für Opfer von Vernachlässigung ist die Wahrscheinlichkeit einer Spitalseinweisung sogar um 277% erhöht. Liegen zwei oder mehr Formen von Elder Abuse vor, steigt diese wahrscheinlich um 201%.(Dong and Simon, 2013)

Bislang haben Studien, die die Konsequenzen von Elder Abuse für die Betroffenen untersucht haben, alle Formen gemeinsam untersucht. Um jedoch diesem Trend der kaskadenartigen Steigerung von Gewalt gegen alte Menschen und der damit verbunden Gefahr der Polyvictimization und Hospitalisation entgegen wirken zu können, muss die Vernachlässigung als solche erkannt werden. Dazu bedarf es einer Zusammenfassung der physischen und psychischen Folgen, die für die Betroffenen entstehen.

1.1 FORSCHUNGSZIEL & FORSCHUNGSFRAGE

| Forschungsziel |
|--|
| Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden welche physischen und psychischen Folgen für ältere Menschen entstehen die Vernachlässigung erfahren. |

Daraus ergibt sich die Forschungsfrage:

| Forschungsfrage: |
|---|
| Welche physischen und psychischen Folgen entstehen für ältere Menschen die Vernachlässigung erfahren? |

2 METHODE

Zur Beantwortung der genannten Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken „PubMed“ und „CINAHL“ (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) im Zeitraum von September 2017 bis Dezember 2017 durchgeführt.

Im Zuge der Literatursuche wurden sogenannten Mesh-terms beziehungsweise Major Subject Subheadings, die eine Themen spezifische Suche ermöglichen, verwendet. Hierbei wurden die Begriffe Elder Abuse und Neglect einzeln oder in Kombination angewendet. Zusätzlich kamen als Keywords bezeichnete Schlüsselwörter zum Einsatz, die mit dem Bool'schen Operator AND angefügt wurden. Eine Differenzierung nach Relevanz erfolgte vorab für die Gliederung der Suche. Im Bereich Titel und Abstract wurde hauptsächlich der Begriff *Neglect* eingesetzt. Im gesamten Text wurde nach verschiedenen Bezeichnungen für Resultate gesucht. Verwendet wurden hierbei die Worte: *marker*, *signs*, *presentations*, *identification*, und *outcome* die mit dem Bool'schen Operator OR verbunden wurden um alle Ergebnisse zu erhalten, die zumindest einen der verwendeten Begriffe enthalten.

Im Rahmen des Suchvorganges wurden zur Einschränkung der Suchergebnisse Limitationen festgelegt. Es wurde nur nach Studien in englischer oder deutscher Sprache gesucht. Um die Aktualität, der erhalten Daten zu gewährleisten wurden nur Publikationen der letzten 10 Jahre herangezogen. Weiters wurde festgelegt, dass die untersuchte Population sich auf die Gruppe der über 65 Jährigen beschränkt.

Die erhaltenen Ergebnisse beider Datenbanken wurden zuerst im Zuge des Titelscreenings auf Duplikate und ihre Relevanz überprüft. Im nächsten Schritt erfolgte das Lesen der Abstracts um Studien zu identifizieren, die Daten für die Beantwortung der Forschungsfrage enthalten könnten. Alle in Betracht kommenden Studien wurden im Folgenden einem Volltextscreening unterzogen, wobei die Studien im Ganzen gelesen wurden, um die Relevanz und Nutzbarkeit des Inhalts sowie der enthaltenen Daten hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage zu beurteilen. Dieser Ablauf ist in Form eines Flussdiagramms, dass in Anlehnung an das Prisma Statement erstellt wurde, in der Abbildung 1 dargestellt (Moher et al.,

2010). Eine Durchsicht der Referenzlisten hatte zur Folge, dass zwei weitere Studien in den Prozess aufgenommen wurden.

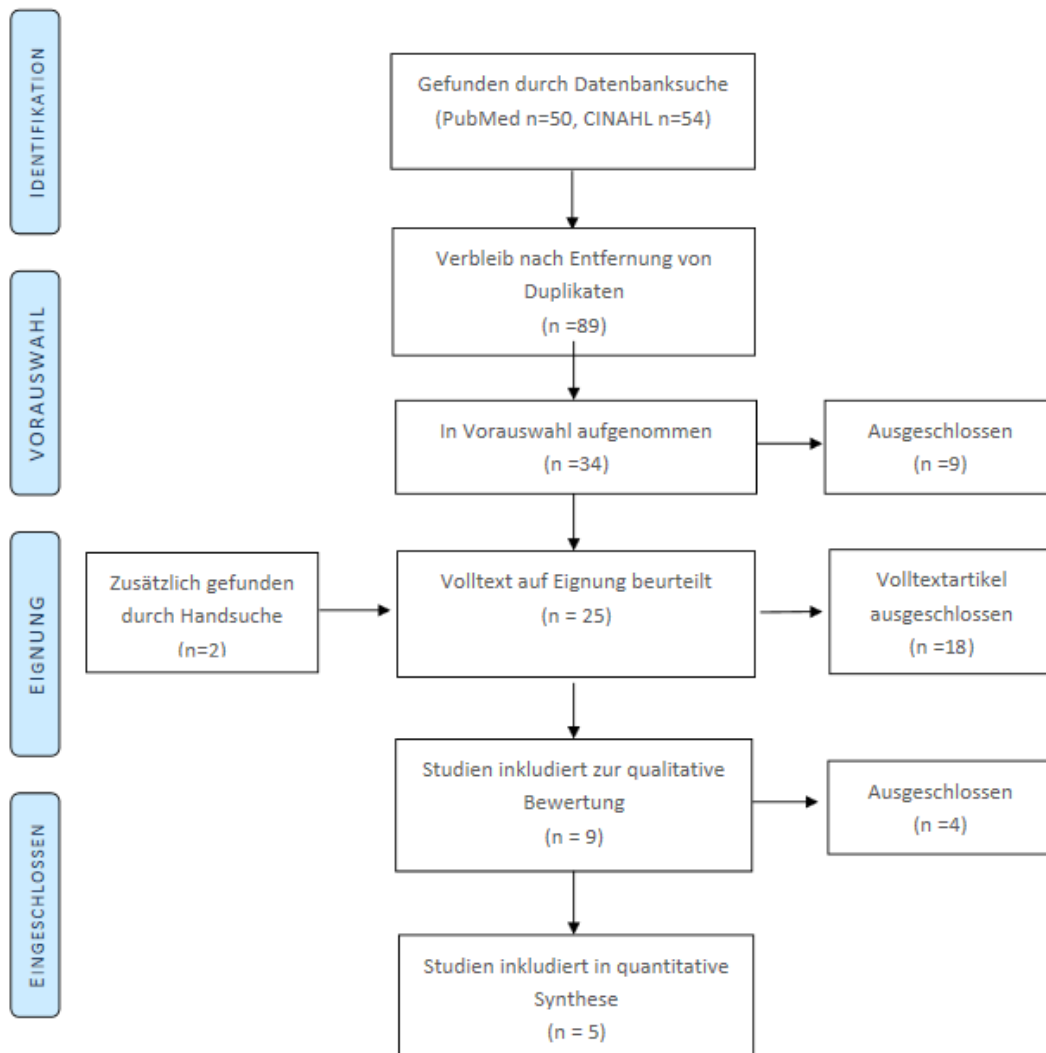


ABBILDUNG 1: FLUSSDIAGRAMM ZUR DARSTELLUNG DER LITERATURERECHERE (Moher et al., 2010)

Im letzten Schritt wurden alle in Frage kommenden Studien einer qualitativen Beurteilung unterzogen. Hierfür wurde der Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) verwendet. Alle Studien wurden in 9 Kategorien bewertet; diese umfassen Titel und Abstract, Einleitung und Ziel, Methode und Daten, Sampling, Datenanalyse, Ethik und Bias, Ergebnisse, Übertragbarkeit bzw. Generalisierbarkeit sowie Bedeutung und Verwendbarkeit, wobei für jede Kategorie zwischen 1 Punkt für schlechte Qualität bis maximal 4 Punkte für sehr gute Qualität vergeben werden konnten. Insgesamt konnten maximal 36 Punkte erreicht werden. (Hawker et al., 2002) Für die systematischen Reviews von Dong et al. (2013) und Lindbloom et al. (2007) wurden die Anforderungen hinsichtlich der Punkte angepasst, da auf Grund des Designs eine Bewertung anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) nicht in allen Kategorien möglich ist. In Tabelle 1 sind die Bewertungen der inkludierten 5 Studien hinsichtlich der jeweils erreichten Gesamtpunkteanzahl dargestellt.

TABELLE 1: BEWERTUNG DER INKLUDIERTEN STUDIEN

| AutorInnen | Titel | Jahr | Erreichte Punkte (max. 36) |
|-------------------|--|-------------|-----------------------------------|
| Burnett et al. | Five-year all-cause mortality rates across five categories of substantiated elder abuse occurring in the community | 2016 | 33 |
| DeLiema et al. | The forensic lens: Bringing elder neglect into focus in the emergency department | 2016 | 30 |
| Dong et al. | Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review | 2013 | 24 |

| | | | |
|------------------|---|------|----|
| Friedman et al. | Using Clinical Signs of neglect to identify elder neglect cases | 2017 | 32 |
| Lindbloom et al. | Elder Mistreatment in the Nursing Home: A Systematic Review | 2007 | 24 |

3 ERGEBNISSE

Es wurden 5 Studien in diese Literaturrecherche inkludiert. Die multizentrische Kohorten Studie von Friedman et al. (2017) beschäftigt sich mit den klinischen Zeichen von Vernachlässigung. Die Fallstudie von DeLiema et al. (2016) beschreibt zwei Fälle von Vernachlässigung. Lindbloom et al. (2007) setzten sich in ihrem systematischen Review mit der internationalen Literatur zu Elder Abuse in Langzeitpflegeeinrichtungen auseinander und greifen dabei den Aspekt der Vernachlässigung auf. Das systematische Review von Dong et al. (2013) behandelt die Auswirkungen von Elder Abuse auf die Psyche und das Wohlbefinden von Betroffenen. Burnett et al. (2016) untersucht den Zusammenhang zwischen Elder Abuse und der Sterblichkeit mit Differenzierung der Subtypen von Elder Abuse. Eine Darstellung und kurze Zusammenfassung der inkludierten Artikel erfolgt in Tabelle 2.

TABELLE 2: KURZBESCHREIBUNG DER INKLUDIERTEN STUDIEN

| Studie | Design | Fokus |
|-----------------------|----------------------------|---|
| Burnett et al. (2016) | Retrospektive Datenanalyse | Auswirkung von Elder Abuse auf die Sterblichkeit |
| DeLiema et al. (2016) | Fallstudie | Darstellung zweier Fällen von Vernachlässigung, Differenzierung |

| | | |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| Dong et al. (2013) | Systematisches Review | Darstellung der Folgen von Elder Abuse auf das psychologische Wohlbefinden |
| Friedman et al. (2017) | Multizentrische Kohortenstudie | Klinische Anzeichen von Vernachlässigung |
| Lindbloom et al. (2007) | Systematisches Review | Zusammenfassung von bekannten Daten zu Elder Abuse in Langzeitpflegeeinrichtungen |

Im Gegensatz zu offensichtlichen Verletzungen, deren kausaler Zusammenhang mit körperlichen Misshandlungen rekonstruiert werden kann, ist die Manifestation der Folgen von Vernachlässigung wesentlich subtiler, durch den physiologischen Alterungsprozess verschleiert und somit schwerer zu erkennen. Weiters liegt in den meisten Fällen nicht nur ein Anzeichen vor, sondern viel mehr weist jeder Fall von Vernachlässigung eine individuelle Konstellation von einzelnen Anzeichen auf. (DeLiema et al., 2016)

Physische und psychische Folgen von Vernachlässigung sowie die Auswirkung auf die Sterblichkeit der Betroffenen, die in der Literatur identifiziert werden konnten, werden im Folgendem dargestellt.

3.1 PHYSISCHE FOLGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG

Bei der Entwicklung eines Assessmentinstrumentes zur Identifizierung von Vernachlässigungsfällen im klinischen Umfeld wurden folgende Anzeichen durch die ExpertInnen als typisch erachtet. Die Bewertung erfolgte anhand einer Likert Skala mit den Werten 1 bis 3 wobei die Höhe des Wertes den Grad der Assoziation mit Vernachlässigung repräsentiert. Für zwei der inkludierten Anzeichen konnten vier beziehungsweise fünf Punkte vergeben werden, um den Zusammenhang zwischen dem klinischen Zeichen und Vernachlässigung zu verdeutlichen. (Friedman et al., 2017)

Eine Darstellung der klinischen Anzeichen erfolgt in Tabelle 3.

TABELLE 3: KLINISCHE ZEICHEN / FOLGEERSCHEINUNGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG

| Klinische Zeichen von Vernachlässigung | Bewertung | |
|---|------------------------|-----------------|
| | Institutionelle Pflege | Pflege zu Hause |
| Verletzungen und Folgeerscheinungen durch übermäßigen Einfluss von Hitze /Kälte | 4 | 2 |
| Wiederkehrende Stürze und daraus resultierende Verletzungen | 3 | 1 |
| Koprostase | 2 | 1 |
| Kontrakturen | 2 | 1 |
| Mangelernährung mit Eiweißmangel und Hypoalbuminämie | 2 | 1 |
| Dehydration und/oder Erhöhung von Kreatinin | 1 | 1 |
| Dehydration mit akuter Niereninsuffizienz und/oder Hypotension | 2 | 1 |
| Dehydration bei liegender Ernährungssonde | 3 | 2 |
| Anzeichen für fehlende Medikation zur Behandlung chronischer Erkrankungen (Abnorme Werte: z.B. Blutzuckerspiegel, Blutdruckveränderungen) | 3 | 2 |
| Intoxikation in der Folge von Fehlern in der Medikation | 2 | 1 |
| Einzelner Dekubitus Grad 1 oder 2 | 1 | 0 |
| Einzelner Dekubitus Grad 3 oder 4 | 2 | 2 |
| Mehrere Dekubiti Grad 1 oder 2 | 2 | 2 |
| Mehrere Dekubiti Grad 3 oder 4 | 5 | 5 |
| Nekrosen und/oder Schorf und/oder fauliger Geruch | 3 | 2 |
| Infektionen des Blutes / Bakteriämie | 1 | 1 |
| Aspirationspneumonie | 1 | 1 |
| Wundinfektion | 2 | 1 |
| Sepsis /Septischer Schock | 2 | 1 |
| Probleme mit Blasenverweilkathetern (Infektion, inadäquate Anlage etc.) | 3 | 2 |
| Probleme mit Gastral- Jejunalsonden (Infektion, häufige Neuanlage nötig etc.) | 3 | 2 |

| | | |
|--|---|---|
| Probleme mit Tracheostoma (Infektion, schlechte Hygiene etc.) | 3 | 2 |
| Probleme mit Colostoma (Infektion, unsachgemäße Anlage) | 3 | 2 |
| Probleme mit Zentralem Venenkatheter (Infektion, häufige Neuanlage nötig etc.) | 3 | 2 |
| Geringer Body Mass Index (BMI) <18 | 1 | 1 |
| Kachexie/Entwicklungsstörung | 1 | 1 |

Verletzungen und Folgeerscheinungen, die durch übermäßigen Einfluss von Hitze oder Kälte, die im Setting der professionellen Pflege entstehen, sowie multiple Dekubitus im Stadium 3 oder 4, die Setting unabhängig vorliegen, werden als Zeichen mit der größtmöglichen Assoziation mit Vernachlässigung gewertet. (Friedman et al., 2017)

Einzel auftretende Dekubitus des Grades 1 und 2 werden nur im institutionellem Umfeld als Vernachlässigung betrachtet. In der häuslichen Pflege werden sie als nicht verwertbares Indiz gesehen. (Friedman et al., 2017)

Die in der Fallstudie von DeLiema et al. (2016) präsentierten Fälle von Vernachlässigung weisen ebenfalls Mangelernährung, Dehydration, Kontrakturen und Dekubitus auf. (DeLiema et al., 2016)

Lindbloom et al. (2007) erwähnt in seinem systematischen Review ebenfalls Dekubitus, Mangelernährung und Dehydration als Folge von Vernachlässigung. Es gilt jedoch als strittig und unklar, ob alle Fälle von Dekubitus als Vernachlässigung gewertet werden können. Diesbezüglich liegen unterschiedliche ExpertInnenmeinungen vor. (Lindbloom et al., 2007)

Im Zusammenhang mit Mangelernährung und Dehydration wird nicht nur das Vorenthalten von Nahrung und Flüssigkeit als Ursache angeführt, sondern ebenfalls die mangelnde Aufmerksamkeit, welche den Schluckstörungen entgegengebracht wird genannt. Eine unzureichende Mundhygiene wird beschrieben, die in weiterer Folge die Nahrungsaufnahme behindert. Zu Dehydration kommt es unter anderem dadurch, dass Getränke außerhalb der Reichweite der älteren Personen platziert

werden als auch, dass sie ohne die benötigten Hilfemittel, wie beispielsweise Strohhalm zur Verfügung gestellt werden. Ebenfalls zu erwähnen ist der Gewichtsverlust auf Grund des Nichtwahrnehmens persönlicher Vorlieben in Bezug auf Nahrungsmittel und Zubereitung. Besonders häufig kommt es zu dieser Problematik, wenn die pflegebedürftigen Personen einen anderen kulturellen Hintergrund haben als das Umfeld der Pflegeinstitution. (Lindbloom et al., 2007)

3.1.1 EXKURS: KÖRPERLICHE FOLGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG

Im Zuge der Literatursuche wurden mehrere Artikel gefunden, die sich ausführlich mit der Thematik der Manifestation von Vernachlässigung beschäftigen. Aufgrund des fehlenden Methodenteils der Arbeiten, wurden diese exkludiert. Da sich die grundlegenden Resultate mit den Ergebnissen der inkludierten Studien decken, sollen die enthalten weiterreichenden und detaillierter aufgeführten Daten dieser Artikel in diese Arbeit einfließen. In Tabelle 4 sind die Artikel dargestellt.

TABELLE 4: ARTIKEL MIT RELEVANTEM INHALT

| AutorInnen | Studie | Jahr |
|-------------------------------|---|-------------|
| Gibbs, L. M. | Understanding the Medical Markers of Elder Abuse and Neglect | 2014 |
| LoFaso, V. M., & Rosen, T. | Medical and Laboratory Indicators of Elder Abuse | 2014 |
| Powers, J. S. | Common Presentations of Elder Abuse in Health Care Settings | 2014 |
| Strasser, S. M., & Fulmer, T. | The Clinical Presentation of Elder Neglect: What We Know and What We Can Do | 2007 |

Allgemeine Folgen

Durch die unzureichende oder fehlende Versorgung des Pflegeabhängigen zeigt sich eine Vernachlässigung oftmals durch inadäquate hygienische Zustände. Betroffen sind sowohl die Umgebung des Betroffenen (Vermüllung und Unsauberkeit der Umgebung, Verschmutzung von Bettwäsche und Kleidung) als auch der Pflegebedürftige selbst. In Erscheinung tritt dies durch unangenehme Gerüche und sichtbare Verschmutzungen, ungepflegter Zustand der Haare und Fingernägel. Das Fehlen von Hilfsmitteln wie Gehhilfe, Brille und Zahnersatz zählt ebenso zu den allgemeinen Folgen. (Strasser and Fulmer, 2007)

Für Betroffene mit vorhandenen chronischen Erkrankungen führt eine Vernachlässigung je nach Grunderkrankung zu unterschiedlichen Folgen, in der Regel jedoch zu einer Verschlechterung. Eine kurzfristig auftretende Verschlechterung einer bislang gut behandelten chronischen Erkrankung sollte immer Anlass zu einer näheren Betrachtung geben. (LoFaso and Rosen, 2014)

Daraus resultierend und ebenfalls im Zusammenhang mit anderen noch im Folgenden erwähnten Folgen von Vernachlässigung ergibt sich für die Betroffenen ein wiederkehrender Bedarf an ambulanter oder stationärer Behandlung. Daher kann wiederholtes Vorstelligwerden im klinischen Bereich als Anzeichen gewertet werden. (Strasser and Fulmer, 2007)

Körperliche Folgen

Hautveränderungen

Zu den ersten Anzeichen für Vernachlässigung gehören Veränderungen der Haut. Verschmutzung und unzureichende Pflege von Haut, Schleimhäuten, Haaren und Nägeln wurden bereits im Abschnitt allgemeine Folgen erwähnt. Jedoch resultieren laut Gibbs (2014) daraus weitere Erkrankungen und Schädigungen der Haut wie Intertrigo, Inkontinenz-assoziierte Dermatitis, Mazerationen der Wundumgebung beziehungsweise Verschlechterung der Wundsituation bei chronischen Wunden, Befall mit Dermatozoen sowie sekundäre Infektionen mit Pilzen und Bakterien im Gebiet der geschädigten Haut. (Gibbs, 2014)

Intertrigo entsteht durch Feuchtigkeit und Reibung in Hautfalten. Als besonders gefährdet gelten Personen die adipös, immobil oder von Kontrakturen betroffen sind. Eine Vernachlässigung des Bedürfnisses an adäquater Versorgung und Pflege der Areale, die nicht ausreichend belüftet sind, resultiert in der Entstehung des Intertrigo.(Gibbs, 2014)

Eine weitere Form, die **Inkontinenz-assoziierte Dermatitis**, entsteht im Bereich der Genitalien und des Gesäßes, wenn die Haut in diesem Bereich über längere Zeit Harn und Stuhl ausgesetzt ist. Der Harnstoff des Urins und die Enzyme des Stuhls zerstören den natürlichen Schutz der Haut und begünstigt so eine weitere Schädigung durch Reibung. Das feuchtwarme Milieu, das in Inkontinenzprodukten herrscht, begünstigt diese Entwicklung. Sekundärinfektionen durch Bakterien und Pilze führen unter Umständen zur Abszessbildung oder einer Sepsis, die sich zu einem lebensbedrohlichen Zustand entwickeln kann.(Gibbs, 2014)

Der Befall mit **Dermatozoen** wie Läusen und Scabies führt zu Ausschlägen mit massivem Juckreiz und Schmerzen. Das Auftreten ist auf mangelnde Hygiene zurückzuführen.(Gibbs, 2014)

Ulcus cruris venosum beziehungsweise arteriosum sowie Ulzerationen in der Folge von Diabetes mellitus sind nicht auf eine Vernachlässigung zurück zu führen, zählen jedoch zu Erkrankungen, deren Versorgung beziehungsweise die Sicherstellung deren Behandlung im Fall der Nichterfüllung als Vernachlässigung betrachtet wird. Verzögerungen oder Ausbleiben der nötigen Maßnahmen führen zur einer **verzögerten oder ausbleibenden Heilung und Verschlechterung** des Zustandes. **Mazerationen** im Bereich um das Wundgebiet sowie dessen Ausbreitung sind typische Folgen. Das Risiko für **Infektionen, Gangrän** und **Sepsis** steigt. **Amputationen** der betroffenen Gliedmaßen können daraus resultieren.(Gibbs, 2014)

Durch den Vorenthalt ärztlicher Versorgung gehören **unbehandelte Tumorerkrankungen** der Haut ebenfalls zum Erscheinungsbild von Vernachlässigung. (Gibbs, 2014)

Dekubitus

Die Entstehung von Druckgeschwüren ist ein multifaktorielles Geschehen, das über Stunden bis Tage verläuft. Ein Dekubitus entsteht in Folge von Druck, der über einen längeren Zeitraum auf Körperstellen einwirkt, die über knöchernen Strukturen liegen. Strategien zur Vermeidung und Behandlung beinhalten hauptsächlich Druckentlastung, Schmerzmedikation, Reinigung & Wundversorgung sowie eventuell Debridement und chirurgische Sanierung. Viele ExpertInnen sind sich sicher, dass die Entwicklung eines Dekubitus auch mit der besten Pflege nicht immer verhindert werden kann. Daher ist eine Betrachtung im Kontext im Einzelfall entscheidend. Ausschlaggebend für die Identifizierung als eine Folge von Vernachlässigung sind Anzahl, Größe und Verlauf der Behandlung. (Gibbs, 2014)

Dehydration

Eine Minderversorgung mit Flüssigkeit resultiert in der Dehydration des Betroffenen. Die Anzeichen hierfür sind stehenbleibende Hautfalten, **Obstipation** bis hin zur **Koprostase** (die oft selbst als Folge deklariert wird), trockene Schleimhäute, eingefallene Augen, Tachykardie und mögliche orthostatische Veränderungen wie orthostatische Hypotension. Kognitive Veränderungen wie Verwirrtheit, Schwierigkeiten zu Sprechen bis hin zum Delirium treten ebenfalls auf. In Laboruntersuchungen zeigt sich eine Hypernatriämie. Ebenfalls typisch sind gesteigerte Kreatinin- und Harnstoffwerte. Eine Dehydration mit erhöhtem Serumnatrium steht in direktem Zusammenhang mit **erhöhter Sterblichkeit**. (LoFaso and Rosen, 2014)

Mangelernährung

Mangelernährung gilt ebenfalls als höchst relevante Folgeerscheinung von Vernachlässigung. Meist ist sie erkennbar an einem Verlust an Körpergewicht und einem Abbau von Muskelmasse und Leistungsfähigkeit. Anhand einer Berechnung des Body Mass Index (BMI), der Trizepshautfalte sowie des Armumfanges kann diese Veränderung festgestellt werden. Ein BMI unter 21kg/m^2 ist ein Hinweis auf eine vorliegende Mangelernährung. Die Werte der Trizepshautfalte sowie des Armumfanges sind 80% unter den Normwerten als Zeichen zu werten. In

Laboruntersuchungen zeigen sich folgende Werte erniedrigt: Serumalbumin, Transferrin und Cholesterin. Oftmals liegt eine Anämie und Lymphozytopenie vor. Eine Mangelernährung resultiert nicht ausschließlich durch das Vorenthalten von Nahrung. Andere Faktoren wie das nicht Eingehen auf Wünsche bezüglich der Speisenauswahl, Schluckstörungen, technisch inadäquates Vorgehen, wenn der/die Pflegebedürftige Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme benötigt sowie vorliegende **unbehandelte Zahn und/oder Mundschleimhautprobleme**, führen zu einer unzureichenden Nahrungsaufnahme und Minderversorgung. Insbesondere eine Kachexie (BMI <17,5 kg /m²) als Folge einer andauernden Mangelernährung wird mit Vernachlässigung in Zusammenhang gebracht. Daten zeigen, dass mehr als ein Drittel der Opfer von Vernachlässigung zum Zeitpunkt ihres Todes an **Kachexie** litten, 40,9% galten als untergewichtig (BMI 17,5 kg/m² - 20,0 kg/m²) und lediglich 22,7 % hatten einen BMI von mehr als 20 kg/m².(LoFaso and Rosen, 2014)

Rhabdomyolyse

Als Folge von schwerer Dehydration und Mangelernährung sowie durch lange anhaltende Immobilität kann eine Rhabdomyolyse auftreten. Dieser Abbau von quergestreifter Muskulatur führt zu einer Freisetzung von intrazellulären Bestandteilen, die eine akute Niereninsuffizienz hervorrufen kann. Insbesondere zu beachten ist die Rhabdomyolyse in Hinblick auf das Konzept der Polyvictimization, da ihr Auftreten als Zeichen anderer Formen von Elder Abuse gewertet wird. Sowohl Traumata mit Verletzungen der Muskulatur als auch das körperliche Anknüpfen gegen Fixierungsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum können eine Rhabdomyolyse auslösen. Eine übermäßige Gabe von Neuroleptika ist als Auslöser ebenso bekannt wie eine Hypo- oder Hyperthermie.(LoFaso and Rosen, 2014)

Hypo- oder Hyperthermie

Ältere Menschen sind anfällig für Temperaturveränderungen, da die physiologischen regulatorischen Mechanismen zur Aufrechterhaltung der Kerntemperatur im Alter funktionell abnehmen. Die Anzeichen für eine Hypo- (<35°C) oder Hyperthermie (>37,5 – 40 °C) sind oftmals Verwirrheitszustände. Besonders schwerwiegende Folgen kann ein Hitzschlag (>40° C) nach sich ziehen. Bleibende Schäden bis hin zum Tod sind möglich.(LoFaso and Rosen, 2014)

Eine Exposition gegenüber hohen oder niedrigen Temperaturen durch inadäquate Kleidung, Verzicht auf Heizung oder Klimatisierung wird als Vernachlässigung des Bedürfnisses nach Schutz betrachtet. Das Risiko einer Hypothermie steigt mit dem Abbau von Fettgewebe und Muskelmasse. Eine Hyperthermie kann Anzeichen einer Sepsis sein, wie sie beispielsweise als Sekundärinfektion der genannten Hautveränderungen erwähnt wurde. Ebenfalls als Ursache für eine Hyperthermie kommt die missbräuchliche Verwendung von Neuroleptika in Betracht. Intoxikation sind häufig eine Folge des Einsatzes medikamentöser Strategien zur Ruhigstellung Pflegebedürftiger. (LoFaso and Rosen, 2014)

Weiters erwähnt, jedoch nicht näher beschrieben werden **Kontraktionen** und **Infektionen der ableitenden Harnwege** (Powers, 2014).

3.2 PSYCHISCHE FOLGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG

Dong et al. (2013) identifiziert Depression, Angst und das Auftreten eines post-traumatischen Stresssyndroms als häufigste Konsequenzen von Elder Abuse. Es wurde ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Verzweiflung und der Häufigkeit der erfahrenen Misshandlung ebenso wie der Art der Misshandlung festgestellt. Eindeutig wurde jedoch sichtbar, dass das Leiden in jedem Fall höher ist als bei nichtbetroffenen Personen. Sind die Opfer von mehreren Formen betroffen steigt das Risiko zur Entwicklung einer Depression. Verbale Gewalt gegenüber älteren Menschen erzeugt den größten Kummer. Emotionale und psychologische Gewalt werden eher als auslösende Faktoren der genannten psychologischen Folgen betrachtet als körperliche Misshandlungen. (Dong et al., 2013)

Eine nähere Differenzierung hinsichtlich der einzelnen Formen von Elder Abuse als auch eine Darstellung der psychologischen Folgen, die im direkten Zusammenhang mit Vernachlässigung stehen, konnte in den inkludierten Studien nicht identifiziert werden.

3.2.1 EXKURS: PSYCHISCHE FOLGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG

Der in Tabelle 4 im Abschnitt Physische Folgen erwähnte Artikel von Strasser et al. (2007) enthält relevante Daten, die sich mit psychologischer Vernachlässigung und deren Folgen auseinandersetzen und soll darum in diese Arbeit miteinfließen.

In der Hälfte aller gemeldeten Fälle von Elder Abuse wird ebenfalls psychologische Vernachlässigung angegeben. Diese beinhaltet neben dem nicht Erfüllen des Bedürfnisses nach sozialer Interaktion das Ignorieren, Bestrafen durch Schweigen und über einen längeren Zeitraum alleine lassen. Bei den Betroffenen löst diese Form der Vernachlässigung Gefühle der Erniedrigung, Isolation, des Ausgeschlossenensein, der Angst, Scham, Qual, Kraftlosigkeit und der Erniedrigung aus. (Strasser and Fulmer, 2007)

In Tabelle 5 werden weitere Folgen von psychologischer Vernachlässigung, dargestellt.

TABELLE 5: PSYCHOLOGISCHE FOLGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG

| Psychologische Folgen von Vernachlässigung |
|---|
| Resignation |
| Angst / Furcht |
| Depression |
| Wut |
| Spannungszustände / Ambivalenz |
| Schlafstörungen |
| Erniedrigtes Selbstwertgefühl |
| Suizidal Gedanken |
| Desorientierung |
| Herabgesetzte Gedächtnisleistung |
| Agitation |
| Lethargie |

3.3 AUSWIRKUNGEN VON VERNACHLÄSSIGUNG AUF DIE STERBLICHKEIT

Ein verfrühter Tod ist die schwerwiegendste Folge von Elder Abuse und kann als körperliche Folge betrachtet werden. In dieser Arbeit soll dieser Thematik im folgenden Abschnitt separat Rechnung getragen werden. Laut Burnett et al. (2016) ist die allgemeine Sterblichkeit von Personen, die Opfer von Elder Abuse sind, dreimal so hoch wie die von nicht Betroffenen. 90% der Betroffenen sterben innerhalb eines Zeitraumes von 8 Jahren jedoch nicht in Folge von Verletzungen.

In der Studie wurden Datensätze, die Informationen zu gemeldeten Elder Abuse Fällen eines definierten Einzugsgebietes enthalten, mit den Datensätzen des Sterberegisters dieser Region abgeglichen.

Die erhaltenen Daten zeigen, dass mit 34% der gemeldeten Fälle von Elder Abuse die Fälle von Vernachlässigung der am häufigsten vorkommende Subtyp ist. Polyvictimization wurde bei 31% der Fälle festgestellt.

Auf Grund des kurzen Zeitraums (5 Jahre) wurde keine mediane Überlebensdauer errechnet jedoch wurde die 5 Jahres Überlebensrate für die einzelnen Subtypen identifiziert. Vernachlässigung weist mit 65% die geringste 5 Jahres Überlebensrate im Vergleich zu den anderen Subtypen auf.

Analysen hinsichtlich geschlechterspezifischer Unterschiede haben gezeigt, dass es im Subtypenvergleich Vernachlässigung und physische Gewalt, für Männer keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Sterblichkeit innerhalb von 5 Jahren gibt. In diesem Vergleich konnte für Frauen eine signifikant höhere Sterblichkeit bei Vernachlässigung festgestellt werden. Im Vergleich Polyvictimization – Vernachlässigung ergab sich kein signifikanter Unterschied für Frauen. Männer weisen eine höhere Sterblichkeit im Fall einer Vernachlässigung auf. (Burnett et al., 2016)

4 DISKUSSION

Ziel dieser Arbeit war es darzustellen, welche physischen und psychischen Folgen für ältere Menschen, die Vernachlässigung erfahren, in der internationalen Literatur beschrieben sind. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden in Folge eine Literaturrecherche durchgeführt. Die gefundenen Veröffentlichungen wurden einer kritischen Bewertung unterzogen, wobei einige auf Grund mangelnder Darstellung der Methode exkludiert werden mussten. Trotzdem wurden diese Daten, wie auch die Daten der 5 inkludierten Studien extrahiert. Da sich die Erkenntnisse homogen darstellen, werden im Weiteren alle identifizierten Folgen diskutiert.

Die Ergebnisse des Literaturreviews zeigen, dass Vernachlässigung für die Betroffenen sowohl körperliche Folgen als auch gleichzeitig psychische Auswirkungen hat. Dieser Zusammenhang, als auch die einzelnen identifizierten Punkte, entsprechen den Erwartungen in Hinblick auf die Bedürfnisse der älteren Menschen, die entweder intensional nicht erfüllt werden oder denen ohne Vorsatz zu wenig oder keine Beachtung geschenkt wird.

In Bezug auf körperliche Folgen von Vernachlässigung konnten in allen Studien Dekubitus Druckgeschwüre, Mangelernährung, und Dehydration identifiziert werden. Diese Ergebnisse entsprechen der internationalen Literatur. Yafee et al. (2012) nennt zudem schlechte Hygiene, wiederkehrende Infektionen sowie unzureichend behandelte chronische Erkrankungen, die ebenfalls Ergebnisse dieser Arbeit widerspiegeln (Yaffe and Tazkarji, 2012). Dyer et al. (2003) identifiziert ebenfalls die genannten Folgen und nennt wie Yaffe et al. (2012) unzureichende Hygiene und macht deutlich, dass dies bereits in der Vergangenheit als Indikator für Vernachlässigung betrachtet wurde (Dyer et al., 2003). Wang et al. (2015) hingegen gibt zwar ebenfalls an, dass Dekubitus, Mangelernährung und Dehydration die am häufigsten genannten Folgen in Zusammenhang mit Vernachlässigung darstellen, zeigt jedoch auf, dass keine Primärstudien zu Prävalenz beziehungsweise Untersuchung der Charakteristika der genannten Folgen im Zusammenhang mit Vernachlässigung vorliegen und somit die Datenlage in diesem Bereich unzureichend ist (Wang et al., 2015).

Dies bestätigt Lindbloom et al. (2007) der in seiner Arbeit schreibt, dass es kontroverse Betrachtungsweisen gibt, ob ein Dekubitus immer ein Zeichen von Vernachlässigung ist (Lindbloom et al., 2007). Die ExpertInnenen auf diesem Gebiet sind sich einig, dass nicht alle Dekubitus verhindert werden können, jedoch die meisten durch eine Risikoeinschätzung, Planung und Durchführung von Maßnahmen wie Druckentlastung, Positionierungswechsel etc. sowie Evaluierung vermieden werden können. Dieser Prozess sollte jedoch auch in den als nicht vermeidbar deklarierten Fällen weiter eingehalten werden.(Black et al., 2011)

Als Ursache für das Auftreten von Dekubitus, die als nicht verhinderbar gelten, wird mit dem größten Einfluss eine mangelnde Perfusion und hämodynamische Instabilität genannt. Das Hautversagen am Ende des Lebens eines Menschen in der Sterbephase sollte nicht damit verwechselt werden. Mangelernährung wird als risikosteigender Faktor identifiziert. Neben den physischen Merkmalen ist der psychische und kognitive Zustand einer Person ebenso relevant für die Einschätzung ob ein Dekubitus als Folge von Vernachlässigung entstanden ist.(Black et al., 2011)

Jeder Mensch hat das Recht Pflege abzulehnen. So kann Non Compliance von Seite des Betroffenen zu Konsequenzen führen. Kognitiv beeinträchtigte Menschen wehren sich unter Umständen gegen Maßnahmen oder verändern selbstständig ihre Position, wenn sie dazu in der Lage sind und druckentlastende Maßnahmen können nicht adäquat durchgeführt werden. (Black et al., 2011) In der Aussage, dass ein Dekubitus ein multifaktorielles Geschehen ist, das hinsichtlich der Entstehung als solches betrachtet werden muss entspricht Black et al. (2011) den extrahierten Inhalten von Gibbs (2014). (Black et al., 2011, Gibbs, 2014)

Dem gegenüber steht Gunningberg et al. (2008), die in ihrer Vergleichsstudie Prävalenzdaten zu Dekubitus vor und nach der Einführung eines umfassenden Programmes zur Prävention miteinander verglichen haben und festgestellt haben, dass es durch die Umsetzung des Programmes, das spezifische Maßnahmen zur Schulung des Personals in Bezug auf Dekubitus enthielt, es zu keinem Rückgang der Prävalenz im Vergleich zur Ersterhebung vor der Einführung des Schulungsprogrammes gekommen ist (Gunningberg and Stotts, 2008).

Die Unterschiede könnten daraus resultieren, dass bei Black et al. (2011) die Daten ExpertInnenmeinungen repräsentieren, die im Zuge einer multidisziplinären Konferenz des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) gesammelt wurden und nicht hinsichtlich Setting und Altersgruppe differenziert sind. Die Studie von Gunningberg et al. (2008) beschränkt sich auf Daten aus dem Setting Krankenhaus und schließt ebenfalls alle Altersgruppen ein.

Für Friedmann et al. (2017) steigt die Assoziation zwischen Dekubitus und Vernachlässigung von älteren Personen mit der Anzahl der Druckgeschwüre ebenso wie mit höherer Klassifikation. (Friedman et al., 2017)

Um die Frage zu beantworten, ob ein Dekubitus als Folge einer Vernachlässigung entstanden ist, muss jeder Einzelfall individuell betrachtet werden. Deutlich geht jedoch aus dieser Arbeit sowie aus der internationalen Literatur hervor, dass beim Auftreten eines Dekubitus bei einem älteren Menschen mit Pflegebedarf eine Reflexion der Ursachen im Kontext eines multiprofessionellen Teams geboten ist.

Wie bereits erwähnt wird Dehydration in der internationalen Literatur als Folge von Vernachlässigung beschrieben (Dyer et al., 2003, Yaffe and Tazkarji, 2012, Wang et al., 2015). Hooper et al. (2014) setzten sich kritisch mit der Frage auseinander ob Dehydration als Indikator für inadäquate Pflege und Vernachlässigung in Einrichtungen der Langzeitpflege für ältere Menschen betrachtet werden sollte. Pflegende sehen sich oftmals mit Situationen konfrontiert, in denen der Wunsch des/der zu Pflegenden nach Autonomie beziehungsweise Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Flüssigkeitsaufnahme und das Wissen der Pflegeperson um die Konsequenzen, die aus einem Flüssigkeitsmangel resultieren, sowie der Wunsch gute Pflege zu gewährleisten, gegenüberstehen. (Hooper and Bunn, 2014)

Es werden unterschiedliche Motivationen beschrieben warum sich BewohnerInnen dazu entscheiden ihre Aufnahme von Flüssigkeiten einzuschränken. Beispielsweise spielt die Angst sich zu verschlucken eine große Rolle genauso wie die Angst vor Inkontinenz beziehungsweise wird es als unangenehm empfunden um Hilfe bitten zu müssen, um zur Toilette zu gelangen. (Hooper and Bunn, 2014)

Aber auch physiologische Veränderungen im Alter resultieren in Dehydration. In der letzten Phase des Lebens kann Dehydration als Teil eines natürlichen Sterbeprozesses gesehen werden. (Hooper and Bunn, 2014) Laut LoFasso &

Rosen (2014) besteht jedoch ein direkter Zusammenhang zwischen Dehydration und einer erhöhten Sterblichkeit (LoFaso and Rosen, 2014). Es ist anzunehmen, dass eine Differenzierung nur durch eine umfassende Einzelfallanalyse möglich ist und nur bei Vorliegen weiter Indizien für eine Vernachlässigung als notwendig erachtet werden sollte.

Shah et al. (2014) setzten sich mit den physiologischen Veränderungen im Alter sowie Erkrankungen bei geriatrischen PatientInnen auseinander, die in einer Dehydration mit Hyponatriämie resultieren beziehungsweise diese negativ beeinflussen. Als physiologische Veränderungen werden ein Rückgang des Durstgefühls sowie die Abnahme der Nierenfunktion und die Verminderung des Wasseranteils im Körper beschrieben. (Shah et al., 2014)

Pathologische Vorgänge, die eine Dehydration hervorrufen oder begünstigen können, sind Hypodipsie in der Folge von Hirnschädigungen im Bereich des Hypothalamus (durch Schlaganfall, Tumore oder mechanische Verletzungen), medikamentöse Diurese, Niereninsuffizienz, Fieber und Diaphorese, Tachypnoe, Flüssigkeitsverlust über den Darm (durch Diarrhö oder Laxantien). Aber auch Demenz, die zum Vergessen der Flüssigkeitsaufnahme führt, wird genannt. (Shah et al., 2014)

Deutlich wird angesprochen, dass Dehydration im Alter ein multifaktorielles Geschehen ist, das eine umfangreiche Diagnostik erfordert um falschen Anschuldigungen, hinsichtlich unzureichender Pflege, entgegenzuwirken (Shah et al., 2014). Diese alterstypischen physiologisch wie pathologischen Einflussfaktoren entsprechen den Daten von LoFasso & Rosen (2014).

Saka et al. (2010) beschreiben das Risiko für Mangelernährung bei älteren Menschen als ein multifaktorielles Geschehen. Diagnostizierte Mangelernährung korreliert mit manifesten geriatrischen Syndromen, wobei die Prävalenz einer Mangelernährung mit der Anzahl an alterstypischen Erkrankungen steigt. Weiters werden Veränderungen im Ernährungsverhalten als Zeichen für Depression identifiziert. (Saka et al., 2010) Die qualitative Studie von Gholizadeh et al. (2016) zeigt auf, dass der Thematik der Mangelernährung bei älteren Menschen nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird und die Unterstützung bei der

Nahrungsaufnahme insbesondere im klinischen Umfeld in Abhängigkeit des vorhandenen Personals steht.(Gholizadeh et al., 2016)

Verbrugge et al. (2013) identifizieren Faktoren die unabhängig voneinander einen Einfluss auf Mangelernährung von BewohnerInnen in Langzeitpflegereinrichtungen für ältere Menschen haben. Das Vorhandensein einer Wunde oder eines Dekubitus, die Einweisung in ein Krankenhaus innerhalb der letzten drei Monate wird genauso genannt wie eine vorhandene kognitive Beeinträchtigung. Ebenso genannt werden Maßnahmen, die einer Mangelernährung entgegenwirken sollen und sich individuell an bestehenden Problem orientieren. Als Beispiel angeführt werden vorgeschrittene Mahlzeiten.(Verbrugge et al., 2013)

In diesem Zusammenhang wird auf den Stellenwert aufmerksam gemacht, den Ernährungsgewohnheiten haben. Werden diese vernachlässigt beziehungsweise sich in Form von speziellen Maßnahmen darüber hinweggesetzt, beinhaltet dieses Verhalten nicht nur ein ethisch fragwürdiges Verhalten, sondern hat zudem einen negativen Einfluss auf die Mangelernährung, der man intentional entgegenwirken wollte. (Verbrugge et al., 2013) Dies deckt sich mit der Aussage von Lindbloom et al. (2007), dass ein nicht Eingehen auf persönliche Vorlieben hinsichtlich der Nahrungsmittel und deren Zubereitung zu einer verminderten Nahrungsaufnahme führen kann.(Lindbloom et al., 2007)

Die internationale Literatur zeigt deutlich, dass Mangelernährung nicht ausschließlich als Folge von Vernachlässigung gesehen werden kann sondern, dass viele Faktoren bekannt sind, die eine Mangelernährung zur Folge haben können, ohne dass ein Zusammenhang mit Vernachlässigung besteht. Dies entspricht den von LoFasso & Rosen (2014) präsentierten Daten.

In Bezug auf die psychischen Folgen von Vernachlässigung ist ein Vergleich der extrahierten Daten mit internationaler Literatur nicht möglich, da es in diesem Bereich sowohl für Elder Abuse im Allgemeinen als auch zur Thematik der Vernachlässigung im Speziellen ein Mangel an Forschung vorliegt. Ein Grund dafür könnte sein, dass psychische Folgen, die sich wie Dong et al. (2013) und Strasser & Fulmer (2008) beschreiben in der Form von Angstzuständen, Depression, Kummer und Resignation äußern, nicht ausreichend beachtet, hinterfragt und behandelt werden. Ein weiter Grund für die fehlende Auseinandersetzung mit der

Problematik könnte darin bestehen, dass die erwähnten Folgen im Vergleich zu körperlichen Folgen nur schwer kalkulierbare Kosten verursachen und daher das Interesse an einer Verbesserung der Situation gering ausfällt. Weiters ist es denkbar, dass die Durchführbarkeit einer solchen Studie aus verschiedenen Gründen als äußerst schwierig eingeschätzt wird. Beispielsweise sind Betroffene oftmals kognitiv eingeschränkt, was eine Datenerhebung erschwert. Um emotional behaftete Befragungen durchzuführen verwenden Forscher häufig online Surveys. Dies ist in dieser Zielgruppe nicht durchführbar. Darüber hinaus könnten ethische Bedenken bestehen, da die Betroffenen einer vulnerablen Gruppe zugeschrieben werden.

Dong et al. (2011) setzt sich mit psychischem und sozialem Wohlbefinden im Zusammenhang mit Elder Abuse und den Auswirkungen auf die Sterblichkeit der Betroffenen auseinander. Nicht bestätigt wird dabei, ob die beschriebene Depression als Folge von Elder Abuse aufgetreten ist. Ein kausaler Zusammenhang wird jedoch als wahrscheinlich deklariert, was den Aussagen von Dong et al. (2013) und Strasser & Fulmer (2008) entspricht. Deutlich konnte jedoch eine Steigerung der Sterblichkeit bei älteren Personen identifiziert werden, bei denen sowohl eine Depression bestand als auch ein Verdacht oder bestätigter Fall von Elder Abuse vorlag. Diese Erkenntnisse unterstützen die Ergebnisse von Burnett et al. (2016) hinsichtlich des Zusammenhangs von Elder Abuse und einer erhöhten Sterblichkeit. Nicht differenziert betrachtet wurden in der Arbeit von Dong et al. (2011) die Subtypen von Elder Abuse weshalb eine Aussage in Bezug auf Vernachlässigung nicht möglich ist. (Dong et al., 2011, Burnett et al., 2016, Dong et al., 2013, Strasser and Fulmer, 2007)

Dekubitus, Mangelernährung, Dehydration, sich verschlechternde chronische Erkrankungen sowie schlechte Hygiene und unter anderem daraus resultierende wiederkehrende Infektionen wurden in dieser Arbeit als Folgen von Vernachlässigung identifiziert. (LoFaso and Rosen, 2014, Strasser and Fulmer, 2007, Gibbs, 2014, Powers, 2014, Friedman et al., 2017, DeLiema et al., 2016, Lindbloom et al., 2007) Die internationale Literatur zeigt auf, dass diese Folgen in direktem Zusammenhang mit einer erhöhten Mortalität für die Betroffenen stehen. (Saka et al., 2010, Shah et al., 2014, Yaffe and Tazkarji, 2012) und entspricht dadurch die Ergebnisse von Burnett et al. (2016).

4.1 LIMITATIONEN

Die Datenbanksuche erfolgte für die vorliegende Arbeit ausschließlich in den beiden Datenbanken CINAHL und Pubmed außerdem wurde die Ergebnisse nach Studien gefiltert, die nur in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden.

Da sich die Suche nicht spezifisch auf ein einzelnes Setting konzentrierte, sondern alle möglichen Versorgungs- bzw. Betreuungsformen inkludiert werden sollten, ist die Vergleichbarkeit der erhalten Daten nicht uneingeschränkt gegeben.

4.2 STÄRKEN

Als positiv kann gewertet werden das Studien unterschiedlicher Designs in diese Arbeit inkludiert wurden.

Die Beurteilung der Studien erfolgte anhand eines wissenschaftlich fundierten Bewertungsinstrumentes, das hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität geprüft wurde. (Hawker et al., 2002)

5 SCHLUSSFOLGERUNG & EMPFEHLUNG

Diese Arbeit zeigt auf, dass Vernachlässigung als eine der häufigsten Formen von Elder Abuse schwerwiegende physische wie auch psychische Konsequenzen für die Betroffenen hat. (Strasser and Fulmer, 2007) Ebenfalls wird die Lebenserwartung durch Elder Abuse im Allgemeinen und Vernachlässigung im Speziellen negativ beeinflusst. (Burnett et al., 2016) In der internationalen Literatur finden sich unterschiedliche Begrifflichkeiten und Definitionen. Ebenso kommen unterschiedliche Instrumente zum Erfassen der Folgen zum Einsatz, was die Vergleichbarkeit der erhalten Daten wesentlich erschwert. Generell sind die Forschungen im Bereich Elder Abuse unzureichend. (Daly et al., 2011) Die Thematik Elder Abuse und Vernachlässigung wird durch den demographischen Wandel in den kommenden Jahren weiter an Relevanz zunehmen. Es ist von zentraler Bedeutung für die Pflege sich dessen bewusst zu sein und frühzeitig Maßnahmen zur Prävention zu setzen. (Sethi et al., 2011) Die internationale

Literatur und eine kritische Auseinandersetzung mit den identifizierten Folgen zeigt weiters wie wichtig es ist, Verdachtsfälle von Vernachlässigung multiprofessionell zu beleuchten um der Komplexität Rechnung zu tragen, Fälle von Elder Abuse zu erkennen und nicht gerechtfertigten Anschuldigungen vorzubeugen.

Die Pflegeforschung sollte sich weiterführend mit dem Thema Elder Abuse kritisch befassen und international einheitliche Begrifflichkeiten entwickeln, um eine bessere Vergleichbarkeit zu schaffen. Insbesondere der Thematik der Vernachlässigung als Subtyp von Elder Abuse, in seinem gesamten Spektrum von Risikofaktoren, Opfertypen, TäterInnenmerkmalen und Präventionsstrategien sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Für die Pflegepraxis ist es von großer Bedeutung, dass alle ausgebildeten Pflegekräfte sich der Problematik von Elder Abuse bewusst sind. Reflexionsfähigkeit im eigenen Handeln ist genauso wichtig wie die Fähigkeit der Wahrnehmung von offensichtlichen wie auch subtilen Anzeichen. Schulungen zur Eigenreflexion sowie Supervisionsgespräche sollten in Bereichen, in denen ausschließlich oder zum größten Teil mit älteren Menschen gearbeitet wird, verpflichtend sein. Ebenfalls ist eine Implementierung von regelmäßigen Schulungen zum Erkennen von Anzeichen von Elder Abuse und Vernachlässigung für Pflegepersonen im klinischen Bereich als auch in der Hauskrankenpflege zu empfehlen.

„Elder maltreatment is unacceptable – older people are entitled to the best quality of life, free from abuse and neglect“ (Sethi et al., 2011)

(Sethi et al. 2011. *European report on preventing elder maltreatment*, World Health Organization, S. 67)

6 LITERATURVERZEICHNIS

- ATRAMONT, A., RIGAULT, A., CHEVALIER, S., LEBLANC, G., FAGOT-CAMPAGNA, A. & TUPPIN, P. 2017. Characteristics, diseases and mortality of people admitted to nursing homes for dependent seniors during the first quarter of 2013 in France. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 65, 221.
- BLACK, J. M., EDSBERG, L. E., BAHARESTANI, M. M., LANGEMO, D., GOLDBERG, M., MCNICHOL, L. & CUDDIGAN, J. 2011. Pressure ulcers: avoidable or unavoidable? Results of the national pressure ulcer advisory panel consensus conference. *Ostomy-Wound Management*, 57, 24.
- BLOOM, D. E., BOERSCH-SUPAN, A., MCGEE, P. & SEIKE, A. 2011. Population aging: facts, challenges, and responses. *Benefits and compensation International*, 41, 22.
- BURNETT, J., JACKSON, S. L., SINHA, A. K., ASCHENBRENNER, A. R., MURPHY, K. P., XIA, R. & DIAMOND, P. M. 2016. Five-year all-cause mortality rates across five categories of substantiated elder abuse occurring in the community. *Journal of elder abuse & neglect*, 28, 59-75.
- BUŽGOVÁ, R. & IVANOVÁ, K. 2009. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16, 110-126.
- COOPER, C., SELWOOD, A. & LIVINGSTON, G. 2008. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and ageing*, 37, 151-160.
- DALY, J. M., MERCHANT, M. L. & JOGERST, G. J. 2011. Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 348-365.
- DELIEMA, M., HOMEIER, D. C., ANGLIN, D., LI, D. & WILBER, K. H. 2016. The forensic lens: Bringing elder neglect into focus in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 68, 371-377.
- DONG, X., CHEN, R., CHANG, E.-S. & SIMON, M. 2013. Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. *Gerontology*, 59, 132-142.

- DONG, X., SIMON, M., BECK, T., FARRAN, C., MCCANN, J., DE LEON, C. M., LAUMANN, E. & EVANS, D. 2011. Elder abuse and mortality: The role of psychological and social wellbeing. *Gerontology*, 57, 549-558.
- DONG, X. & SIMON, M. A. 2013. Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *JAMA Internal Medicine*, 173, 911-917.
- DYER, C. B., CONNOLLY, M.-T. & MCFEELEY, P. 2003. The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect.
- FRIEDMAN, L. S., AVILA, S., LIU, E., DIXON, K., PATCH, O., PARTIDA, R., ZIELKE, H., GILOTH, B., FRIEDMAN, D. & MOORMAN, L. 2017. Using clinical signs of neglect to identify elder neglect cases. *Journal of elder abuse & neglect*, 29, 270-287.
- GHOLIZADEH, L., YAZDI, K., DEGHAN NAYERI, N. & MOHAMMADI, E. 2016. Nutritional care of elderly patients in acute care settings: A qualitative study. *Geriatrics & gerontology international*, 16, 374-379.
- GIBBS, L. M. 2014. Understanding the medical markers of elder abuse and neglect: physical examination findings. *Clinics in geriatric medicine*, 30, 687-712.
- GUNNINGBERG, L. & STOTTS, N. A. 2008. Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *International Journal for Quality in Health Care*, 20, 246-253.
- HAWKER, S., PAYNE, S., KERR, C., HARDEY, M. & POWELL, J. 2002. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative health research*, 12, 1284-1299.
- HO, C. S., WONG, S.-Y., CHIU, M. M. & HO, R. 2017. Global prevalence of elder abuse: A metaanalysis and meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27, 43.
- HOOPER, L. & BUNN, D. K. 2014. Should dehydration in older people be a marker of lack of quality in long term care provision? *Quality in Ageing and Older Adults*, 15, 232-236.
- KATZ, S., FORD, A. B., MOSKOWITZ, R. W., JACKSON, B. A. & JAFFE, M. W. 1963. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 185, 914-919.
- LINDBLOOM, E. J., BRANDT, J., HOUGH, L. D. & MEADOWS, S. E. 2007. Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8, 610-616.

- LOFASO, V. M. & ROSEN, T. 2014. Medical and laboratory indicators of elder abuse and neglect. *Clinics in geriatric medicine*, 30, 713-728.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J. & ALTMAN, D. G. 2010. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International journal of surgery*, 8, 336-341.
- ORGANIZATION, W. H. 2002. Missing voices: views of older persons on elder abuse.
- POWERS, J. S. 2014. Common presentations of elder abuse in health care settings. *Clinics in geriatric medicine*, 30, 729-741.
- RAMSEY-KLAWSNIK, H. 2017. Older adults affected by polyvictimization: a review of early research. *Journal of elder abuse & neglect*, 1-14.
- ROPER, N., LOGAN, W. W. & TIERNEY, A. J. 2000. *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living*, Elsevier Health Sciences.
- SAKA, B., KAYA, O., OZTURK, G. B., ERTEN, N. & KARAN, M. A. 2010. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical nutrition*, 29, 745-748.
- SCHIAMBERG, L. B., BARBOZA, G. G., OEHMKE, J., ZHANG, Z., GRIFFORE, R. J., WEATHERILL, R. P., VON HEYDRICH, L. & POST, L. A. 2011. Elder abuse in nursing homes: An ecological perspective. *Journal of elder abuse & neglect*, 23, 190-211.
- SCHIPFER, R. K. 2005. Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. *Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. Österreichisches Institut für Familienforschung*, 51.
- SETHI, D., WOOD, S., MITIS, F., BELLIS, M., PENHALE, B., MARMOLEJO, I. I., LOWENSTEIN, A., MANTHORPE, G. & KÄRKI, F. U. 2011. *European report on preventing elder maltreatment*, World Health Organization.
- SHAH, M. K., WORKENEH, B. & TAFFET, G. E. 2014. Hyponatremia in the geriatric population. *Clinical interventions in aging*, 9, 1987.
- STRASSER, S. M. & FULMER, T. 2007. The clinical presentation of elder neglect: what we know and what we can do. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12, 340-349.
- VERBRUGGHE, M., BEECKMAN, D., VAN HECKE, A., VANDERWEE, K., VAN HERCK, K., CLAYS, E., BOCQUAERT, I., DERYCKE, H., GEURDEN, B. & VERHAEGHE, S. 2013. Malnutrition and associated factors in nursing home

- residents: A cross-sectional, multi-centre study. *Clinical Nutrition*, 32, 438-443.
- WANG, X. M., BRISBIN, S., LOO, T. & STRAUS, S. 2015. Elder abuse: an approach to identification, assessment and intervention. *Canadian Medical Association Journal*, 187, 575-581.
- YAFFE, M. J. & TAZKARJI, B. 2012. Understanding elder abuse in family practice. *Canadian Family Physician*, 58, 1336-1340.
- ZHANG, Z., SCHIAMBERG, L. B., OEHMKE, J., BARBOZA, G. E., GRIFFORE, R. J., POST, L. A., WEATHERILL, R. P. & MASTIN, T. 2010. Neglect of older adults in Michigan nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23, 58-74.

7 ANHANG

Kritische Bewertung der Literatur anhand Hawker et al. (2002)

| |
|---|
| BURNETT, J., JACKSON, S. L., SINHA, A. K., ASCHENBRENNER, A. R., MURPHY, K. P., XIA, R. & DIAMOND, P. M. 2016. Five-year all-cause mortality rates across five categories of substantiated elder abuse occurring in the community. Journal of elder abuse & neglect, 28, 59-75. |
| 1. Abstract and title: |
| Did they provide a clear description of the study? |
| Good:Structured abstract with full information and clear title. |
| Fair:Abstract with most of the information. |
| Poor:Inadequate abstract. |
| Very Poor No abstract. |
| Im Fließtextverfassder Abstract der alle Informationen aufweist. Titel spieglt klar den Inhalt der Studie |
| Punkte: 4 |
| 2. Introduction and aims: |
| Was there a good background and clear statement of the aims of the research? |
| Good:Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. |
| Fair:Some background and literature review. Research questions outlined. |
| Poor:Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. |
| Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review. |
| Klare Definition des Hintergrundes, Darlegung des aktuellen Forschungsstandes und Aufzeigen vom Bedarf |
| Punkte: 4 |
| 3. Method and data: |
| Is the method appropriate and clearly explained? |
| Good:Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording. |
| Fair: Method appropriate, description could be better. Data described. |
| Poor:Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. |
| Very Poo: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data. |

| |
|---|
| Es wurde vorhandene Daten der öffentlichen Hand ausgewertet was für den Zweck der Studie als legitim und zielführend erachtet wird. Der Vorgang sowie die genutzten Daten wurden ausreichend beschrieben. |
| Punkte: 4 |
| 4. Sampling: |
| Was the sampling strategy appropriate to address the aims? |
| Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. |
| Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing. |
| Poor: Sampling mentioned but few descriptive details. |
| Very Poor: No details of sample. |
| Durch die Verwendung von vorhandenen Daten fand keine Rekrutierung statt. Die Samplegröße der genutzten Daten war angemessen. Rücklaufquoten sind nicht relevant |
| Punkte: 3 |
| 5. Data analysis: |
| Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? |
| Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. |
| Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. |
| Poor: Minimal details about analysis. |
| Very Poor: No discussion of analysis. |
| Klare Darstellung der Datenanalyse. Statistische Signifikanz anhand p-Wert, Angabe von Hazards ratios, standard errors und Konfidenzintervallen |
| Punkte: 4 |
| 6. Ethics and bias: |
| Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? |
| Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. |
| Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged). |
| Poor: Brief mention of issues. |
| Very Poor: No mention of issues. |
| Da nur vorhandene Daten einer Behörde genutzt wurden waren keine Zustimmungen notwendig. Mögliche Bias wurden angesprochen. |
| Punkte: 3 |
| 7. Results: |

| |
|--|
| Is there a clear statement of the findings? |
| Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings. |
| Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results. |
| Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results. |
| Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims. |
| Leicht nachvollziehbare und klare Darstellung der erhaltenen Daten. Tabellen wurden im Text näher beschrieben. |
| Punkte: 4 |
| 8. Transferability or generalizability: |
| Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? |
| Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). |
| Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4 |
| Poor: Minimal description of context/setting. |
| Very Poor: No description of context/setting. |
| Die genutzten Daten haben sich nicht auf ein Setting bezogen, sondern repräsentieren die gesamte Population einer definierten Region. Übertragbarkeit ist nicht uneingeschränkt gegeben. |
| Punkte: 3 |
| 9. Implications and usefulness: |
| How important are these findings to policy and practice? |
| Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. |
| Fair: Two of the above (state what is missing in comments). |
| Poor: Only one of the above. |
| Very Poor: None of the above. |
| Neue Erkenntnisse hinsichtlich verschiedener Zusammenhänge. Bedrachtung der erhaltenen Daten aus verschiedenen Blickwinkeln. Empfehlungen für weiterführende Forschung und Praxis vorhanden. |
| Punkte: 4 |
| Gesamtpunkte: 33 |

DELIEMA, M., HOMEIER, D. C., ANGLIN, D., LI, D. & WILBER, K. H. 2016.
The forensic lens: Bringing elder neglect into focus in the emergency department. Annals of emergency medicine, 68, 371-377.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Structured abstract with full information and clear title.

Fair: Abstract with most of the information.

Poor: Inadequate abstract.

Very Poor: No abstract.

Abstract im Fließtext, vollständig. Titel ist klar und gibt die besondere Herangehensweise der Studie an.

Punkte: 4

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.

Klare Darstellung des Hintergrundes, Aufzeigen von Wissenslücken und Problematiken innerhalb der Thematik,

Punkte: 3

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

„The Forensic Lense“ als spezielle Herangehensweise wurde genutzt. Diese Methode wurde beschrieben. Eine Fallbeschreibung erfolgte ebenfalls

Punkte: 3

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

| |
|---|
| Good:Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. |
| Fair:Sample size justified. Most information given, but some missing. |
| Poor:Sampling mentioned but few descriptive details. |
| Very Poor:No details of sample. |
| Das Sample zur Gegenüberstellung von zwei ähnlichen Fällen, die sich doch unterschieden ergab ein nötiges Sample von 2 was erfüllt wurde. Die Fälle wurden anhand ihrer Charakteristika ausgewählt. |
| Punkte: 3 |
| 5. Data analysis: |
| Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? |
| Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. |
| Fair:Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. |
| Poor: Minimal details about analysis. |
| Very Poor: No discussion of analysis. |
| Die Analyse erfolgte anhand der Einschätzung eines speziellen Investigationsteams, Eine Statistische Auswertung war nicht Inhalt der Studie |
| Punkte: 4 |
| 6. Ethics and bias: |
| Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? |
| Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. |
| Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged). |
| Poor: Brief mention of issues. |
| Very Poor: No mention of issues. |
| Ethische Belange werden angesprochen, durch die Sonderform der Studie anhand der Forensic Lense Methode sind keine Zustimmungen nötig. Bias werden nicht erwähnt. |
| Punkte: 2 |
| 7.Results: |
| Is there a clear statement of the findings? |
| Good:Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings. |

| |
|---|
| Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results. |
| Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results. |
| Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims. |
| Die Ergebnisse werden klar und verständlich dargestellt und ein Bezug zum Ziel der Studie hergestellt. |
| Punkte: 4 |
| 8. Transferability or generalizability: |
| Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? |
| Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). |
| Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4 |
| Poor: Minimal description of context/setting. |
| Very Poor: No description of context/setting. |
| Setting werden beschrieben, die Daten sind nicht uneingeschränkt übertragbar. |
| Punkte: 3 |
| 9. Implications and usefulness: |
| How important are these findings to policy and practice? |
| Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. |
| Fair: Two of the above (state what is missing in comments). |
| Poor: Only one of the above. |
| Very Poor: None of the above. |
| Es werden sowohl Empfehlungen für die Praxis als auch für die Forschung gegeben. Eine Beleuchtung der beiden Fälle gibt guten Einblick über den Einfluss der Perspektive bei der Betrachtung der Fälle. |
| Punkte: 4 |
| Gesamtpunkte: 30 |

DONG, X., CHEN, R., CHANG, E.-S. & SIMON, M. 2013. Elder abuse and psychological well-being: A systematic review and implications for research and policy-A mini review. Gerontology, 59, 132-142.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Structured abstract with full information and clear title.

| |
|---|
| Fair:Abstract with most of the information. |
| Poor:Inadequate abstract. |
| Very Poor No abstract. |
| Klarer eindeutiger Titel, Abstrat vollständig |
| Punkte: 4 |
| 2. Introduction and aims: |
| Was there a good background and clear statement of the aims of the research? |
| Good:Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. |
| Fair:Some background and literature review. Research questions outlined. |
| Poor:Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. |
| Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review. |
| Umfangreiche gut strukturierte Einleitung |
| Punkte: 4 |
| 3. Method and data: |
| Is the method appropriate and clearly explained? |
| Good:Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording. |
| Fair: Method appropriate, description could be better. Data described. |
| Poor:Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. |
| Very Poo: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data. |
| Klar strukturierte Beschreibung der Systematischen Literaturrechere |
| Punkte: 4 |
| 4. Sampling: |
| Was the sampling strategy appropriate to address the aims? |
| Good:Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. |
| Fair:Sample size justified. Most information given, but some missing. |
| Poor:Sampling mentioned but few descriptive details. |
| Very Poor:No details of sample. |
| Im Studiendesign nicht relevant. |
| Punkte: / |
| 5. Data analysis: |
| Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? |
| Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. |

| |
|---|
| Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. |
| Fair:Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. |
| Poor: Minimal details about analysis. |
| Very Poor: No discussion of analysis. |
| |
| Punkte: 4 |
| 6. Ethics and bias: |
| Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? |
| Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. |
| Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged). |
| Poor: Brief mention of issues. |
| Very Poor: No mention of issues. |
| Nicht relevant für Systematische Literaturreviews |
| Punkte: / |
| 7.Results: |
| Is there a clear statement of the findings? |
| Good:Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings. |
| Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate |
| directly to results. |
| Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results. |
| Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims. |
| Klare über übersichtliche Darstellung der Daten |
| Punkte: 4 |
| 8. Transferability or generalizability: |
| Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? |
| Good:Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). |
| Fair:Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4 |
| Poor: Minimal description of context/setting. |
| Very Poor: No description of context/setting. |

| |
|---|
| Vergabe von 4 Punkte obwohl Frage 4 nicht bewertet wurde. Durch das Studiendesign ergibt sich eine gute Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit der erhalten Daten da sie einen Überblick über eine große Datenmenge bietet |
| Punkte: 4 |
| 9. Implications and usefulness: |
| How important are these findings to policy and practice? |
| Good:Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. |
| Fair: Two of the above (state what is missing in comments). |
| Poor: Only one of the above. |
| Very:Poor: None of the above. |
| Es werden sowohl Empfehlungen für die Forschung als auch für die Praxis ausgesprochen |
| Punkte: 4 |
| Gesamtpunkte: 24 |

| |
|---|
| FRIEDMAN, L. S., AVILA, S., LIU, E., DIXON, K., PATCH, O., PARTIDA, R., ZIELKE, H., GILOTH, B., FRIEDMAN, D. & MOORMAN, L. 2017. Using clinical signs of neglect to identify elder neglect cases. Journal of elder abuse & neglect, 29, 270-287. |
| 1. Abstract and title: |
| Did they provide a clear description of the study? |
| Good:Structured abstract with full information and clear title. |
| Fair:Abstract with most of the information. |
| Poor:Inadequate abstract. |
| Very Poor No abstract. |
| Klarer Titel. Abstract im Fließtext der die Studie gut beschreibt |
| Punkte: 4 |
| 2. Introduction and aims: |
| Was there a good background and clear statement of the aims of the research? |
| Good:Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. |
| Fair:Some background and literature review. Research questions outlined. |
| Poor:Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. |
| Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review. |
| Detaillierte Hintergrundbeschreibung,Darlegung des aktuellen Standes der relevanten Literatur, gute Beschreibung der Relevanz der Studie |

| |
|--|
| Punkte: 4 |
| 3. Method and data: |
| Is the method appropriate and clearly explained? |
| Good:Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording. |
| Fair: Method appropriate, description could be better. Data described. |
| Poor:Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. |
| Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data. |
| Genauere Beschreibung der benutzten DELPHI-Methode und der Datensammlung |
| Punkte: 4 |
| 4. Sampling: |
| Was the sampling strategy appropriate to address the aims? |
| Good:Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. |
| Fair:Sample size justified. Most information given, but some missing. |
| Poor:Sampling mentioned but few descriptive details. |
| Very Poor:No details of sample. |
| Die Focusgruppe, die den Delphi-Prozess durchlaufen hat und die vorhandenen Daten bewertet hat, war angemessen. Rücklaufquoten und angesprochene |
| Punkte: 3 |
| 5. Data analysis: |
| Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? |
| Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. |
| Fair:Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. |
| Poor: Minimal details about analysis. |
| Very Poor: No discussion of analysis. |
| Gute Erläuterung der Datenanalyse |
| Punkte: 3 |
| 6. Ethics and bias: |
| Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? |
| Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. |
| Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged). |

| |
|---|
| Poor: Brief mention of issues. |
| Very Poor: No mention of issues. |
| Ethische Belange wurden in dieser Studie nicht berührt, Mögliche Bias wurden durch die AutorInnen angesprochen |
| Punkte: 3 |
| 7.Results: |
| Is there a clear statement of the findings? |
| Good:Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings. |
| Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results. |
| Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results. |
| Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims. |
| Klare Darstellung der Resultate, Begleittext zu den vorhandenen Tabellen, Bezug zum Ziel der Studie klar ersichtlich |
| Punkte: 4 |
| 8. Transferability or generalizability: |
| Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? |
| Good:Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). |
| Fair:Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4 |
| Poor: Minimal description of context/setting. |
| Very Poor: No description of context/setting. |
| Entwicklung des Instruments erfolgte für das Setting Krankenhaus, die Übertragbarkeit auf andere Settings ist durchaus gegeben, die Generalisierbarkeit wird durch die ExpertInnenmeinungen gewährleistet |
| Punkte: 3 |
| 9. Implications and usefulness: |
| How important are these findings to policy and practice? |
| Good:Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. |
| Fair: Two of the above (state what is missing in comments). |
| Poor: Only one of the above. |
| Very:Poor: None of the above. |

| |
|--|
| Es wurden sowohl Empfehlungen für die Forschung als auch für die Praxis gegeben. |
| Punkte: 4 |
| Gesamtpunkte: 32 |

LINDBLOOM, E. J., BRANDT, J., HOUGH, L. D. & MEADOWS, S. E. 2007. Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. Journal of the American Medical Directors Association, 8, 610-616.

| |
|--|
| 1. Abstract and title: |
| Did they provide a clear description of the study? |
| Good:Structured abstract with full information and clear title. |
| Fair:Abstract with most of the information. |
| Poor:Inadequate abstract. |
| Very Poor No abstract. |
| Titel ist klar gewählt, Abstract im Fließtext verfasst vermittelt alle Informationen |
| Punkte: 4 |

| |
|---|
| 2. Introduction and aims: |
| Was there a good background and clear statement of the aims of the research? |
| Good:Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions. |
| Fair:Some background and literature review. Research questions outlined. |
| Poor:Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background. |
| Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review. |
| Umfangreiche Darstellung des Hintergrundes, des aktuellen Standes der Literatur, und Zweck der Studie |
| Punkte: 4 |

| |
|--|
| 3. Method and data: |
| Is the method appropriate and clearly explained? |
| Good:Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording. |
| Fair: Method appropriate, description could be better. Data described. |
| Poor:Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data. |
| Very Poo: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data. |
| Klar strukturierte Beschreibung der Methode |
| Punkte: 4 |

| |
|---------------------|
| 4. Sampling: |
|---------------------|

| |
|--|
| Was the sampling strategy appropriate to address the aims? |
| Good:Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained. |
| Fair:Sample size justified. Most information given, but some missing. |
| Poor:Sampling mentioned but few descriptive details. |
| Very Poor:No details of sample. |
| Sampling ist nicht relevant bei systematischen Reviews. |
| Punkte: / |
| 5. Data analysis: |
| Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? |
| Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed. |
| Fair:Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative. |
| Poor: Minimal details about analysis. |
| Very Poor: No discussion of analysis. |
| Punkte: / |
| 6. Ethics and bias: |
| Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered? |
| Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias. |
| Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged). |
| Poor: Brief mention of issues. |
| Very Poor: No mention of issues. |
| Nicht relevant bei systematischen Reviews. |
| Punkte: / |
| 7.Results: |
| Is there a clear statement of the findings? |
| Good:Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings. |
| Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results. |
| Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results. |

| |
|--|
| Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims. |
| Klar strukturierte Darstellung der Daten, einfach anzuvollziehen, logischer Zusammenhang. Ziel der Arbeit wird abgebildet. |
| Punkte: 4 |
| 8. Transferability or generalizability: |
| Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? |
| Good:Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling). |
| Fair:Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4 |
| Poor: Minimal description of context/setting. |
| Very Poor: No description of context/setting. |
| Die Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit ergibt sich aus dem Design |
| Punkte: 4 |
| 9. Implications and usefulness: |
| How important are these findings to policy and practice? |
| Good:Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice. |
| Fair: Two of the above (state what is missing in comments). |
| Poor: Only one of the above. |
| Very:Poor: None of the above. |
| Es werden sowohl Empfehlungen für weiterführende Forschung geben als auch für die Praxis ausgesprochen. |
| Punkte: 4 |
| Gesamtpunkte: 24 |