

Bachelorarbeit

**Adipositas – Pflegerische und
organisatorische
Herausforderungen auf
Intensivstationen**

eingereicht von

Sabrina Maria Buttazoni

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.ⁱⁿ Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, am 08.03.2018

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 benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 08.03.2018

Sabrina Maria Buttazoni, eh“

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	I
Zusammenfassung	I
Abstract.....	III
1 Einleitung	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Definition und Messung der Adipositas	3
1.3 Ätiologie der Adipositas.....	5
1.3.1 Erhöhte Energieaufnahme	5
1.3.2 Verminderter Energieverbrauch	5
1.3.3 Genetische Prädisposition.....	6
1.3.5 Gewichtszunahme durch Pharmaka.....	6
1.3.6 Krankheiten als Ursache	6
1.4 Komorbiditäten	7
1.4.1 Metabolisches Syndrom	7
1.4.2 Diabetes	7
1.4.3 Dyslipidämien	8
1.4.4 Hypertonie	8
1.4.5 Gastrointestinale Erkrankungen	9
1.4.6 Respiratorische Erkrankungen	9
1.4.7 Beschwerden am Bewegungsapparat.....	9
1.4.8 Weitere Erkrankungen.....	10
1.5 Adipositasmanagement: Pflege und Organisation	10
1.5.1 Personelle Situation	11
1.5.2 Transport.....	11
1.5.3 Organisatorische Voraussetzungen	12
1.5.4 Diagnostische Maßnahmen.....	12
1.5.5 Bauliche Voraussetzungen.....	13
1.5.6 Stigmatisierung von adipösen Patientinnen und Patienten	13

2 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage	15
3 Methode	16
3.1 Design	16
3.2 Datensammlungsprozess	16
3.3 Datenanalyse	19
4 Ergebnisse	20
4.1 Körperliche Herausforderungen	20
4.2 Einstellungen der Pflegefachkräfte	21
4.3 Soziale Interaktion und sprachliche Herausforderungen	23
4.4 Equipment und Ressourcen	25
5 Diskussion	33
5.1 Stärken und Schwächen	37
5.2 Empfehlungen für die Praxis	37
5.3 Empfehlungen für die Forschung	38
6 Schlussfolgerung	39
Literaturverzeichnis	V
Anhang	X

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart – Auswahl der Studien.....	18
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation nach BMI in kg/m ²	3
Tabelle 2: Adipositasrisiko nach Taillenumfang.....	4
Tabelle 3: Übersicht der inkludierten Studien.....	30

Abkürzungsverzeichnis

%	Prozent
APN	Advanced Practice Nurse
BMI	Body Mass Index
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
cm	Zentimeter
HDL	High Density Lipoprotein
LDL.....	Low Density Lipoprotein
MeSH	Medical Subject Headings
PubMed.....	Public Medicine
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Hintergrund: Weltweit steigt die Prävalenz der Adipositas. Aufgrund des Ausmaßes an einhergehenden Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas folgt eine zunehmende Konfrontation der Krankenhäuser mit adipösen Patientinnen und Patienten, von denen viele auf die Intensivstation aufgenommen werden.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, die pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen bei Adipositas auf Intensivstationen darzustellen.

Methode: Es wurde ein Literaturreview durchgeführt. Die Literaturrecherche fand in den Datenbanken PubMed und CINAHL statt. Des Weiteren erfolgte eine Handsuche in Referenzlisten. Studien, die nicht älter als zwölf Jahre sowie ausschließlich in englischer oder deutscher Sprache verfasst sind, wurden eingeschlossen. Die inkludierten Studien wurden anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch bewertet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden fünf qualitative Studien eingeschlossen, welche zeigen, dass Adipositas auf Intensivstationen bei Pflegefachkräften eine körperliche Herausforderung darstellt. Des Weiteren führen die negativen Einstellungen der Intensivpflegefachkräfte sowie die soziale Interaktion und der sprachliche Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten zu Herausforderungen. So stellt es für Intensivpflegefachkräfte oftmals eine große Schwierigkeit dar, die Adipositerkrankung in Anwesenheit der adipösen Patientinnen und Patienten zu thematisieren. Das notwendige Equipment und die Ressourcen zur Versorgung adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stellen manchmal aufgrund des jeweiligen Nichtvorhandenseins ebenso Herausforderungen dar.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass Adipositas auf Intensivstationen zum einen immer häufiger anzutreffen ist und zum anderen stets größere Herausforderungen mit sich bringt. Empfehlenswert wäre es, Fortbildungen und Schulungen zum Thema Adipositas für Pflegefachkräfte auf Intensivstationen anzubieten sowie auch in der Ausbildung einen Schwerpunkt darauf zu legen. Für

die weitere Forschung wird empfohlen, spezielle Interventionen wie beispielsweise den Einsatz von entsprechendem Equipment und Ressourcen sowie deren Effekte zu untersuchen, um bessere Interventionen zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Adipositas, Intensivstation, Herausforderungen, Pflegeperson

Abstract

Background: Worldwide, the prevalence of obesity is increasing. Due to the extent of comorbidities and secondary diseases of obesity, hospitals are increasingly confronted with obese patients and many of whom are being admitted to the intensive care unit.

Aim: The aim of this paper is to describe the nursing and organizational challenges of obesity in intensive care units.

Methods: A literature review was conducted. The literature search was realized in the database PubMed and CINAHL. Furthermore, a manual search was carried out in reference lists. Studies which were not older than twelve years and written in English or German were included. The included studies were critically evaluated on the basis of evaluation sheet of Hawker et al. (2002).

Results: Overall, five qualitative studies were included, which show that obesity in intensive care units represent physical challenges for nurses. Furthermore, the negative attitudes of the intensive care nurses as well as social interactions and verbal contact with obese patients lead to challenges. For intensive care nurses, it is often difficult to discuss adiposity diseases in the presence of obese patients. Another difficulty is the lack of necessary equipment and resources for the care of obese intensive care patients.

Conclusion: The results show that on the one hand, obesity in intensive care units is on the rise and on the other hand, it brings greater challenges. A recommendable approach would be to offer training courses on obesity for nurses in intensive care

units. For further research it is recommended to investigate special interventions such as the use of appropriate equipment and resources and their effects for better interventions.

Keywords: obesity, intensive care unit, challenges, nurse

1 Einleitung

Zu Beginn der Einleitung wird der Hintergrund zu der Thematik Adipositas aufgezeigt, danach folgt die Beschreibung der Definition zu Adipositas, sowie deren verschiedensten Klassifikationen. Zudem wird auf die Ätiologien, welche der Adipositas zugrunde liegen können und die damit einhergehenden Komorbiditäten eingegangen. Schließlich erfolgt auch eine Darstellung des Adipositasmanagements in Bezug auf die Pflege und Organisation.

1.1 Hintergrund

In den letzten vier Jahrzehnten hat sich der Anteil an übergewichtigen Menschen weltweit mehr als verdoppelt. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind gegenwärtig fast 2 Milliarden Menschen übergewichtig und davon mehr als eine halbe Milliarde adipös (WHO 2017). Rund 3,4 Millionen Österreicherinnen und Österreicher sind übergewichtig beziehungsweise adipös. 2014 waren in Österreich 39% der Männer und 26% der Frauen übergewichtig sowie 15% der Männer und 13% der Frauen adipös. Die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas nimmt mit dem Alter bei beiden Geschlechtern stark zu (Statistik Austria 2015). Personen mit niedrigem Bildungsstand sind häufiger adipös als Personen mit höherer Bildung (Großschädl 2013). Übergewicht und Adipositas sind heute in vielen Ländern häufiger anzutreffen als Unterernährung. In Anbetracht dieser Tendenz gibt in weiterer Folge auch jener Umstand Anlass zur Sorge, dass Adipositas zahlreiche Begleit- und Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann (Lehnert et al. 2012).

Adipositas ist nicht nur eine Belastung für Betroffene selbst, sondern stellt auch durch die stetig steigende Anzahl an Patientinnen und Patienten für das gesamte Gesundheitssystem eine immer größer werdende Bedeutung dar. Da Adipositas viele Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann, besteht die Gefahr einer eklatanten Steigerung der Krankheitslast. Während einerseits der Verlust an Lebensjahren und Lebensqualität aus gesundheitsökonomischer Sicht von hoher Relevanz ist, ist auch der diesbezügliche Anstieg an Krankheitskosten, welche aufgrund von Adipositas zum Tragen kommen, von ebenfalls großer Bedeutung. An

dieser Stelle ist auf die Unterscheidung zwischen diesbezüglichen direkten und indirekten Kosten hinzuweisen. Während zur ersten Gruppe jene Kosten zählen, welche durch erhöhte Morbidität begründet sind und medizinische Versorgungsleistungen betreffen, beschreibt die Bezeichnung indirekte Kosten unter anderem Kosten im Zusammenhang mit Arbeitsausfallszeit, welche auf einen Produktionsverlust zurückzuführen sind (Behrendt et al. 2016, Lehnert et al. 2012).

Aufgrund der hohen Prävalenz sowie des Ausmaßes an einhergehenden Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas folgt eine zunehmende Konfrontation der Krankenhäuser mit adipösen Patientinnen und Patienten und viele von ihnen werden auf Intensivstationen für verschiedene Indikationen aufgenommen. Die Pflege von Intensivpatientinnen und Intensivpatienten ist komplex und herausfordernd. Adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stellen eine besondere Herausforderung dar, da die Versorgung aufgrund ihrer adipositasbedingten Pathophysiologie noch anspruchsvoller ist als die Versorgung normalgewichtiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten (Robstad et al 2017, Dette & Graf 2012).

Im Krankenhausalltag wächst ständig der Anspruch auf risikoarme und exakt planbare Abläufe und auch in der Intensivpflege werden Verbesserungen hinsichtlich der Ermöglichung einer noch sichereren Pflege weiter angestrebt (Reber 2005). Um adipöse Patientinnen und Patienten gut versorgen zu können, müssen die Krankenhäuser in allen Bereichen besonders ausgestattet sein. Die Herausforderungen betreffen die baulichen Voraussetzungen des Krankenhauses, sowie Hilfsmittel, Logistik, Diagnostik, Therapie, Professionalität der Pflegekraft gegenüber den Patientinnen und Patienten und personelle Situation. Wichtig ist hierbei eine gezielte Vorbereitung der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten bereits vor deren Behandlung, um etwaigen Zeitverzögerungen im Rahmen der Behandlung zielführend vorzubeugen. Dazu müssen auch geeignete Einrichtungen und Geräte sowie entsprechende Hilfsmittel zur Verfügung stehen (Kischkel 2013, Dette & Graf 2012).

1.2 Definition und Messung der Adipositas

Es wurde die folgende Definition von Adipositas für diese Bachelorarbeit ausgewählt, da diese weltweit am häufigsten verwendet wird.

„Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that may impair health.“ (WHO 2017)

Adipositas wird als eine krankhafte Zunahme des Körperfetts, die eine Gefahr für die Gesundheit des Menschen darstellt und mit einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen einhergeht, definiert. Dieser Erkrankung geht eine positive Energiebilanz sowie eine damit zusammenhängende Gewichtszunahme voraus. Adipositas kann mithilfe verschiedener Methoden klassifiziert werden. Weltweit in Verwendung ist heute die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingebrachte Klassifikation der Adipositas auf der Grundlage des Body Mass Index (BMI). Der Body Mass Index errechnet sich aus dem Quotienten von Körpergewicht in Kilogramm und der Körpergröße in Metern zum Quadrat.

$BMI = \text{Körpergewicht (kg)} / \text{Körpergröße (m}^2\text{)}$ (ÖGE 2014; Hauner, Bösy-Westphal & Müller 2013). Adipositas ist definiert als $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (WHO 2017).

In Tabelle 1 werden die Gewichtsklassifikationen nach BMI laut WHO (2017) dargestellt.

Tabelle 1: Klassifikation nach BMI in kg/m^2 (Hauner, Bösy-Westphal & Müller 2013, S. 3)

Klassifikation	BMI (kg/m^2)
Untergewicht	<18,50
Normalgewicht	18,50 - 24,9
Übergewicht	25 - 29,9
Adipositas Grad 1	30 - 34,9
Adipositas Grad 2	35 - 39,9
Adipositas Grad 3	>40

In Bezug auf den BMI, welcher ein indirektes anthropometrisches Maß der Körperfettmasse darstellt, ist hinsichtlich der Berechnung des Körperfetts zu

bedenken, dass hierbei nicht zwischen fettfreier Körpermasse und tatsächlichem Körperfett unterschieden wird und der errechnete Wert dementsprechend nicht immer aussagekräftig ist. Bei Personen mit erhöhtem Körpergewicht aufgrund einer größeren Muskelmasse wie beispielsweise Kraftsportlerinnen und Kraftsportlern, aber auch bei Schwangeren, ist der BMI daher nicht aussagekräftig (Hauner, Bosity-Westphal & Müller 2013).

Ein weiteres Maß, das zur anthropometrischen Klassifikation zählt, ist der Taillenumfang, welcher in direktem Zusammenhang mit dem Viszeralfett steht und hinsichtlich etwaiger Komplikationsrisiken als aussagekräftiger erachtet wird als der BMI-Wert. Der Taillenumfang wird bis zu einem BMI von 35kg/m^2 herangezogen. Ab einem BMI von 35kg/m^2 wird der Taillenumfang nicht mehr verwendet, da ab diesem Wert ein deutlich erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen und damit eine Behandlungsindikation besteht (Hauner, Bosity-Westphal & Müller 2013).

Tabelle 2: Adipositasrisiko nach Taillenumfang (Hauner, Bosity-Westphal & Müller 2013, S. 4)

Taillenumfang (cm)	Mäßig erhöhtes Risiko	Deutlich erhöhtes Risiko
Männer	>94	>102
Frauen	>80	>88

Früher wurde häufig der Broca-Index zur Bemessung der Adipositas verwendet. Die Formel definiert Normalgewicht als Körpergröße in cm minus 100 beim Mann, bei Frauen werden davon 5-10% abgezogen. Aufgrund von Verzerrungen bei hoher beziehungsweise niedriger Körpergröße und unterschiedlichen Körperbautypen ist dieser Index jedoch nicht sehr aussagekräftig (Hauner, Bosity-Westphal & Müller 2013).

Eine weitere Klassifikation ist der Taillen-Hüft-Quotient („waist-hip ratio“, WHR), der als Maß der Körperfettverteilung eingeführt wurde. Die Messung des Hüftumfangs erfolgt im Sinne der Berücksichtigung des Körperbaus. Aufgrund der Tatsache, dass die WHR keinen Vorteil im Vergleich zur alleinigen Messung des

Taillenumfangs liefert, findet diese Klassifikation heute keine Verwendung mehr (Hauner, Bösy-Westphal & Müller 2013).

1.3 Ätiologie der Adipositas

Adipositas ist eine Erkrankung mit vielen unterschiedlichen Ursachen. Genetische, biologische, psychologische und soziale Faktoren ebenso wie bestimmte Umweltbedingungen können die Entstehung der Adipositas begünstigen (Wirth 2012).

1.3.1 Erhöhte Energieaufnahme

Die Energieaufnahme stellt für den Organismus ein komplexes Unterfangen dar, zumal die Regulation des Körpergewichtes keine reine Autoregulation durch biologische Mechanismen ist und die Kontrolle der Energieaufnahme über das Zentralnervensystem erfolgt. So dient die Hunger-Sättigung-Regulation als Beispiel für ein biopsychosoziales Interaktionsmodell. Die Frage, ob Hunger eintritt, hängt von biologischen Parametern im Gehirn, im Fettgewebe, im Intestinaltrakt und im Blut ab. Hinsichtlich des Essverhaltens sind zentralnervöse Strukturen ausschlaggebend. Das Phänomen der Unterschätzung im Rahmen der Nahrungsaufnahme beschränkt sich nicht auf Erwachsene, sondern ist auch bei Kindern zu beobachten, wobei dies insbesondere bei jüngeren Kindern tendenziell ausgeprägter ist als bei älteren. Adipöse Personen konsumieren mehr Nahrungsmittel mit hoher Energiedichte und essen mehr Fett als Normalgewichtige. Der Konsum von Alkohol, Softdrinks, Fastfood, fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln, die eine hohe Energiedichte aufweisen, stellen bei der Gewichtsentwicklung einen bedeutenden Faktor dar. Die Portionsgrößen werden häufig übersehen, denn wer viel auf dem Teller hat, isst auch viel. Zudem ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass eine erhöhte Essgeschwindigkeit sowie das Essen bis zum Eintreten der vollständigen Sättigung oftmals zu einer Gewichtszunahme führen können (Wirth 2012).

1.3.2 Verminderter Energieverbrauch

Ebenso wie eine erhöhte Energieaufnahme trägt ein geringer Energieverbrauch zur Entwicklung der Adipositas bei. Hinsichtlich des Energieverbrauchs sind drei

wesentliche Faktoren zu nennen: neben dem Grundumsatz beeinflussen auch die Wärmebildung (Thermogenese) und schließlich die körperliche Aktivität die jeweilige Gewichtsentwicklung. Der Anteil des Grundumsatzes am Gesamtenergieverbrauch, welcher von den Faktoren Alter, Geschlecht, Muskelmasse sowie genetischen Voraussetzungen abhängt, beläuft sich beim Erwachsenen auf 55-70%. Grundumsatz und Thermogenese sind nur wenig beeinflussbar, wobei darauf hinzuweisen ist, dass dies bei körperlicher Aktivität je nach Belastungsgrad variiert. Unterschieden wird hierbei zwischen einer spontanen und einer fakultativen (willentlichen) Aktivität, wobei sich lediglich letztere beeinflussen lässt (Wirth 2012).

1.3.3 Genetische Prädisposition

Der Anteil der genetischen Prädisposition liegt bei 50-80%. Diese Erkenntnisse stammen hauptsächlich aus der Zwillingsforschung und umfassen ein Zusammenspiel direkter und indirekter genetischer Faktoren. Als Beispiel für die erste Gruppe dient erblich bedingt, übermäßiger Hunger des Säuglings. Demgegenüber stellt beispielsweise das damit einhergehende häufige Stillen der Mutter ein Beispiel für indirekte genetische Faktoren dar (Blüher et al. 2013).

1.3.5 Gewichtszunahme durch Pharmaka

Viele Pharmaka weisen als Nebenwirkung eine Steigerung des Körpergewichts auf und begünstigen dadurch die Entstehung von Adipositas. Medikamente, die zu einem Anstieg des Körpergewichts beitragen, sind Antidepressiva, Neuroleptika, Antidiabetika, Kortison, Kontrazeptiva, Hormone, Insulin und β -Blocker. Viele dieser Medikamente haben Einfluss auf die Hunger- und Sättigungsregulation und auf den Grundumsatz (Wirth & Engeli 2013).

1.3.6 Krankheiten als Ursache

Ursachen der Adipositas können auch Krankheiten, wie beispielsweise Hypothyreose, Morbus Cushing, polyzystisches Ovarialsyndrom oder hypothalamischer Symptomkomplex, sein. Die Behandlung der genannten Erkrankung kann gegebenenfalls die Grundlage einer anzustrebenden Gewichtsabnahme darstellen (Wirth & Engeli 2013).

1.4 Komorbiditäten

Adipositas wird mit zahlreichen Risiken für Folge- und Begleiterkrankungen assoziiert. Über das Risiko für die Folgeerkrankungen entscheiden die Fettverteilung, genetische Faktoren, Ernährungsverhalten und körperliche Aktivität (Wirth 2013).

Obwohl adipöse Patientinnen und Patienten wesentlich häufiger Komorbiditäten und Komplikationen entwickeln, gibt es mehrere Untersuchungen an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, die eine höhere Überlebenschance mit steigendem BMI bei langen Intensivaufenthalten gezeigt haben. Daraus folgt also, dass die Wahrscheinlichkeit, eine schwere akute Krankheit zu überwinden, im Falle übergewichtiger Patientinnen und Patienten steigt. Obwohl die Ursachen dieses „Obesity Paradoxon“ noch im Unklaren liegen, sind diesbezüglich bereits zahlreiche Erklärungsversuche vorhanden (Staudinger 2016). So könnte die Ursache dafür in der vermehrten Energiereserve von Fettzellen liegen, welche zu einer besseren Bewältigung der akuten Erkrankung beitragen können (Lewandowski & Turinsky 2008).

Erkrankungen und Beschwerden, welche häufig mit einer Adipositas einhergehen, werden in den folgenden Unterkapiteln kurz beschrieben.

1.4.1 Metabolisches Syndrom

Das Metabolische Syndrom bezeichnet einen Zusammenhang von mehreren metabolischen Krankheiten wie Übergewicht, gestörter Fett- und Cholesterinhaushalt, arterielle Hypertonie, erhöhter Blutzuckerspiegel und ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Der pathophysiologische Hintergrund für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms ist eine Insulinresistenz und eine erhöhte viszerale Fettmasse (Wirth 2013).

1.4.2 Diabetes

Die Bezeichnung Diabetes Mellitus umfasst jene Gruppe von Krankheiten, welche als gemeinsames Merkmal Hyperglykämie aufweisen. Übergewicht und Adipositas gelten als wichtigster Risikofaktor für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes-

mellitus. Vor allem sind davon Personen betroffen, die genetisch prädisponiert sind. Dadurch erhöht sich auch das Risiko für eine Hypertonie, Dyslipoproteinämie und kardiovaskuläre Komplikationen. Aufgrund der gestörten Freisetzung von Adipokinen kann vermehrtes Fettgewebe zu einer Insulinresistenz im gesamten Körper führen (Hauner 2013).

Diagnosekriterien für Diabetes mellitus Typ 2:

- Gelegenheits-Plasmaglukose >200mg/dl (>11,1 mmol/l)
- Nüchtern-Plasmaglukose >126 mg/dl (>7,0 mmol/l)
- 2-Stunden-Plasmaglukose >200 mg/dl (>11,1 mmol/l) im oralen Glukosetoleranztest
- HbA1C >6,5% (>48 mmol/mol)

(Hauner 2013, S.184)

1.4.3 Dyslipidämien

Störungen in Bezug auf den Fettstoffwechsel treten bei übergewichtigen Patientinnen und Patienten vergleichsweise wesentlich häufiger in Erscheinung, als es bei Normalgewichtigen der Fall ist. Dyslipidämien bei Adipositas korrelieren eher mit der Fettverteilungsart als mit der Gesamtfettmenge (BMI). Ein wesentliches Merkmal der Fettstoffwechselstörung, welche typischerweise im Falle viszeraler Adipositas zum Vorschein kommt, stellen die Hypertriglyzeridämie sowie erniedrigtes HDL-Cholesterin und kleine, dichte LDL dar. Hypertriglyzeridämien lassen sich durch Änderungen des Lebensstils deutlich beeinflussen. Dazu zählen eine Kalorienreduktion, Verzicht auf Alkohol und schnell resorbierbare Kohlenhydrate sowie körperliches Training (Parkhofer 2013).

1.4.4 Hypertonie

Das Körpergewicht und der Blutdruck sind eng miteinander verbunden. Ein erhöhtes Blutvolumen und ein damit einhergehender Anstieg des Herzminutenvolumens sind auf eine durch Adipositas begründete Erweiterung der Körperzellmasse zurückzuführen. Die Blutdruckerhöhung bei Adipositas zieht kardiovaskuläre Folgen nach sich: linksventrikuläre Hypertrophie, Arteriosklerose, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Myokardinfarkt, plötzlicher

Herztod und Schlaganfall. Gewichtsreduktion reduziert den Blutdruck und somit auch die linksventrikuläre Hypertrophie (May, Engeli & Jordan 2013).

1.4.5 Gastrointestinale Erkrankungen

Mit Adipositas werden folgende gastroenterologischen Krankheiten assoziiert: die Cholezystolithias, die Refluxkrankheit und die Fettleber. Oberbauchbeschwerden, Sodbrennen, Erbrechen, Diarrhö und gastroösophagealer Reflux sind bei adipösen Personen oft vorhanden. Der gastroösophagealer Reflux stellt ein Risiko für die Entwicklung von Komplikationen wie Ösophagitis, Barrett-Ösophagus und Ösophagusadenokarzinom dar (Wirth 2013).

1.4.6 Respiratorische Erkrankungen

Die Manifestation der Adipositas am respiratorischen System umfasst lungenfunktionelle Veränderungen, Dyspnoe, die obstruktive Schlaf-Apnoe, das Adipositas-Hypoventilations-Syndrom und ist von hoher klinischer Relevanz. Neben einer erhöhten Atemfrequenz kommen bei adipösen Patientinnen beziehungsweise Patienten auch ein reduziertes Atemzugsvolumen, ein erhöhtes Atemminutenvolumen und erniedrigte Lungenvolumina zum Tragen. In Bezug auf die totale Lungenkapazität ziehen die eben genannten Probleme hinsichtlich der Atmung große Einschränkungen nach sich. Ursache einer inhomogenen Verteilung von Ventilation und Perfusion sowie einer konsekutiven Hypoxämie können Mikroatelektasen an der Lungenbasis sein (Schulz 2013). Veränderungen der eben genannten Art induzieren gegebenenfalls Störungen der Atmung. So kann es zu einer Beeinträchtigung der kompensatorischen Mechanismen kommen, welche für die Atmung von großer Bedeutung sind. Ein weiterer Trigger wie beispielsweise ein akut auftretender krankhafter Prozess kann hinsichtlich des respiratorischen Systems lebensbedrohliche Folgen in Form einer Dekompensationsstörung nach sich ziehen (Staudinger 2016).

1.4.7 Beschwerden am Bewegungsapparat

Durch Adipositas kann es zu Beschwerden und Funktionseinschränkungen am Bewegungsapparat kommen. Hierbei liegen in Bezug auf deren Entstehung einerseits mechanische und andererseits metabolische Faktoren zugrunde. Neben

Rücken-, Hüft- und Kniegelenken sind an dieser Stelle Gelenke im Bereich der Schultern, der Hände sowie der Füße, also auch nicht-tragende Gelenke zu nennen (Wirth 2013). Beeinträchtigungen der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten sind gegebenenfalls auf Morbide Adipositas zurückzuführen, zumal diese der Grund von Fehlstellungen des Skeletts sowie von Gelenkkompressionen sein kann. Schmerzen im Bereich der Füße, der Knie, der Hüften sowie des Rückens haben negative Auswirkungen auf gewöhnliche Tätigkeiten wie Arbeiten im Haushalt. Aufgrund der erhöhten Gewichtsbelastung ergeben sich direkte Einschränkungen in Bezug auf die Mobilität. Gegebenenfalls kann Adipositas zu einer Abnutzung beziehungsweise zu einem Verschleiß des Haltungs- und Bewegungsapparates führen (Behrendt et al. 2016).

1.4.8 Weitere Erkrankungen

Adipositas stellt einen unabhängigen kardiovaskulären Risikofaktor dar. Die Koronare Herzkrankheit, die Herzinsuffizienz, der Schlaganfall, die Periphere Arterielle Verschlusskrankheit und Nierenkrankheiten betreffen adipöse Personen häufiger als Normalgewichtige (Wirth 2013).

1.5 Adipositasmanagement: Pflege und Organisation

Patientinnen und Patienten mit ungewöhnlichen Körpermaßen, -formen oder -proportionen stellen in der Medizin sowie der Pflege eine besondere Herausforderung dar. Davon betroffen sind logistische Aspekte, diagnostische Maßnahmen und therapeutische Interventionen. Da Krankenhäuser immer häufiger mit Adipositas konfrontiert werden, ist die Vorbereitung des Umgangs und der Behandlung von adipösen Patientinnen und Patienten von hoher Relevanz, damit in Notfällen wichtige Zeit nicht verloren geht, also gezielt dem Verlust zeitlicher Ressourcen vorgebeugt wird (Dette & Graf 2012).

Das Pflegepersonal muss sich hohen Anforderungen an die körperliche Belastbarkeit stellen. Hinsichtlich des Bewegens und Umlagerns von Patientinnen und Patienten im Rahmen der direkten Pflege sowie bei der Mobilisierung von Bettlägerigen werden viel körperliche Kraft und Geschicklichkeit in Anspruch genommen (Hofmann & Kralj 2012). Für Pflegepersonen entstehen im Zusammenhang mit schwergewichtigen Patientinnen und Patienten Risiken durch

die Gewichtsbelastung beim Heben und Tragen. Beim Transport oder bei notwendigen Umlagerungen besteht die Gefahr, dass Schädigungen entstehen, welche in manchen Fällen in den Bereich der Berufskrankheiten fallen. Geeignete technische oder organisatorische Hilfen wie Hebehilfen (Lifter) und Lagerungsunterstützungen (Rollboards) sollten zur gesundheitsverträglichen Bewältigung der Last zur Verfügung stehen (Dette & Graf 2012).

Präventionsmaßnahmen sind beim Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten wichtig. Dabei handelt es sich um technische und persönliche Maßnahmen. In den Bereich der technischen Maßnahmen fallen beispielsweise die Installation stationärer Hebehilfen sowie die Anwendung mobiler Lifter. Beispiele für persönliche Maßnahmen sind Rückenschulprogramme sowie Trainingsangebote, welche unter anderem die Ausdauer und die Muskelkraft der Pflegefachkräfte fördern sollen (Hofmann & Kralj 2012).

1.5.1 Personelle Situation

Die Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten erfordert einen erhöhten Personalaufwand. Aufgrund von teilweise Personal-mangel ist es schwierig, die Pflegemaßnahmen und Prophylaxen durchzuführen, da diese zeitaufwendiger und intensiver als jene von Normalgewichtigen sind. Oftmals sind diese Ressourcen nicht vorhanden (Kischkel 2013). Obwohl ein größeres Angebot an diesbezüglichen Fortbildungen dringend notwendig wäre, ist dieses leider aktuell noch nicht vorhanden. Der Abbau von Vorbehalten und Vorurteilen gegenüber adipösen Patientinnen und Patienten stellt eine Grundvoraussetzung für eine professionelle Pflege dar (Stork 2012).

1.5.2 Transport

Aber nicht nur Pflegepersonen müssen sich speziellen Anforderungen anpassen, sondern auch Rettungsdienstanbieter. Ein immer häufiger auftretendes Problem, welches Rettungsdienste betrifft, stellt jener Umstand dar, dass es sich bei deren Transporten vermehrt um Patientinnen und Patienten handelt, die adipös sind. Zudem ist zu berücksichtigen, dass einerseits ein großer Teil der eingesetzten Rettungs- und Krankentransportfahrzeuge nicht für den Transport solcher Lasten gebaut und dementsprechend hierfür ungeeignet sind und gleichzeitig der Transport

einer adipösen Patientin beziehungsweise eines adipösen Patienten generell auch einen erhöhten Personaleinsatz in Anspruch nimmt (Hofmann & Kralj 2012).

1.5.3 Organisatorische Voraussetzungen

Aus organisatorischer Sicht wird im Krankenhaus zwischen geplanten und entsprechend vorbereiteten Krankenhausaufnahmen von ungeplanten, häufig notfallmäßigen Aufnahmen unterschieden (Dette & Graf 2012). Die angestrebten Voraussetzungen weisen jedoch Gemeinsamkeiten auf. Während bei geplanten Aufnahmen eine entsprechende Ausstattung vorhanden sein muss, ist diese in notfallmäßigen Aufnahmen oft nicht gegeben. Die Herausforderungen betreffen die baulichen Voraussetzungen des Krankenhauses, die Hilfsmittel sowie die Professionalität des Pflegepersonals gegenüber der Patientin und dem Patienten und die personelle Situation (Kischkel 2013). Eine der wesentlichen Herausforderungen liegt darin, die geregelten Abläufe im Krankenhausalltag durch die ungeplanten Krankenhausaufnahmen nicht zu beeinträchtigen. Im Sinne der Verhinderung etwaiger Defizite hinsichtlich der Planung der Ressourcennutzung ist für jedes Krankenhaus eine sorgfältige Analyse der eigenen Patientinnen- und Patientenkollektive und Patientinnen- und Patientenströme empfehlenswert (Dette & Graf 2012).

1.5.4 Diagnostische Maßnahmen

Der Körperumfang sowie das Körpergewicht der adipösen Patientinnen und Patienten erschweren die apparative Diagnostik, da Geräte wie beispielsweise die Magnetresonanztomographen oder Computertomographen bezüglich der maximalen Gewichtsbelastung sowie deren Länge und Breite limitiert sind. Bei klinischen Untersuchungen wie der Inspektion, der Palpation sowie der Auskultation mittels Stethoskop ist hinsichtlich deren Aussagekraft bei massiv adipösen Patientinnen und Patienten Vorsicht geboten, weil sich die Eindringtiefe beziehungsweise Schallübertragung mit dem Stethoskop auf 4-5 cm beläuft und die Strukturen weder gesehen noch ertastet werden können. Punktionen von Nerven und Gefäßen stellen bei adipösen Patientinnen und Patienten oftmals eine Schwierigkeit dar (Dette & Graf 2012).

1.5.5 Bauliche Voraussetzungen

Grundvoraussetzung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die von hoher Adipositas betroffen sind, ist eine spezifische Ausstattung des jeweiligen Krankenhauses. So sind beispielsweise Ausstattung und Infrastruktur in der Ambulanz und auf der Station, aber auch in den öffentlichen Bereichen von großer Bedeutung. Engstellen wie Gänge und Ecken, sowie zu schmale Türen sind oft bauliche Hindernisse. Letztere stellen insbesondere im Hinblick auf die Versorgung mittels Schwerlastbetten ein wesentliches Problemfeld dar und auch die Größe der Patientenzimmer selbst spielt im Rahmen der Verpflegung beispielsweise und speziell in Bezug auf die sanitären Anlagen eine bedeutende Rolle. So führt die Ausstattung eines Patientinnen- und Patientenzimmers inklusive eines extra breiten Bettes oder eines Rollstuhles dazu, dass die Belegung durch eine weitere Patientin beziehungsweise durch einen weiteren Patienten aufgrund des Platzmangels nur sehr schwer beziehungsweise gar nicht möglich ist (Stork 2012). Aus Platzgründen kann ein Zweibettzimmer mit nur einer adipösen Patientin oder einem adipösen Patienten belegt werden. Bei Toilettenstühlen, Gehböcken, Rollatoren und Unterarmgehstützen ist zu beachten, dass sich bei adipösen Patientinnen und Patienten besondere Anforderungen ergeben können. Was die weitere Ausstattung betrifft, ist auch festzuhalten, dass bei der pflegerischen Versorgung sowohl Blutdruckmanschetten in Übergröße, als auch Nachthemden und Antithrombosestrümpfe jeweils in entsprechender Größe bereitgestellt sein sollten (Bender & Gerbershagen 2012).

1.5.6 Stigmatisierung von adipösen Patientinnen und Patienten

Adipöse Menschen werden in Bezug auf deren Lebensstil häufig mit Begriffen wie Faulheit und Willensschwäche assoziiert. Die Bezeichnung „gewichtbezogene Diskriminierung“ beschreibt die durch Adipositasstigmata begründete Ungleichbehandlung adipöser Menschen. Fälle von gewichtsbezogener Diskriminierung beziehungsweise Stigmatisierung sind in vielen verschiedenen Lebensbereichen und in unterschiedlichen Ausprägungen anzutreffen, insbesondere auch im Gesundheitswesen. Während adipöse Menschen oftmals von anderen diskriminiert werden, konfrontieren sich viele gleichzeitig auch mit Selbstverachtung, indem sie sich aufgrund ihrer Adipositas abwerten. Die im Gesundheitswesen oft gegebene stigmatisierende Herangehensweise an adipöse

Patientinnen und Patienten kann wesentliche Auswirkungen auf deren Behandlung nach sich ziehen, zumal adipöse Patientinnen und Patienten vom jeweiligen Pflegepersonal oftmals als undiszipliniert eingeschätzt und demzufolge anders behandelt werden. Um etwaigen diesbezüglichen Problemen vorzubeugen und einen sensiblen Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten zu wahren, ist in Bezug auf die medizinische Ausstattung im Gesundheitswesen deswegen stets zu beachten, dass diese den Anforderungen der Behandlung adipöser Menschen entspricht (Hilbert & Geiser 2012).

2 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage

Adipositas führt zu einer großen Herausforderung für das Pflegepersonal auf Intensivstationen. Generell ist die Pflege von Intensivpatientinnen und Intensivpatienten sehr anspruchsvoll. Adipöse Patientinnen und Patienten stellen jedoch besondere Anforderungen an Intensivstationen. Herausforderungen bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation sind nicht auf physiologische und ressourcenbasierte Probleme beschränkt, auch die Einstellungen des Pflegepersonals zu Adipositas können die Qualität der Versorgung adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten beeinflussen.

In Anbetracht der ersten recherchierten Literatur für diese Bachelorarbeit wurde die Thematik Adipositas als pflegerische und organisatorische Herausforderung auf Intensivstationen bisweilen erst wenig erforscht, obwohl die Prävalenz der Adipositas auf Intensivstationen aktuell steigend ist. Bis dato gibt es zu diesem Thema noch keine publizierten Forschungsergebnisse für Österreich, zumal Studien größtenteils in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt wurden.

Es ist relevant aufzuzeigen, welchen Herausforderungen sich Pflegepersonen auf Intensivstationen stellen müssen, um eine Verbesserung der pflegerischen Maßnahmen und organisatorischen Abläufe wie beispielsweise benötigtes Equipment und Ressourcen sowie eine entsprechende Ausbildung des Pflegepersonals ermöglichen zu können.

Forschungsziel:

Ziel dieser Arbeit ist es, die pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen bei Adipositas auf Intensivstationen darzustellen.

Forschungsfrage:

Inwiefern stellt Adipositas auf Intensivstationen eine pflegerische und organisatorische Herausforderung dar?

3 Methode

3.1 Design

Um das Forschungsziel zu erreichen und die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde für diese Bachelorarbeit ein Literaturreview ausgewählt. Ein Literaturreview ist eine gute Methode, um bereits vorhandene Ergebnisse und Literatur zu einem bestimmten Thema zusammenzufassen und zu bewerten (Polit & Beck 2012).

3.2 Datensammlungsprozess

Zwischen Oktober 2017 und November 2017 fand die Literaturrecherche statt. Um mit dem Thema vertraut zu werden, wurde zuerst eine Vorrecherche im Internet und in Büchern durchgeführt. Danach wurde mit ausgewählten Schlüsselwörtern in den Datenbanken PubMed und CINAHL gesucht. Um weitere Studien zu identifizieren wurde eine Handsuche in Referenzlisten der Studien durchgeführt.

Aus den folgenden Schlüsselwörtern wurde die bestmögliche Suchstrategie entwickelt: obesity, intensive care units, nursing care, nursing staff, intensive care nurse, nurs* und challenges. Die Suchbegriffe wurden entweder als MeSH-Term festgelegt oder es wurde im Speziellen im Titel oder Abstract der Journale mit den Suchbegriffen recherchiert.

In der Datenbank PubMed wurde folgende Suchstrategie verwendet:

- ((obesity[MeSH Terms]) AND intensive care units[MeSH Terms]) AND nurs*[Title/Abstract], last 10 years, German OR English
- ((obesity[MeSH Terms]) AND challenges[Title/Abstract]) AND nurs*[Title/Abstract], last 10 years, German OR English
- ((obesity[MeSH Terms]) AND intensive care units[MeSH Terms]) AND challenges[Title/Abstract], last 10 years, German OR English
- ((obesity[Title/Abstract]) AND challenges[Title/Abstract]) AND nurs*[Title/Abstract], last 10 years, German OR English

Die verwendeten Schlüsselwörter wurden in der Datenbank CINAHL folgend verknüpft:

- „obesity“ AND „intensive care unit“ AND „nursing care“, 2007-2017, Englisch, Deutsch
- „obesity“ AND „intensive care unit“ AND „challenges“, 2007-2017, Englisch, Deutsch
- „obesity“ AND „challenges“ AND „nursing staff“, 2007-2017, Englisch, Deutsch

In beiden Datenbanken wurden die Schlüsselwörter mit den Booleschen Operatoren AND oder OR verknüpft. Die Booleschen Operatoren können die Suche ausdehnen oder eingrenzen. Der Operator OR dehnt die Recherche aus und mit dem Operator AND wird sie abgegrenzt (Polit & Beck 2012).

Es wurden nur jene Studien inkludiert, die den zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen.

- Dazu zählen Studien, die nicht älter als zwölf Jahre alt sind.
- Zudem wurden ausschließlich Studien verwendet, die in englischer oder deutscher Sprache verfasst worden sind.
- Ein weiteres Kriterium bestand darin, dass es sich um Studien handelte, bei welchen der Fokus auf Adipositas auf Intensivstationen liegt.
- Außerdem wurden nur Studien zu Rate gezogen, die sich auf Erwachsene über 18 Jahren bezogen haben.

Aufgrund der zuvor aufgezeigten Suchstrategien wurden in der Datenbank PubMed 130 Studien und in der Datenbank CINAHL 65 Studien gefunden. Im Rahmen der Handsuche in den Referenzlisten konnte eine weitere Studie identifiziert werden. Diese Studie war zwar älter als zehn Jahre, wurde aber aufgrund ihrer Relevanz und der mangelnden Studien zu der zu erforschenden Thematik in die Arbeit miteinbezogen und daher wurden die Limitation von 10 Jahre auf 12 Jahre ausgeweitet. Nach Ausschluss von Duplikaten und der kritischen Begutachtung von Titel, Abstract und Volltext konnten 5 Studien inkludiert werden. Die genaue

Auswahl der Studien wird mittels einer Flowchart bildlich dargestellt (siehe Abbildung 1).

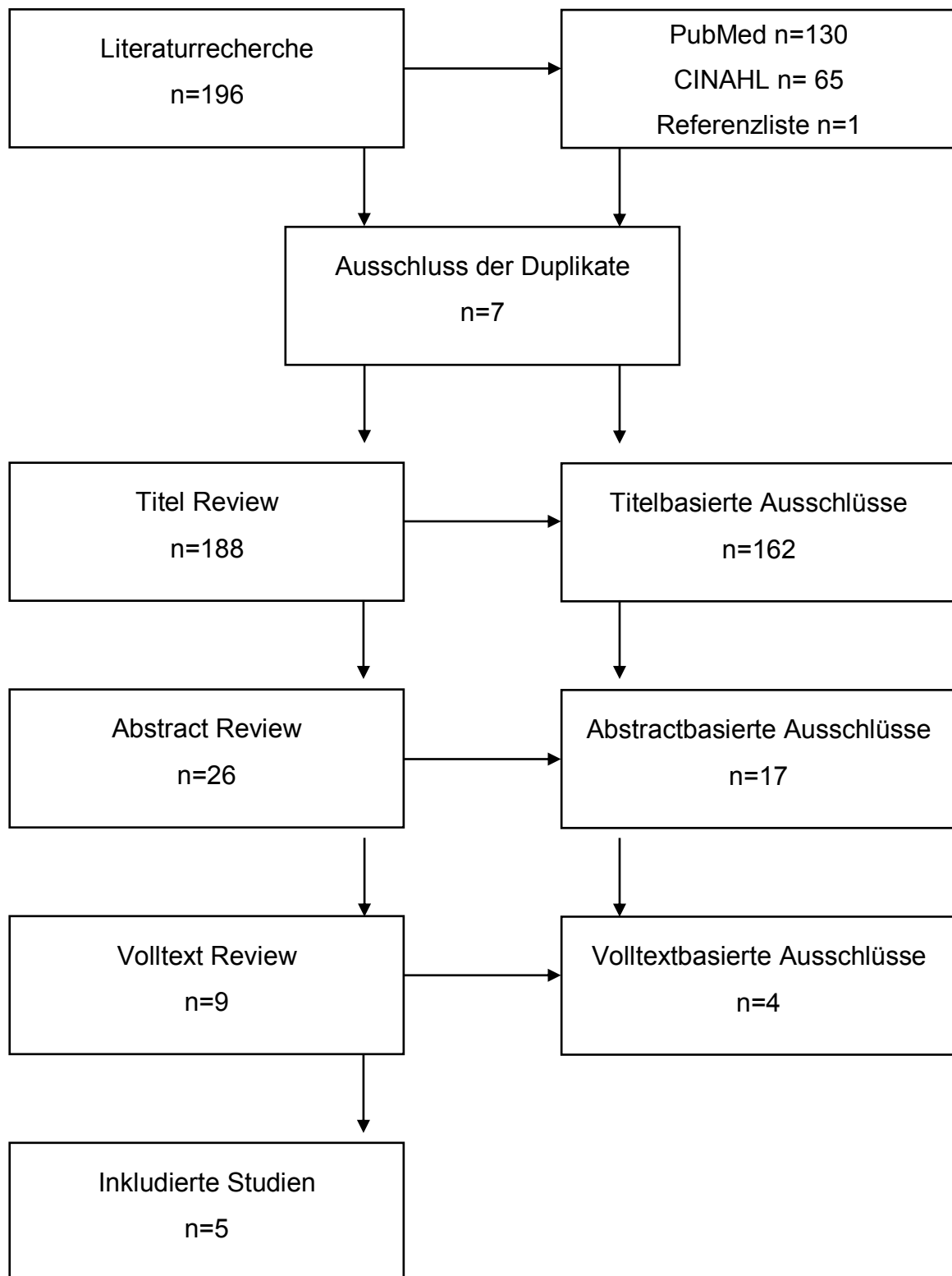


Abbildung 1: Flowchart – Auswahl der Studien

3.3 Datenanalyse

Die Auswahl der Studien erfolgte nach einem Review von Titel, Abstract und Volltext. Hinsichtlich des Titels war ausschlaggebend, ob die wichtigsten Schlüsselwörter enthalten sind und bezüglich des Abstracts wurde berücksichtigt, ob Vollständigkeit von Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnissen und der Schlussfolgerung gegeben war. Für die Auswahl der Studien war relevant, dass es sich um die Thematik Adipositas, das Setting Intensivstation und die Population Intensivpflegepersonen und adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten handelt und dass auch das Studiendesign ausreichend beschrieben wurde. Beim Volltext wurde darauf geachtet, ob Abstract und Volltext übereinstimmen und ob die Forschungsfrage mit Hilfe der Studie beantwortet werden kann.

Das Bewertungsinstrument von Hawker et al. (2002) wurde gewählt, da es für sämtliche Studiendesigns verwendet werden kann. Die eingeschlossenen Studien wurden anhand der Kriterien von Hawker et al. (2002) bewertet. Die Kriterien zur Bewertung der Studien nach Hawker et al. (2002) umfassen die Beurteilung des Titels und des Abstracts, der Einleitung und des Ziels, der Methoden und der Daten, der Stichprobe, der Datenanalyse, der Ethik und Voreingenommenheit, der Ergebnisse, der Übertragbarkeit oder Verallgemeinerbarkeit und der Implikationen und Nützlichkeit.

Die Antworten für die Vergabe der Punkte der jeweiligen Kriterien wurden in folgende vier Kategorien eingeteilt: Gut, Angemessen, Schlecht und Sehr Schlecht. Für die Bewertung Gut wurden vier Punkte vergeben. Drei Punkte gab es für die Bewertung Angemessen. Zwei Punkte erreichte die Bewertung Schlecht. Die Bewertung Sehr Schlecht bekam nur einen Punkt. Eine niedrige Bewertung ergab eine schlechte Qualität der Studien und umgekehrt ergab eine hohe Bewertung eine gute Qualität der Studien. Im Anhang befinden sich die Bewertungen der fünf inkludierten Studien.

4 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der inkludierten Studien näher erläutert. Nach der Bewertung der fünf Studien wurden diese allesamt miteingeschlossen. Hierbei handelt es sich um fünf qualitative Studien, welche auf die pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen von Adipositas auf Intensivstationen eingehen. Am Ende dieses Kapitels werden anhand einer Tabelle die wichtigsten Informationen der inkludierten Studien dargestellt.

4.1 Körperliche Herausforderungen

Die Studie von Shea und Gagnon (2015) untersuchte die Erfahrungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern, die mit adipösen Patientinnen und Patienten arbeiten. Zur Datenerhebung wurden elf Intensivpflegefachkräfte auf zwei Intensivstationen an zwei Standorten interviewt. Die Datenanalyse wurde mit der Angewandten Thematischen Analyse (ATA) durchgeführt. Angesichts der Ergebnisse dieser Studie lässt sich erkennen, dass die Pflegefachkräfte auf der Intensivstation adipöse Patientinnen und Patienten anders betrachten als normalgewichtige und eine andere Pflege erfordern. Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger erachteten die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten als körperlich anspruchsvoller und arbeitsintensiver als die Pflege von normalgewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Der Studie zufolge benötigt die Arbeit mit adipösen Patientinnen und Patienten mehr körperliche Anstrengung, mehr Pflegepersonal, mehr Zeit und mehr Pflege im Allgemeinen als die Pflege normalgewichtiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten.

Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger bemühten sich um eine gleiche Versorgung aller Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation, wobei dies bei adipösen Patientinnen und Patienten aufgrund fehlender Ressourcen zur Unterstützung der körperlichen Betreuung nicht immer durchführbar war. Einige der Intensivpflegepersonen sahen sich mit der Angst vor dem Risiko etwaiger körperlicher Verletzungen konfrontiert und wiesen auf die Wichtigkeit des Selbstschutzes im Rahmen der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten hin. Der Mangel an Verfügbarkeit von Ressourcen führte zu einer erhöhten

körperlichen Arbeitsbelastung und verstärkte die Angst vor etwaigen Verletzungsrisiken. Es kam häufig vor, dass Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger eine Änderung der Patientinnen- und Patientenzuordnung beantragten, um körperlichen Risiken vorzubeugen (Shea & Gagnon 2015).

Auch in der Studie von Robstad et al. (2017) wiesen die Intensivpflegefachkräfte auf die Unterschiede der Pflege von normalgewichtigen und adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten hin und betonten die im Vergleich höheren geforderten körperlichen Anstrengungen bei der Pflege adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten (Robstad et al. 2017).

4.2 Einstellungen der Pflegefachkräfte

In der Studie von Robstad et al. (2017) wurden die Erfahrungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern bei der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen untersucht. Zur Datenerhebung fanden halbstrukturierte Einzelinterviews statt, welche nach einer von Gadamerian (1990) inspirierten Forschungsmethode analysiert wurden. In Anbetracht der Ergebnisse dieser Studie zeigt sich eine Widersprüchlichkeit hinsichtlich der Erfahrungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Sie bemühten sich um eine qualitativ hochwertige Versorgung, hatten aber gleichzeitig auch negative Einstellungen gegenüber adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Trotz der hohen Anzahl an adipösen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen behandelten einige Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger diese als etwas Außergewöhnliches. Die Unterschiede zwischen adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten und anderen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten lagen im Körpergewicht, sowie in der Körpergröße und auch in den Einstellungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger gegenüber den adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Die negativen Einstellungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern führten dazu, dass sie die adipösen Patientinnen und Patienten anders beurteilten. Einige Intensivpflegefachkräfte assoziierten mit adipösen Patientinnen und Patienten ein ungepflegtes Erscheinungsbild sowie auch die weitere negative Eigenschaft, sich nicht um sich

selbst zu kümmern. Zudem hätten adipöse Patientinnen und Patienten keine Lust, sich zu ändern und gingen davon aus, dass Adipositas letztlich selbst verschuldet sei. Da die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger jedoch, wie aus der Studie hervorgeht, erkannten, dass ihre Einstellungen über Adipositas die gesellschaftlichen Wahrnehmungen widerspiegeln, hatten sie den Wunsch, jene zu verändern.

Aufgrund der Angst vor dem Verletzungsrisiko in Bezug auf deren Mobilisation und Lagerung zeigten einige Intensivpflegefachkräfte eine mangelnde Bereitschaft, sich um adipöse Patientinnen und Patienten zu kümmern. Bei einigen Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern kam das Gefühl der Frustration auf, wenn Kolleginnen und Kollegen eine mangelnde Bereitschaft äußerten, sich um adipöse Patientinnen und Patienten zu kümmern oder wenn sie die Patientinnen und Patienten nicht selbst wählen konnten. Dies führte dazu, dass die Verteilung von Patientinnen und Patienten unter den Pflegefachkräften auf der Intensivstation als unfair erachtet wurde, zumal sich die Einstellungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger gegenüber diesen Patientinnen und Patienten unterschieden (Robstad et al. 2017).

Die Ergebnisse der Studie von Shea und Gagnon (2015) zeigen, dass sich die negativen Einstellungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger auf die Qualität der Versorgung auswirkte. Auch aus dieser Studie geht hervor, dass bei den Intensivpflegefachkräften oft widersprüchliche Gefühle auftraten, einerseits ein Gefühl der Empathie gegenüber adipösen Patientinnen und Patienten, andererseits Gefühle wie Abstoßung, Ekel, Wut, Frustration und Angst. Diese Gefühle beruhten aber oft auf den Erfahrungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger mit den Herausforderungen bei adipösen Patientinnen und Patienten. Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger wurden bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten nicht nur durch ihre eigenen Erfahrungen herausgefordert, sondern auch durch die Erfahrungen ihrer Kolleginnen und Kollegen. Der Bericht, welcher im Rahmen der Dienstübergabe übermittelt wird, kann gegebenenfalls Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Pflegepersonen und Patientinnen und Patienten nach sich ziehen. Einige Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger versuchten von den negativen Kommentaren der Kolleginnen und Kollegen Abstand zu halten, indem sie die Informationen, die für die Pflege nicht relevant waren, überhörten und sich

bemühten, die Patientin beziehungsweise den Patienten persönlich besser kennen zu lernen. Um die Beziehung zwischen Pflegepersonen und adipösen Patientinnen und Patienten positiv zu gestalten, versuchten Intensivpflegefachkräfte sich auch von den gesellschaftlichen Wahrnehmungen in Bezug auf Adipositas zu distanzieren und sich in die Lage der adipösen Patientin beziehungsweise des adipösen Patienten zu versetzen. In Bezug auf die Assoziationen mit adipösen Patientinnen und Patienten stellte sich heraus, dass sich Intensivpflegepersonen die gleichen Wahrnehmungen einprägten, wie es auch bei anderen Menschen in der Gesellschaft der Fall war (Shea & Gagnon 2015).

4.3 Soziale Interaktion und sprachliche Herausforderungen

Die Studie von Hales et al. (2016) verwendete als Design einen fokussierten ethnographischen Ansatz, um die Kultur und die Einflüsse von Pflegefachkräften sowie von Ärztinnen und Ärzten auf Intensivstationen bei der Betreuung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu erforschen. Die Datenerhebung erfolgte mittels Beobachtungen, Interviews und Überprüfung der Dokumente. Zur Datenanalyse wurde eine konstante Vergleichstechnik angewandt. Die Ergebnisse dieser Studie beschreiben die Bewältigung der sozialen Unbeholfenheit der Pflegefachkräfte auf Intensivstationen bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten. Soziale Interaktionen, welche während der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten stattfanden, erwiesen sich für die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger in zwischenmenschlicher Hinsicht oftmals als schwierig. In den Beobachtungen und in den Interviews der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger kam das Öfteren soziale Unbeholfenheit zum Vorschein. Aufgrund von Situationen, in denen sich die Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger unbeholfen fühlten, entstand bei ihnen Unsicherheit, wenn sie in Gegenwart der adipösen Patientinnen und Patienten über deren Adipositaserkrankung sprachen. Zur Bewältigung dieser Unannehmlichkeiten entwickelten Pflegefachkräfte auf der Intensivstation verschiedene Strategien. Während der klinischen Übergabe am Krankenbett entschieden sich viele Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger bewusst dafür, das Körpergewicht der Patientin beziehungsweise des Patienten oder die Informationen über die Adipositas der Patientin beziehungsweise des Patienten nicht direkt anzusprechen.

Im Falle der Notwendigkeit, die Adipositaserkrankung der Patientin beziehungsweise des Patienten in deren Anwesenheit zu thematisieren, griffen die Pflegefachkräfte auf Euphemismen beziehungsweise geheime Codes zurück. So wiesen sie beispielsweise bei der Notiz der Krankengeschichte auf das Wort adipös hin, ohne ein Wort zu sagen. Die soziale Unbeholfenheit herrschte auf der Intensivstation auch im Personalraum, wenn Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger unterschiedlichen Körpergewichts Gespräche über adipöse Patientinnen und Patienten führten. In einer solchen Situation kam oftmals Unwohlsein der adipösen Pflegefachkräfte zum Vorschein, worauf unterschiedliche Reaktionen folgten. Eine Strategie, welche von adipösen Pflegefachkräften zur Bewältigung von Situationen sozialer Unbeholfenheit innerhalb des Kollegiums angewandt wurde, bestand einerseits im Erzählen von Witzen oder auch im direkten Ansprechen ihrer eigenen Adipositas. Neben der eben genannten Strategie fand auch jene der Vorgabe eines gegenseitigen Vorwands Verwendung, welche bewusst der Vorbeugung schwieriger Situationen in Bezug auf die zwischenmenschliche Kommunikation dienen sollte. Hierbei versuchten sowohl Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger als auch adipöse Patientinnen und Patienten im Sinne der Vorbeugung von etwaiger sozialer Unbeholfenheit und wohlwissend, dass letztere adipös waren, diesen Umstand nicht anzusprechen. Zudem brachten selbst die Patientinnen und Patienten deren jeweilige Adipositas nicht zur Sprache, obwohl auch sie wussten, dass das Intensivpflegepersonal über die Adipositas Bescheid wusste. Im Zuge dieser Taktik des Vorwandes sprach das Intensivpflegepersonal beispielsweise auch sich ergebende Probleme bei der Mobilisation adipöser Patientinnen und Patienten nicht direkt an. Diese Ignoranz zeigte sich beispielsweise in Situationen, in denen die Patientinnen und Patienten ihr Gewicht ansprachen, worauf Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger keine Reaktion folgen ließen. In anderen Fällen wurde die Adipositas bewusst heruntergespielt, wobei diese wie auch andere Strategien der Intensivpflegefachkräfte aufgrund beruflicher Belastungen in Form körperlicher Anstrengung oder unter großem Druck stehend mitunter misslingen (Hales et al. 2016).

Die Studie Hales et al. (2017) beschreibt die physischen und sprachlichen Herausforderungen bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten

auf Intensivstationen. Ethnographische Datensammlungsmethoden der Beobachtung und Interviews wurden durchgeführt. Die Analyse der Daten erfolgte unter Verwendung einer konstanten Vergleichstechnik. Aus den Ergebnissen geht zudem hervor, dass Probleme im Rahmen der Pflege auch sprachlicher Natur sein können. Gründe dafür lagen im Mangel an einer aussagekräftigen Sprache in Bezug auf die Beschreibung der Problematik, welche sich während der Pflege ergab. Dies lässt sich daran festmachen, dass bestimmte Begriffe von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern bewusst umgangen wurden, da diese Ausdrücke wie beispielsweise „fett“ aufgrund negativer Assoziationen von den Intensivpflegefachkräften als problematisch erachtet wurden. Sprachliche Probleme dieser Art beeinflussten also den Umgang der Intensivpflegefachkräfte mit ihren Patientinnen und Patienten (Hales et al. 2017). So lässt eine Intensivpflegerin wissen: *„In Hörweite des Patienten spreche ich über Adipositas und ich verwende im Allgemeinen nicht das Wort fett.“* (Hales et al. 2017, S.3)

4.4 Equipment und Ressourcen

Die Studie von Winkelmann und Maloney (2005) beschreibt die Ressourcen, die Intensivpflegefachkräfte verwendeten, um adipöse Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen zu versorgen. In dieser Studie wurden Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger interviewt und adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten beobachtet. Die Datenanalyse erfolgte mit der SPSS – Software Version 11.5. Die Ergebnisse wurden unterteilt in Ressourcennutzung von Equipment, Ressourcennutzung von Personal und Beziehung zwischen benutzten Ressourcen sowie den Ergebnissen. Am häufigsten fand ein spezielles, nicht standardisiertes Bett oder eine spezielle Matratzenauflage Verwendung. Bei der Mehrheit der adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wurde dieses Equipment schon bei der Aufnahme verwendet. Die Häufigkeit der Anwendung spezieller Betten oder Matratzenauflagen hing vom BMI ab, insofern bei einem höheren BMI-Wert das genannte Equipment häufiger Verwendung fand. Ähnlich verhielt es sich mit übergroßen Blutdruckmanschetten, speziellen Anti-Thrombose-Strümpfen, Toilettenstühlen und Rollstühlen. Diese Studie zeigt, dass bei Patientinnen und Patienten mit einem BMI über 40kg/m² mehr Equipment in Übergröße eingesetzt wurde. Intensivpflegefachkräfte sahen sich mit der Herausforderung konfrontiert,

dass der Erhalt des passenden Equipments kurz nachdem die adipöse Patientin beziehungsweise der adipöse Patient auf der Intensivstation angekommen war, ab 18 Uhr sowie am Wochenende ein schwieriges Unterfangen darstellte. Während mehr als 65% des speziellen Equipments von Patientinnen und Patienten ab einem BMI von 43 kg/m² benutzt wurde, fand bei Patientinnen und Patienten mit niedrigerem BMI spezielles Equipment nur zu 30% Verwendung. Bezüglich der Aufenthaltsdauer geht aus der Studie hervor, dass bei Patientinnen und Patienten, deren BMI-Wert bei 43 kg/m² oder darüber lag und deren Aufenthalt auf der Intensivstation länger als zwei Tage dauerte, Geräte in Übergröße benutzt wurden. Bei 23% der adipösen Patientinnen und Patienten war während ihres Aufenthalts auf der Intensivstation eine spezielle Hautpflege notwendig. Diese bestand aus Salben und Kissen, welche verwendet wurden, um Hautschäden oder Dekubitus vorzubeugen. Bei lediglich zwei Patientinnen und Patienten, die bereits einen niedrigen Braden-Score hatten, trat der Fall ein, dass auf der Intensivstation ein Dekubitus zum Vorschein kam. Mehr als die Hälfte der adipösen Patientinnen und Patienten wurden intubiert und bei vier von ihnen ging ein schwieriges und verlängertes Intubationsverfahren vonstatten.

Bei neun adipösen Patientinnen und Patienten traten Schwierigkeiten beim Legen von peripheren intravenösen Kathetern auf, weswegen mehrere Versuche von Nöten waren. Hierbei hing die Anzahl der benötigten Versuche vom BMI-Wert ab, zumal bei höherem BMI auch mehrere Versuche gebraucht wurden.

Um die Lagerung von adipösen Patientinnen und Patienten durchführen zu können, wurden, wie aus der Studie hervorgeht, mindestens zwei Pflegefachkräfte benötigt und ab einem BMI von über 40 kg/m² mindestens vier Pflegepersonen. Für das Intensivpflegepersonal stellte die Möglichkeit der Rückfrage nach unterschiedlichen fachlichen Fragestellungen einen wichtigen Faktor dar, insofern beispielsweise klinische Pharmazeutinnen und Pharmazeuten für Rückfragen bei der Bestimmung der Heparindosierung auf Basis des idealen Körpergewichts zur Verfügung standen. Außerdem konnte im Falle dieser Studie bei allen adipösen Patientinnen und Patienten eine Ernährungsberaterin beziehungsweise ein Ernährungsberater zu Rate gezogen werden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation belief sich auf knapp fünf Tage. Die häufigsten Komplikationen, welche bei adipösen Patientinnen und Patienten auftraten, waren pulmonale Komplikationen. In dieser Studie wurde

beobachtet, dass fünf Patientinnen und Patienten mit einer respiratorischen Komplikation weniger als 30 Grad positioniert wurden. Das Auftreten der pulmonalen Komplikationen korrelierte mit der Anzahl der Tage, an denen die Patientin beziehungsweise der Patient eine mechanische Beatmung erhielt und mit der Anzahl der kardialen Komplikationen.

In dieser Studie gab es nur wenige bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Ressourcennutzung und den Ergebnissen. Beispielsweise erforderte eine pulmonale Komplikation eher ein spezielles Bett und zusätzliches Pflegepersonal (Winkelmann & Maloney 2005).

Der Studie von Shea und Gagnon (2015) lässt sich entnehmen, dass sich Intensivpflegefachkräfte vielen unterschiedlichen Herausforderungen zu stellen hatten, was sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirken konnte. So ist diesbezüglich der Umstand zu nennen, dass in vielen Fällen der Zugriff auf notwendiges Equipment eingeschränkt sowie die Grundausrüstung, also beispielsweise die passende Kleidung, mangelhaft war. Zudem wurde auf den generellen Mangel an zusätzlichen Ressourcen hingewiesen, welche bei der Pflege benötigt worden wären. Die eben genannten Schwierigkeiten hatten für das Intensivpflegepersonal sowohl eine Steigerung der körperlichen Belastung als auch eine Erhöhung des Verletzungsrisikos zur Folge. Auch in dieser Studie zeigten sich oft Probleme bei der Anforderung von speziellem Equipment und Ressourcen für adipöse Patientinnen und Patienten. Im Rahmen der Versorgung adipöser Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation kam dem Vorhandensein bariatrischer Geräte große Bedeutung zu. Hierbei sind beispielsweise Lifter, Gleitbetten sowie bariatrische Betten zu nennen.

Aus dieser Studie geht hervor, dass die Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation ein höheres Maß an Teamarbeit und generell mehr Pflegepersonal erfordert. Die Bereitschaft der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger den Kolleginnen und Kollegen bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten zu helfen, war nicht immer gegeben, dennoch versuchten viele Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger miteinander zu arbeiten, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Zusätzlich waren Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie

Seelsorgerinnen und Seelsorger unerlässlich für eine sichere und kompetente Versorgung der adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten.

Hinsichtlich der Qualität der Versorgung machten sich Unterschiede bemerkbar, insofern adipöse Patientinnen und Patienten oftmals mit geringerer Qualität gepflegt wurden als andere Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Dieser Tatsache liegt der Umstand zugrunde, dass die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige Verpflegung adipöser Patientinnen und Patienten nicht immer erfüllt waren, insofern sich diagnostische Untersuchungen nicht durchführen ließen (Shea & Gagnon 2015).

Auch der Studie von Robstad et al. (2017) zufolge lag eine Herausforderung für Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger in dem Umstand begründet, dass die Versorgung der adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu kurz kommen könne, weil die Durchführung mancher Maßnahmen gegebenenfalls eine Schwierigkeit darstellen konnte. Diese Schwierigkeiten lagen im Mangel an zusätzlichem Pflegepersonal und dem notwendigen angepassten Equipment. Generell wurden sowohl der Arbeitsaufwand als auch das Verletzungsrisiko als groß erachtet (Robstad et al. 2017).

Hales et al. (2017) beschäftigte sich ebenfalls mit dem Equipment und Ressourcen in Bezug auf adipöse Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen. Bei dieser Studie lag der Gewichtsbereich der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zwischen 122 kg und 167 kg, bei einem BMI-Bereich von 40-61 kg/m². Die Versorgung aller Intensivpatientinnen und Intensivpatienten ging mittels Standard-Intensivbetten, welche eine Tragfähigkeit von 267 kg hatten, vonstatten. Aufgrund unterschiedlicher Körperformen der adipösen Patientinnen und Patienten musste laut der Studie spezielles Equipment verwendet werden, zumal standardisierte Geräte den Anforderungen der Pflege dieser Patientinnen und Patienten nicht entsprachen. So waren die Betten oft zu eng, die Sitzbreite von Stühlen und Kommoden zu klein, die Hebebänder zu eng und die Stützen zu instabil. Dies übte nicht nur einen Einfluss auf die Sicherheit der Patientinnen und Patienten aus, sondern hatte auch Auswirkungen auf deren Komfort. In Zusammenhang mit dem ergonomischen Design der Betten ergaben sich weitere Problemstellungen. So funktionierte beispielsweise aufgrund des hohen Körpergewichts der adipösen

Patientinnen und Patienten des Öfteren das Hochheben der Rückenlehne bei motorisierten Betten nicht. Zudem stellten die Drehung und Positionierung von adipösen Patientinnen und Patienten mit mehreren großen Hautrollen eine große Herausforderung dar, für welche auch mehr Pflegepersonal benötigt wurde. Um den diesbezüglichen Anforderungen gerecht zu werden und die pflegerischen Maßnahmen auf die individuellen Bedürfnisse adipöser Patientinnen und Patienten anzupassen, wurde von Pflegefachkräften auf der Intensivstation spezifisches Wissen bezüglich Körpergröße, Körperform und Körpertyp angewandt. Die wichtigsten Faktoren stellten im Zuge dessen die Körperform sowie die Körpergröße dar, während Körpergewicht oder BMI nicht von primärer Bedeutung waren (Hales et al. 2017)

Tabelle 3: Übersicht der inkludierten Studien

Autor, Jahr, Land	Ziel	Forschungsdesign & Form der Datenerhebung	Stichprobe & Setting	Zusammenfassung der Ergebnisse
Robstad, N., Söderhamn, U. & Fegran, L. 2017 Norwegen	Das Ziel war es, die Erfahrungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern bei der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation zu untersuchen.	Qualitative Studie Hermeneutischer Ansatz - Phänomenologie Interview	13 qualifizierte Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger Intensivstationen an zwei verschiedenen Krankenhäusern	Die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wurde vom Intensivpflegepersonal als körperlich anspruchsvoller im Vergleich zu normalgewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten empfunden. Intensivpflegefachkräfte bemühten sich um eine qualitativ hochwertige Versorgung, hatten gleichzeitig aber auch negative Einstellungen gegenüber adipösen Patientinnen und Patienten. Aufgrund der mangelnden Bereitschaft einiger Kolleginnen und Kollegen, sich um adipöse Patientinnen und Patienten zu kümmern, entstand unter den Intensivpflegefachkräften Frustration.
Hales, C., Vries, K. & Coombs, M. 2016 Neuseeland	Das Ziel war es, die Kultur und die Einflüsse von Pflegefachkräften sowie Ärztinnen und Ärzten auf Intensivstationen bei der Betreuung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu erforschen.	Qualitative Studie Fokussierter ethnographischer Ansatz Interview, Beobachtung und Überprüfung der Dokumente	67 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger und 13 Intensivärztinnen und Intensivärzte und 7 adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten	Soziale Interaktionen zwischen Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern und adipösen Patientinnen und Patienten waren aufgrund der negativen Assoziationen von Adipositas herausfordernd und führten zu Unbeholfenheit und Unsicherheit. Intensivpflegefachkräfte entwickelten verschiedene Strategien zur Bewältigung dieser Unannehmlichkeiten. So wandten sie Euphemismen und geheime Codes an, wenn sie in Anwesenheit der Patientinnen und Patienten

			18 gebettete Intensivstation	über deren Adipositas sprachen oder verwendeten einen gegenseitigen Vorwand.
Hales, C., Vries, K. & Coombs, M. 2017 Neuseeland	Das Ziel war es, die medizinischen und pflegerischen Herausforderungen auf Intensivstationen bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu erforschen.	Qualitative Studie Fokussierter ethnographischer Ansatz Interview und Beobachtung	67 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger und 13 Intensivärztinnen und Intensivärzte und 7 adipöse Intensivpatientinnen und -patienten 18 gebettete Intensivstation	Die Versorgung adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten erforderte spezielles Equipment, da die Körperform und das Körpergewicht dieser Patientinnen und Patienten nicht den Anforderungen standardisierter Geräte entsprach. Der Mangel an einer aussagekräftigen Sprache, um die Problematik in Bezug auf die Adipositas-erkrankung zu beschreiben, war für Intensivpflegefachkräfte herausfordernd.
Shea, JM. & Gagnon, M. 2015 Kanada	Das Ziel war es, die Erfahrungen von Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern, die mit adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten arbeiten, zu untersuchen.	Qualitative Studie generisches qualitatives Forschungsdesign Interview	11 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger 2 Intensivstationen	Pflegefachkräfte auf Intensivstationen erachteten die Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten als anders, da diese mehr körperliche Anstrengung, mehr Pflegepersonal und mehr Zeit in Anspruch nahm. Es traten bei den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern widersprüchliche Gefühle auf, einerseits Empathie andererseits Abstoßung, Frustration und Angst gegenüber adipösen Patientinnen und Patienten. Der eingeschränkte Zugriff auf notwendiges Equipment und der Mangel an Ressourcen zur Unterstützung bei der Pflege stellten große Herausforderungen dar.
Winkelmann, C. & Maloney, B.	Das Ziel war es, die Ressourcen, die Intensivpflegefachkräfte verwenden, um adipöse	Qualitative Studie Interview, Beobachtung und	60 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger und 43 adipöse	Die am häufigsten verwendeten Equipments waren ein spezielles Bett oder eine Matratzenauflage sowie Blutdruckmanschetten, Antithrombosestrümpfe, Toilettenstühle und

<p>2005 USA</p>	<p>Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu versorgen, zu beschreiben.</p>	<p>Durchsicht der Krankenakte</p>	<p>Intensivpatientinnen und Intensivpatienten 8 Intensivstationen in vier Krankenhäuser</p>	<p>Rollstühle in Übergrößen. Eine besondere Herausforderung war das Anfordern des Equipments nach 18.00 Uhr und an Wochenenden. Je höher der BMI war, desto eher wurde ein spezielles Equipment verwendet und zusätzliches Personal benötigt.</p>
---------------------	---	-----------------------------------	--	---

5 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit lag in der Darstellung der pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen bei Adipositas auf Intensivstationen. Mithilfe der inkludierten Studien konnte die Forschungsfrage beantwortet und das Ziel erreicht werden. Anhand der Ergebnisse lässt sich erkennen, dass Adipositas zu verschiedenen pflegerischen und organisatorischen Erschwernissen auf Intensivstationen führt. Adipositas stellt bei Intensivpflegefachkräften einerseits körperliche Herausforderungen dar, andererseits führen die negativen Einstellungen der Intensivpflegefachkräfte sowie die soziale Interaktion und der sprachliche Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten zu Schwierigkeiten. Zudem zeigen sich bezüglich des entsprechenden Equipments sowie hinsichtlich der benötigten Ressourcen auf Intensivstationen Herausforderungen. Generell ergeben sich bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten höhere Ansprüche als bei normalgewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, da erstere mehr körperliche Anstrengung, mehr Zeit, Equipment und Ressourcen sowie erhöhten Pflegepersonalaufwand benötigen.

Es stellte sich heraus, dass Adipositas oftmals zu körperlichen Herausforderungen für das Pflegepersonal auf Intensivstationen führt (Robstad et al. 2017, Shea & Gagnon 2015). Aufgrund des häufigen Mangels an Ressourcen zur Unterstützung der Pflege adipöser Patientinnen und Patienten kommt es zu erhöhten körperlichen Belastungen für das Intensivpflegepersonal. Einen weiteren zu nennenden Aspekt hinsichtlich der Pflege adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stellt die Angst der Pflegefachkräfte vor möglichen körperlichen Verletzungen dar, welche im Zuge der Pflege entstehen können. Aufgrund dessen verweisen Intensivpflegefachkräfte auf die Wichtigkeit des Selbstschutzes, der im Rahmen der Pflege zu beachten ist (Shea & Gagnon 2015). Auch in der Studie Robstad et al. (2017) zeigt sich bei den Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern die Angst vor dem Risiko der körperlichen Verletzung und daraus resultiert eine mangelnde Bereitschaft zur Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten (Robstad et al. 2017). Generell wird die Pflege von adipösen Intensivpatientinnen und

Intensivpatienten als eine andere Pflege betrachtet, da diese körperlich anspruchsvoller und härter ist (Shea & Gagnon 2015). Körperliche Schädigungen der Intensivpflegefachkräfte können in manchen Fällen dem Bereich der Berufskrankheiten zugerechnet werden (Dette & Graf 2012). Deswegen ist im Rahmen der Pflege adipöser Patientinnen und Patienten präventiven Maßnahmen für Intensivpflegefachkräfte höchste Priorität beizumessen (Hofmann & Kralj 2012).

Ein weiterer wichtiger Punkt dieser Arbeit sind die Einstellungen der Intensivpflegefachkräfte gegenüber adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, denn diese können gegebenenfalls Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung mit sich bringen (Shea & Gagnon 2015). Anhand der Ergebnisse der Studien Robstad et al. (2017) und Shea und Gagnon (2015) lässt sich erkennen, dass die Einstellungen der Intensivpflegefachkräfte oft durch Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet sind und vor allem die negativen Einstellungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger Herausforderungen darstellen und die Pflegeperson – Patientinnen und Patienten - Beziehung negativ beeinflussen. Einige der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger sind der Meinung, dass adipöse Patientinnen und Patienten ungepflegt und unwillig seien. Außerdem vertreten viele der Intensivpflegefachkräfte den Standpunkt, dass Adipositas selbst verschuldet sei. Trotz der negativen Einstellungen sind Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger um eine gute Versorgung bemüht und versuchen von den negativen Assoziationen der Adipositas, die auch die gesellschaftlichen Wahrnehmungen widerspiegeln, Abstand zu halten und die Pflegeperson - Patientinnen und Patienten - Beziehung möglichst positiv zu gestalten (Robstad et al. 2017, Shea & Gagnon 2015). Hinsichtlich der Thematik Adipositas ist aufgrund der Tatsache, dass viele adipöse Patientinnen und Patienten beispielsweise unter Schamgefühl leiden, Sensibilität geboten. Zudem ist auch die Bedeutung einer nicht-stigmatisierenden Grundeinstellung zu nennen (Hilbert & Geiser 2012).

Adipositas kann Auswirkungen auf die soziale Interaktion nach sich ziehen sowie mitunter zu sprachlichen Herausforderungen im Umgang mit adipösen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen führen (Hales et al. 2016, Hales et al. 2017). Anhand der Ergebnisse der Studie von Hales et al. (2016) lässt sich erkennen, dass die Probleme der sozialen Interaktion, welche im Rahmen der Pflege von adipösen

Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auftreten, zu sozialer Unbeholfenheit und Unsicherheit bei Intensivpflegefachkräften führen. Für Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger stellt es demzufolge oftmals eine große Schwierigkeit dar, wenn die Adipositaserkrankung der adipösen Patientinnen und Patienten in deren Anwesenheit thematisiert wird (Hales et al. 2016). Außerdem haben Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger auch sprachliche Probleme bei der Beschreibung der Adipositaserkrankung (Hales et al. 2017). Hales et al. (2016) zeigen, dass verschiedene Strategien von Intensivpflegefachkräften zur Bewältigung dieser sprachlichen Problematik Verwendung finden. So kommunizieren Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger in Gegenwart der adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten mit Hilfe von Euphemismen und geheimen Codes, um auf die Adipositaserkrankung hinzudeuten oder geben einen Vorwand an, dass die Adipositas der Patientin beziehungsweise des Patienten nicht existiere. Im Sinne der Vorbeugung von sozialer Unbeholfenheit innerhalb des Kollegiums kommen von adipösen Intensivpflegefachkräften bewusst angewandte Strategien wie beispielsweise das direkte Ansprechen der eigenen Adipositas zum Vorschein (Hales et al. 2016). Stigmatisierungen sind gegebenenfalls auf unklare Kommunikation zurückzuführen oder können dadurch verstärkt werden (Olhorst et al. 2009). Eine gelingende zwischenmenschliche Interaktion von Intensivpflegefachkräften mit deren Patientinnen und Patienten ist also in Hinblick auf die Vorbeugung etwaiger sich ergebender Probleme wie beispielweise der eben genannten Stigmatisierungen von größter Wichtigkeit.

Weitere Herausforderungen von Adipositas auf Intensivstationen liegen im Bereich des entsprechenden Equipments sowie der Ressourcen, welche zur Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten benötigt werden (Hales et al. 2017, Robstad et al. 2017, Shea & Gagnon 2015, Winkelmann & Maloney 2005). Laut Hales et al. (2017) ist hinsichtlich der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten spezielles Equipment von Nöten, da die standardisierten Geräte die Voraussetzungen für eine gelingende Pflege nicht erfüllen. Den Studien ist zu entnehmen, dass ein spezielles, nicht standardisiertes Bett oder eine spezielle Matratzenauflage am häufigsten Verwendung finden (Winkelmann & Maloney 2005). Spezielle Matratzen, wie beispielsweise Antidekubitusmatratzen senken das deutlich erhöhte Dekubitusrisiko bei adipösen

Patientinnen und Patienten (Stork 2012). Zudem werden häufig übergroße Blutdruckmanschetten, spezielle Anti-Thrombose-Strümpfe, Toilettenstühle und Rollstühle zu Hilfe gezogen. Besondere Erschwernisse ergeben sich beim Anfordern von speziellem Equipment nach 18.00 Uhr oder an Wochenenden (Winkelmann & Maloney 2005). Derselben Ansicht sind auch die Intensivpflegefachkräfte aus den Studien von Robstad et al. (2017) und Shea und Gagnon (2015). Diese beschreiben die mangelnde Verfügbarkeit von notwendigem Equipment und Ressourcen als besonders schwierig. Aufgrund dessen ist eine rechtzeitige Bestellung der eben genannten speziellen Hilfsmittel notwendig (Stork 2012). Große Herausforderungen ergeben sich mitunter auch in Hinblick auf die bauliche Ausstattung und infrastrukturellen Rahmenbedingungen, welche auf der Intensivstation und in allen Bereichen des Krankenhauses zu schaffen sind (Stork 2012).

Anhand der Ergebnisse der Studien lässt sich ablesen, dass die Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten mehr Pflegepersonal erfordert (Hales et al. 2017, Robstad et al. 2017, Shea & Gagnon 2015, Winkelmann & Maloney 2005). Zusätzlich werden auch andere Berufsgruppen wie Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten häufiger benötigt (Shea & Gagnon 2015, Winkelmann & Maloney 2005). Eine Advanced Practice Nurse (APN) kann dazu beitragen, Herausforderungen bei der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu minimieren. So dient sie unter anderem zur Erleichterung der Planung und Durchführung wie beispielsweise der Beschaffung speziellen Equipments sowie der optimalen Nutzung der Ressourcen auf der Intensivstation. Die APN kann zudem auch mit dem Pflegepersonal die gezielte Betreuung adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten planen sowie bei der Entwicklung von Einstellungen unter dem Pflegepersonal eine Rolle spielen (Winkelmann, Maloney & Kloos 2009).

Neben den bisher genannten Erkenntnissen ist in Anbetracht der Studien auch anzumerken, dass adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten im Falle benötigter diagnostischer Untersuchungen nicht die gleiche Versorgungsqualität geboten wird (Shea & Gagnon 2015). Die Bildgebung wie beispielsweise bei Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen ist bei vielen adipösen

Intensivpatientinnen und Intensivpatienten nur begrenzt möglich (Winkelmann, Maloney & Kloos 2009).

Im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche stellt sich heraus, dass das Thema Adipositas in Bezug auf deren pflegerische und organisatorische Herausforderungen auf Intensivstationen bislang noch unzureichend untersucht wurde. Die steigende Prävalenz der Adipositas deutet darauf hin, dass die Adipositas morbidität und deren Herausforderungen auf Intensivstationen zunehmen werden und dass es von großer Bedeutung ist, dass Intensivpflegefachkräfte sich gezielt auf diese Patientinnen- und Patientengruppe vorbereiten.

5.1 Stärken und Schwächen

Eine Stärke dieser Arbeit zeigt sich darin, dass internationale Studien inkludiert wurden, welche aus den Vereinigten Staaten von Amerika, Kanada, Norwegen und Neuseeland stammen. Eine weitere Stärke der Arbeit lässt sich daran festmachen, dass nur Studien, die nicht älter als zwölf Jahre sind, inkludiert wurden, wodurch die Aktualität der Ergebnisse sichergestellt ist. Zu den Stärken dieser Arbeit zählt auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf beide Geschlechter, da die Ergebnisse sich sowohl auf Frauen als auch auf Männer beziehen. Außerdem ist bezüglich der Stärken, die diese Arbeit vorweist, auch die kritische Bewertung der inkludierten Studien durch das Bewertungsinstrument von Hawker et al. (2002) zu nennen, zumal damit auch die Überprüfung der Qualität der Studien einhergeht.

Eine Schwäche dieser Arbeit ist, dass nur Studien auf Englisch und Deutsch eingeschlossen wurden. Zudem fällt in den Bereich der Schwächen dieser Arbeit jener Umstand, dass keine systematische Literaturrecherche durchgeführt wurde und die Studien lediglich von der Autorin dieser Bachelorarbeit bewertet wurden.

5.2 Empfehlungen für die Praxis

Um Intensivpflegefachkräfte auf den richtigen Umgang mit adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten vorzubereiten, sind Fortbildungen zum Thema Adipositas unerlässlich. Fortbildungen zum Thema Adipositas sollten folgende Bereiche beinhalten: Wissensvermittlung zur Krankheit Adipositas,

Kommunikationstraining, Lagerung und Mobilisation bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten, Einsatz entsprechender Hilfsmittel und deren Anwendung sowie Präventionsmaßnahmen der Intensivpflegefachkräfte (Stork 2012). Das Thema Adipositas und deren pflegerische und organisatorische Herausforderungen sollten auch in der Grundausbildung vertieft werden. An Intensivstationen ergeht die Empfehlung, sich geeignetes Equipment und benötigte Hilfsmittel anzuschaffen, um Zeitverzögerungen vorzubeugen. Zudem wird empfohlen, Schulungen für den richtigen Umgang mit dem für adipöse Patientinnen und Patienten entsprechenden Equipment und Hilfsmittel anzubieten, um bei Lagerungs- und Mobilisationsmaßnahmen dem Risiko von berufsbedingten Verletzungen und Krankheiten vorzubeugen. Im Sinne einer ausreichenden Versorgung adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten wird empfohlen, andere Berufsgruppen wie Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater hinzuzuziehen. Das leitende Personal sollte dafür Sorge tragen, dass hinsichtlich der Anzahl an Pflegefachkräften die Rahmenbedingungen für eine gelingende Versorgung adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten geschaffen sind, dass also genügend Pflegepersonal zur Verfügung steht. Um die organisatorischen Herausforderungen wie beispielsweise die Bereitstellung von speziellem Equipment oder anderen Ressourcen zu erleichtern, ist der Einsatz einer Advanced Practice Nurse auf der Intensivstation empfehlenswert.

5.3 Empfehlungen für die Forschung

Die Thematik Adipositas und deren pflegerische und organisatorische Herausforderungen auf Intensivstationen wurden bisweilen erst wenig erforscht. Um die pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen auf Intensivstationen noch genauer aufzeigen zu können, sollten vermehrt qualitative und quantitative Forschungen in Bezug auf die Auswirkungen von Adipositas auf Intensivstationen durchgeführt werden. Zudem sollten Ausbildungen, Fortbildungen und Schulungen zur Verbesserung der Herausforderungen von Adipositas in Zusammenhang mit deren Effektivität untersucht werden. Spezielle Interventionen wie beispielsweise der Einsatz von entsprechendem Equipment und Ressourcen zur Minderung der pflegerischen Herausforderungen sind noch genauer zu erforschen, um bessere

zielgerichtete Interventionen ermöglichen zu können. Eine weitere Forschung über den Effekt der Beteiligung einer Advanced Practice Nurse könnte sich positiv auf die Qualität der Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auswirken. Hilfreich und empfehlenswert wäre eine zusätzliche Studie, bei welcher die Unterschiede hinsichtlich der Ressourcennutzung im Rahmen der Pflege adipöser und normalgewichtiger Intensivpatientinnen und Intensivpatienten untersucht werden.

6 Schlussfolgerung

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit konnten die pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen dargestellt werden.

Intensivpflegefachkräfte sind zwar um eine qualitativ hochwertige Versorgung bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten bemüht, doch durch die verschiedenen Herausforderungen ist eine solche nicht immer möglich. Aufgrund des Nichtvorhandenseins von entsprechendem Equipment, benötigten Hilfsmitteln und zusätzlichem Pflegepersonal ist es schwierig, die gleichen pflegerischen Maßnahmen wie bei normalgewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten durchzuführen. Die Einstellungen der Intensivpflegefachkräfte können sich auf die Qualität der Versorgung auswirken. Durch die bestehenden negativen Einstellungen und körperlichen Herausforderungen entstehen bei Intensivpflegefachkräften Gefühle von Furcht und Angst bei der Pflege von adipösen Patientinnen und Patienten, insbesondere auch aufgrund des Verletzungsrisikos. Zusätzlich führt die mangelnde Bereitschaft im Kollegium, sich um adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu kümmern, zu Frustration. Weiters führen soziale Interaktion und Sprache, welche während der Pflege bei adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten stattfinden, zu Schwierigkeiten. Zur Bewältigung der Unbeholfenheit, welche durch die Probleme bei sozialen Interaktionen entsteht, werden von Intensivpflegefachkräften verschiedene Strategien angewandt. Besondere Erschwernisse stellen der Mangel an notwendigem Equipment und Ressourcen auf Intensivstationen dar. Für die ausreichende Versorgung von adipösen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten

werden spezielles Equipment und zusätzliche Ressourcen wie beispielsweise der Einsatz von mehr Pflegepersonal benötigt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es zu pflegerischen und organisatorischen Herausforderungen bei der Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen kommt, die von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden.

Literaturverzeichnis

Behrendt, S., Bleß, H.-H., Klein, S., Krupka, S. & Pulst, A. 2016, *Weißbuch Adipositas*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Bender, M. & Gerbershagen, M.U. 2012, Adipositasmanagement – Equipment, Räumlichkeiten, Besonderheiten, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Blüher, S., Blüher, M., Kiess, W. & Hinney, A. 2013, Ätiologie – Genetik, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Dette, F. & Graf, J. 2012, Adipositasmanagement: Organisation, Ausstattung, Regelungen, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Deufert, D. & Fritz, E. 2012, Pathophysiologie der Adipositas: Dekubitus, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Großschädl, F. 2013, *Epidemiology of obesity among Austrian adults*, Wiener Verlag für Sozialforschung in Europäischer Hochschulverlag, Wien.

Hales, C., Vries, K. & Coombs, M. 2017, „The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study“, *Australian Critical Care*, 31 (1): 37-41.

Hales, C., Vries, K. & Coombs, M. 2016, „Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography“, *International Journal of Nursing Studies*, 58 (2016): 82-89.

Hauner, H., Bösy-Westphal, A. & Müller, M.J. 2013, Definition – Klassifikation – Untersuchungsmethoden, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Hauner, H. 2013, Adipositas und Diabetes, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. 2002, „Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically“, *Qualitative Health Research* 12 (9): 1284-1299.

Hilbert, A. & Geiser, M. 2012, Stigmatisierung: Implikationen für die Kommunikation mit adipösen Patienten, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Hofmann, F. & Kralj, N. 2012, Übergewicht – ein Problem für die Arbeitsmedizin, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Kischkel, I. 2013., *Pflege von adipösen Patienten – die bariatrische Pflegekraft*, http://www.bgw-fachtagung.de/Ruecken/last/content/F4_Kischkel.html
<http://docplayer.org/18539689-Pflege-von-adipoesen-patienten-die-bariatrische-pflegekraft.html>

Krafft, P. 2011, „Krankhafte Adipositas – Problemdarstellung und Implikationen für das perioperative Management“, *Medicine & Health*, 139-141.

Lehnert, T., Konnopka, A., Riegel-Heller, S., König, H. 2012, Epidemiologische und gesundheitsökonomische Aspekte, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Lewandowski, K. & Turinsky, S. 2008, „Beatmung von Patienten mit Adipositas per magna in Anästhesie und Intensivmedizin“, *Der Anaesthesist* 10 (57): 1015-1034.

May, M., Engeli, S. & Jordan, J. 2013, Hypertonie, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Olhorst S., Trachsel E., Schärli, D., Frei I.A. 2009, „Adipositas Hoher Anspruch an die Pflege“, *Krankenpflege Soin infirmiers* 3 (2009): 30-31.

Österreichische Gesellschaft für Ernährung 2014, *Adipositas und Übergewicht*, <http://www.oege.at/index.php/bildung-information/diaetetik/erkrankungen/56-bildung-information/diaetetik/erkrankungen/1813-uebergewicht-adipositas>, (09.10.2017)

Parkhofer, K. 2013, Dyslipidämien, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2012, *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. Auflage, Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia PA.

Reber, A., 2005, „Atemwege und respiratorische Funktion bei Adipositas“, *Der Anaesthesist* 7 (54): 715-727.

Robstad, N., Söderhamn, U. & Fegran, L. 2017, „Intensive care nurses' experience of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study“, *Journal of Clinical Nursing*, 27 (1-2): 386-395.

Schulz, R. 2013, Respiratorisches System, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Shea, JM. & Gagnon, M. 2015, „Working with patients living with obesity in the intensive care unit – a study of nurses experience“, *Advances in nursing science*, 38 (3): 17-37.

Statistik Austria 2015, *Übergewicht und Adipositas*, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Wien.

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html, (26.11.2017).

Staudinger, T. 2012, „Die respiratorische Katastrophe des adipösen Patienten“, *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel*, 5 (2): 30-34.

Stork, C. 2012, Adipositasmanagement in der Klinik – Planung, Analyse, Umsetzung, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Winkelmann, C. & Maloney B. 2005, „Obese ICU patients: resource utilization and outcomes“, *Clinical Nursing Research*, 14 (4): 303-23.

Winkelman, C., Maloney, B. & Kloos, J. 2009, „The impact of obesity on critical care use and outcomes“, *Critical Care Nurse*, 21 (3): 403-422.

Wirth, A. & Engeli, S. 2013, Ätiologie – Sekundäre Adipositas, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Wirth, A. 2013, Komorbiditäten – die Krankheit Adipositas, in Hauner, H. & Wirth, A. (Hrsg.), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik, Therapie*, 4.

vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer, Berlin.

Wirth, A. 2012, Ätiologie der Adipositas, in Lewandowski, K., Bein, T. (Hrsg.), *Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

World Health Organization (WHO) 2017, *Overweight and obesity*
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/, (09.10.2017).

Anhang

Bewertungskriterien für qualitative und quantitative Studien (Hawker et al. 2002)

Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Gut: Der Titel enthält Informationen über das Kernthema, Population, Setting und Methode. Die Zusammenfassung ist gut strukturiert und gliedert sich in die Unterpunkte: Ziele, Hintergrund, Design, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerung und Relevanz für die klinische Praxis. Die Zusammenfassung ist, ohne den Volltext gelesen zu haben, sehr verständlich.

2. Introduction and aims:

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

Gut: In der Einleitung kommen das Forschungsproblem, die Definitionen, das Forschungsziel und der Hintergrund, der mit Literatur verständlich beschrieben ist, vor.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Gut: Die Methode ist klar beschrieben und enthält das Design, die Rekrutierung, die Datensammlung, die ethischen Überlegungen sowie die Datenanalyse. Es wurde eine qualitative Studie mit einem hermeneutischen Ansatz durchgeführt. Die Datensammlung ist ausreichend erklärt und erfolgte durch halbstrukturierte Einzelinterviews.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Gut: Die Stichprobe ist detailliert erklärt und die Stichprobengröße (13 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger) ist für die Studie passend. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden rekrutiert.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Der Prozess der Datenanalyse ist beschrieben. Die Interviews wurden nach einer Gadamerian (1990) inspirierten Forschungsmethode analysiert. Die Daten wurden in vier Schritten analysiert. Alle Interviews wurden gelesen, um den gesamten Text zu verstehen, danach wurden die Sätze untersucht, um die Bedeutung zu identifizieren, anschließend wurden die Sätze mit der Bedeutung des gesamten Textes verknüpft und letztendlich wurde das gemeinsame Verständnis zwischen Forscherinnen und Forscher und Teilnehmerinnen und Teilnehmer repräsentiert.

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?

Gut: Die Genehmigung wurde von der klinischen Leitung der Intensivstation, den Forschungsabteilungen der Krankenhäuser und dem norwegischen Zentrum für Forschungsdaten erteilt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten mündliche und schriftliche Informationen über die Studie, die Vertraulichkeit und die Möglichkeit jederzeit zurückzutreten und gaben eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Gut: Die Ergebnisse sind ausführlich beschrieben, beziehen sich auf das Forschungsziel und werden in drei Themen gegliedert (der gefährdete Patient, der andere Patient und der körperlich anstrengende Patient). Es werden auch Zitationen aus den Interviews in den Ergebnissen präsentiert.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Die Ergebnisse der Studie sind auf eine breitere Population nicht übertragbar. Da es sich um eine qualitative Studie handelt, war die Übertragbarkeit auch nicht das Ziel.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Gut: Gibt einen guten Einblick in die Relevanz dieses Themas für die Praxis. Schlägt weitere Forschungen zu diesem Thema vor, um ein tieferes Verständnis zu erhalten.

Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Gut: Der Titel enthält Informationen über das Kernthema, die Population, das Setting und die Methode. Die Zusammenfassung ist gut strukturiert und man kann den Hintergrund, das Ziel, das Setting, die Teilnehmer, die Ergebnisse und die Schlussfolgerung herauslesen. Es gibt zwischen der Zusammenfassung und dem Volltext keine Unstimmigkeiten.

2. Introduction and aims:

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

Gut: In der Einleitung ist der Hintergrund mit genügend Literatur beschrieben. Definitionen, das Forschungsproblem und eine klare Zielvorstellung sind vorhanden.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Gut: Im Methodenteil wurden das Design, die Stichprobe und die Rekrutierung, die Datensammlung, die ethischen Überlegungen und die Datenanalyse beschrieben. Es wurde eine qualitative Studie mit einem fokussierten ethnographischen Ansatz durchgeführt. Zur Datenerhebung wurden Teilnehmerinnen- und Teilnehmerbeobachtungen, Interviews und Überprüfungen der Dokumente gemacht.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Angemessen: Die Stichprobe ist angemessen und erklärt, jedoch fehlen genaue Details. Die Stichprobengröße (67 Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, 13 Ärztinnen und Ärzte und 7 Patientinnen und Patienten) sind für diese Studie ausreichend.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Gut: Die Datenanalyse ist klar beschrieben und wurde mit konstanter Vergleichstechnik durchgeführt. Die Analyse der Daten ist in drei Stufen gegliedert: der Dekonstruktion, der Konstruktion und der Bestätigung.

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?

Gut: Die ethische Zustimmung wurde von der Ethikkommission für Gesundheit und Behinderung in Neuseeland erteilt. Die informierte schriftliche Zustimmung wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eingeholt und die Teilnehmerinnen- und Teilnehmerdaten wurden anonymisiert.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Gut: Die Ergebnisse sind gut gegliedert in drei Themen (soziale Unbeholfenheit, Umgang mit sozialer Unbeholfenheit und gegenseitiger Vorwand), leicht zu verstehen und beziehen sich auf das Ziel.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Angemessen: Die Übertragbarkeit der Studie auf andere Intensivstationen und klinische Praxis ist durch die ausreichenden kontextbezogenen Informationen bezüglich der Feldarbeitsstelle und Studienmethodik gegeben.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Gut: Diese Studie hat neue und wichtige Wege aufgezeigt, um die soziale Unbeholfenheit bei der Pflege von stigmatisierten adipösen Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen zu lindern und erweitert das diesbezügliche Verständnis. Es werden für die Praxis spezielle Aus- und Weiterbildungen über dieses Thema empfohlen.

The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Gut: Der Titel enthält Informationen über das Kernthema, die Population, das Setting und die Methode. Die Zusammenfassung ist gut strukturiert und enthält: den Hintergrund, das Ziel, die Methode, das Setting, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Wenn man die Zusammenfassung liest, ist klar, worum es im Volltext geht.

2. Introduction and aims:

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

Gut: Die Einleitung enthält einen mit Literatur gut beschriebenen Hintergrund, Definitionen und bezieht sich auf das Forschungsziel.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Gut: Die Methode ist ausreichend beschrieben und beinhaltet das Design, die Stichprobe, das Setting, die Datensammlung, Datenanalyse und die ethische Zustimmung. Es wurde eine qualitative Studie mit einem fokussierten ethnographischen Ansatz durchgeführt. Ethnographische Datensammlungsmethoden der Teilnehmerbeobachtung und Einzelinterviews wurden verwendet.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Gut: Die Stichprobe ist beschrieben und angemessen, um das Ziel zu erreichen. Die Stichprobengröße (67 Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, 13 Ärztinnen und Ärzte und 7 Patientinnen und Patienten) ist für die Studie gerechtfertigt.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Gut: Die Analyse der Daten wurde in drei Stufen unter Verwendung einer konstanten Vergleichstechnik durchgeführt: der Dekonstruktion, der Konstruktion und der Bestätigung. Die Datenanalyse ist klar beschrieben.

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?

Gut: Die ethische Zustimmung erfolgte vom Ethikkomitee für Gesundheit und Behinderung von Neuseeland.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Gut: Die zwei Ergebnisse (physical challenges and language challenges) dieser Studie wurden beschrieben. Antwortraten aus dem Interview wurden in den Text der Ergebnisse miteingebaut.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wurde durch die Verwendung einer Untersuchungsstelle eingeschränkt. Die Übertragbarkeit war nicht das Ziel dieser qualitativen Studie.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Gut: Bietet ein breites Verständnis für die Pflege adipöser Intensivpatientinnen und Intensivpatienten. Das Verständnis der Auswirkungen der Sprache, die bei der Patientinnen- und Patientenversorgung angewendet wird, ist für die Praxis von Bedeutung.

Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit: A study of nurses' experience

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Angemessen: Der Titel ist klar und enthält alle relevanten Informationen wie das Kernthema, die Population, das Setting und die Methode. Aus der Zusammenfassung kann man den Hintergrund, das Ziel und die Ergebnisse herauslesen. Die Methode und die Schlussfolgerung fehlen in der Zusammenfassung. Die Zusammenfassung und der Volltext stimmen überein.

2. Introduction and aims:

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

Gut: Ein mit Literatur gut beschriebener Hintergrund, die Definitionen, der theoretische Rahmen, die Ziele, die Forschungslücke und der Grund der Studie kommen in der Einleitung vor.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Gut: Die Methode ist klar dargestellt und es kommt das Design, die Stichprobe, das Setting, die Datensammlung, die Datenanalyse sowie die ethische Zustimmung vor. Ein generisches qualitatives Forschungsdesign wurde verwendet. Die Datensammlung ist mit allen Details genau erklärt und erfolgte durch Interviews.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Gut: Die Stichprobe ist mit den Details ausreichend beschrieben und die Stichprobengröße (11 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger) ist für die Studie gut geeignet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden rekrutiert und es fand eine Kodierung statt.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Gut: Die Datenanalyse ist verständlich dargestellt und wurde mit der Angewandten Thematischen Analyse (ATA) durchgeführt. Die Datensättigung wurde nach neun Interviews erreicht.

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?

Angemessen: Die Genehmigung erfolgte durch die Forschungsethikkommission.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Gut: Die Ergebnisse sind in vier Überthemen mit mehreren Unterthemen (working with the Other, exclusionary othering in the ICU, insclusionary othering in the ICU, ICU environment) in einer Tabelle dargestellt und sind im Text ausführlich erklärt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse ist nicht gegeben und ist auch nicht das Ziel dieser qualitativen Studie.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Gut: Gibt Einsicht in die Erfahrungen der Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger im Umgang mit den Herausforderungen adipöser Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen. Deutet daraufhin, dass eine Weiterentwicklung zu dieser Thematik erforderlich ist, um Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern in Ausbildung neue Wege zum Verständnis zu zeigen. Schlägt auch weitere Forschung zu dieser Thematik vor.

Obese ICU Patients Resource Utilization and Outcomes

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Angemessen: Der Titel ist klar und enthält alle relevanten Informationen wie das Kernthema, die Population und das Setting, außer das Design fehlt. Die Zusammenfassung enthält den Hintergrund, das Ziel und die Ergebnisse. Die Methode und die Schlussfolgerung sind in der Zusammenfassung nicht herauszulesen. Die Zusammenfassung und der Volltext stimmen überein.

2. Introduction and aims:

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

Gut: In der Einleitung sind der Hintergrund, die Definitionen und das Forschungsziel deutlich beschrieben. Die Einleitung ist gut strukturiert und führt vom Allgemeinen zum Spezifischen.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Gut: Der Methodenteil ist gut gegliedert, ausführlich beschrieben und enthält das Design, die Stichprobe, das Setting, die Datenerhebung, die Datenanalyse und die ethische Zustimmung. Es wurde eine Querschnittstudie angewandt und zur Datenerhebung wurden Beobachtungen am Krankenbett, Interviews mit Intensivpflegerinnen und Intensivpflegern und eine Durchsicht der Krankenakte durchgeführt. Der Datensammlungsprozess enthält alle Details und ist erklärt.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Gut: Die Stichprobe ist mit den Details ausreichend beschrieben und die Stichprobengröße (60 Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger, 43 adipöse Intensivpatientinnen und Intensivpatienten) ist für die Studie gut geeignet. Ein gezielter Stichprobenansatz wurde verwendet, um erwachsene Patientinnen und Patienten mit einem BMI $>30 \text{ kg/m}^2$ zu identifizieren. Intensivpflegerinnen und Intensivpfleger wurden rekrutiert.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Gut: Der Prozess der Datenanalyse ist genau beschrieben. Die Daten wurden mit der SPSS – Software, Version 11.5 analysiert. Die Signifikanz beträgt 0,05.

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?

Angemessen: Die Zustimmung der teilnehmenden Krankenhäuser wurde eingeholt, jedoch wurde auf eine informierte Einwilligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verzichtet.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Gut: Die Ergebnisse sind gut strukturiert beschrieben, beziehen sich auf das Ziel und werden folgend gegliedert: Ressourcennutzung des Equipments, Ressourcennutzung des Personals und der Zusammenhang der Ressourcennutzung mit den Ergebnissen. Die Tabelle zur Darstellung der Ergebnisse ist im Text erklärt.

8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ist nicht möglich und auch nicht das Ziel dieser qualitativen Forschung.

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?

Gut: Gibt Empfehlungen für die Praxis. Schlägt weitere Forschung vor, welche die Unterschiede, Ähnlichkeiten und Auswirkungen der Ressourcennutzung bei adipösen, normalgewichtigen und mittelschwergewichtigen Intensivpatientinnen und Intensivpatienten und APN-Interventionen untersuchen, um bessere Interventionen zu erreichen.