

Bachelorarbeit

**Schwierigkeiten und
Herausforderungen im Umgang
mit adipösen Bewohnerinnen
und Bewohnern von
Langzeitpflegeeinrichtungen:
Ein Literaturreview**

eingereicht von

Essenko Eva-Maria

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science (BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Priv.-Doz. Dr.scient.med. Großschädl Franziska BSc. MSc.

Graz, am 20. März.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre eigenverantwortlich, 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.“

Essenko Eva-Maria, eh

Graz, am 20. März. 2020

Zusammenfassung

Hintergrund:

Adipositas und Übergewicht stellen, auf Grund der durch sie begünstigten Folgekrankheiten, derzeit eine der schwerwiegendsten Krankheiten weltweit dar. Geschätzter Weise sterben global jedes Jahr ungefähr 2.8 Millionen Menschen an den Folgen von extremem Übergewicht. Das Risiko an Adipositas zu leiden steigt mit dem Alter, ein großer Anteil der übergewichtigen oder adipösen Menschen zählt daher bereits zu den über sechzig jährigen. Adipositas im Alter führt immer häufiger zu einem verfrühten Pflegeheimenritt. Es existieren bereits einige Studien, die die Auswirkungen von Adipositas auf die Pflegefachkräfte und ihre Arbeitsbedingungen untersuchen. Jedoch beziehen sich diese meist auf akut oder intensiv Bereiche.

Ziel:

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist das Darstellen der Schwierigkeiten und Herausforderungen mit denen Pflegefachkräfte und Pflegeheime bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern konfrontiert sind.

Methode:

Für die Bearbeitung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview gewählt. Die Literaturrecherche fand zwischen Oktober und November 2019 in den Datenbanken CINAHL und PubMed statt. Inkludiert wurden nur Studien, die in einem Pflegeheim-Setting durchgeführt wurden. Die inkludierten Studien wurden mittels MMAT auf ihre Qualität überprüft.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden 7 Studien inkludiert. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde auch die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen inkludiert. Die Ergebnisse zeigen, dass 2 der 7 Studien einen genauen Fokus auf die Prävalenz legen. Die restlichen 5 Studien untersuchen die Prävalenz in den ausgewählten Pflegeheimen nur kurz oder erwähnen die Prävalenz nur in der Einleitung oder Diskussion. Weiters zeigten die Ergebnisse, dass 5 der 7 Studien die Herausforderungen der Pflegefachkräfte und Pflegeheime im Umgang mit adipösen Personen untersuchten.

Für die Versorgung von adipösen Personen werden zwei oder mehr Pflegefachkräfte benötigt. Auch brauchen Pflegefachkräfte bei der Versorgung im Durchschnitt länger als bei der Versorgung von nicht-adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern. Weiters sind Pflegeheime oft nicht ausreichend auf adipöse Personen vorbereitet. Die infrastrukturellen Begebenheiten sind nicht optimal, um eine adäquate Versorgung der adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern zu gewährleisten, dadurch ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten für die Pflegefachkräfte. Zusätzlich dazu fehlt es oft an speziellem Equipment, das für adipöse Personen ausgelegt ist.

Schlussfolgerung:

Die Ergebnisse des Literaturreviews zeigen, dass Adipositas im Pflegeheimsetting auf unterschiedliche Arten untersucht wurde. Besonders häufig wurde dabei der Schwerpunkt auf die Prävalenz gelegt. Weniger häufig wurden die Schwierigkeiten bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern untersucht. Für die Forschung wird empfohlen den Fokus auf die Schwierigkeiten der Pflegefachkräfte bei der Pflege von adipösen Personen zu legen und auch Bewältigungsstrategien zu untersuchen. Für die Praxis kann derzeit empfohlen werden, vorhandene Hilfsmittel einzusetzen und besonders auf eine ergonomische Arbeitsweise zu achten und zusätzlich die Ressourcen der Bewohnerin/des Bewohners so gut wie möglich auszunutzen.

Schlüsselwörter: Adipositas, Langzeitpflegeeinrichtungen, ältere Personen, Schwierigkeiten, Herausforderungen, Pflegefachkräfte

Abstract

Background:

Obesity and overweight are currently one of the most serious diseases worldwide, due to the secondary diseases they promote. It is estimated that approximately 2.8 million people die globally each year as a result of extreme overweight. The risk of suffering from obesity increases with age, and a large proportion of overweight or obese people are therefore already over 60. Adiposity in old age increasingly leads to early entry into nursing homes. There are already several studies that investigate the effects of obesity on nursing staff and their working conditions. However, these mostly relate to acute or intensive areas.

Aim:

The aim of this bachelor thesis is to present the difficulties and challenges that nursing professionals and nursing homes face in the care of obese residents.

Methods:

A literature review was chosen to answer the research question. The research took place between October and November 2019 and was performed at the databases CINAHL and PubMed. Only studies that were conducted in a nursing home setting were included. The quality of the included studies was checked using MMAT.

Results:

A total of 7 studies were included. To answer the research question, the prevalence of obesity in nursing homes was also included. The results show that 2 of the 7 studies focus precisely on prevalence. The remaining 5 studies investigate prevalence in the selected nursing homes only briefly or mention prevalence only in the introduction or discussion. Furthermore, the results showed that 5 of the 7 studies examined the challenges faced by nurses and nursing homes in dealing with obese people.

Two or more nurses are needed to care for obese persons. Nurses also need on average longer to care for obese persons than for non-obese residents. Furthermore, nursing homes are often not sufficiently prepared for obese persons.

The infrastructural conditions are not optimal to guarantee adequate care for obese residents, which results in additional difficulties for nursing staff. In addition, there is often a lack of special equipment designed for obese persons.

Conclusion:

The results of the literature review show that obesity in the nursing home settings has been investigated in different ways. Particularly frequent was the focus on prevalence. The difficulties in the care of obese residents were investigated less frequently. For further research it is recommended to focus on the difficulties of nursing staff in the care of obese residents and to investigate coping strategies. In practice, it can currently be recommended to use existing aids and to pay attention to an ergonomic working method and, in addition, to make the best possible use of the residents' resources.

Keywords: obesity, residential facilities, elderly, challenges, nurse

Inhalt

Abbildungsverzeichnis & Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abbildungen	VIII
Tabellen	VIII
Glossar.....	IX
1. Einleitung.....	- 1 -
1.1 Hintergrund	- 1 -
1.1.1 Adipositas	- 2 -
1.2 Messmethoden zu Bestimmung von Adipositas	- 2 -
1.2.1 Body Mass Index - BMI.....	- 2 -
1.2.2 Messung des Bauchumfangs/“abdomen-to-hipratio“	- 4 -
1.2.3 Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA).....	- 4 -
1.2.4 Computertomographie & Magnetresonanztomographie	- 5 -
1.3 Komorbiditäten	- 5 -
1.3.1 Diabetes mellitus	- 5 -
1.3.2 Kardiovaskuläre Erkrankungen.....	- 6 -
1.3.3 Krebserkrankungen	- 7 -
1.4 Epidemiologie.....	- 8 -
1.5 Adipositas und Pflege.....	- 10 -
1.6 Prävalenz in Pflegeheimen.....	- 11 -
1.7 Forschungslücke	- 12 -
1.8 Forschungsziel	- 13 -
1.9 Forschungsfrage	- 13 -
2. Methode.....	- 13 -
2.1 Design	- 13 -
2.2 Suchstrategie	- 14 -
2.3 Ein und -Ausschlusskriterien	- 15 -

2.4	Studienauswahl.....	- 16 -
2.5	Kritische Bewertung	- 17 -
2.6	Datenextraktion und Datensynthese	- 18 -
3.	Ergebnisse.....	- 18 -
3.1.	Charakteristika	- 18 -
3.2.	Prävalenz der adipösen Pflegeheim Bewohnerinnen und Bewohner..	- 19 -
3.3.	Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Pflege von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern	- 22 -
3.3.1.	Wahrnehmung adipöser Heimbewohner	- 25 -
3.3.2.	Bedeutung der Adipositas.....	- 26 -
3.3.3.	Personelle und instrumentelle Mehraufwendungen	- 26 -
4.	Diskussion	- 30 -
4.1.	Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Pflege von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern	- 30 -
4.2.	Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen	- 32 -
4.3.	Limitationen.....	- 33 -
5.	Schlussfolgerung	- 34 -
5.1.	Forschungsempfehlungen.....	- 34 -
5.2.	Praxisempfehlungen.....	- 35 -
6.	Literaturverzeichnis.....	I
7.	Anhang	VI
7.1.	Vorlage des Bewertungstools – MMAT	VI
7.2.	Bewertungen	VI
7.3.	Charakteristika der Studien	XV

Abbildungsverzeichnis & Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: BMI Klassifikation nach World Health Organization (2019)	- 3 -
Abbildung 2: Flowchart adaptiert nach Moher et al. (2009)	- 17 -
Abbildung 3: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) nach Hong et al. (2018)	VI

Tabellen

Tabelle 1: Suchstrategie.....	- 15 -
Tabelle 2: Einschlusskriterien und Limitationen.....	- 16 -
Tabelle 3: Charakteristika der Studien	XV

Glossar

Pflegefachkraft

Als Pflegefachkraft wird eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter des Gesundheitssystems bezeichnet, die/der eine Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung als entweder Gesundheits- und KrankenpflegerIn nach dem GuKG absolviert hat oder als AltenpflegerIn nach dem Altenpflegegesetz absolviert hat (Wanka, Antwerpes 2012).

Pflegeheim

Ein Pflegeheim zählt zu den vollstationären pflegerischen Einrichtungen. Es ist eine Einrichtung zur dauerhaften Unterbringung und pflegerischer Versorgung von Menschen, die auf Grund ihrer (Vor)erkrankungen (physischer, neurologischer, psychischer Natur) nicht in der Lage sind in ihrer eigenen Wohnung zu leben. Sie werden dort umfassend versorgt. Der Begriff des Pflegeheimes ist nicht an eine Altersgruppe gebunden (Heinzelmann, 2004).

Medicare/Medicaid

Medicare ist ein bundesstaatliches Versicherungsprogramm für Menschen über 65 Jahre oder auch jüngeren Personen mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen oder Personen mit dialysepflichtigem Nierenversagen im Endstadium. Es ist unterteilt in drei Versicherungspakete, die unterschiedliche Behandlungen inkludieren (Medicare.gov 2019).

Medicaid ist ein Versicherungsprogramm, dass zu gleichen Teilen vom Staat und der Regierung gefördert wird. Das Programm versichert Kinder, Menschen mit geringem Einkommen, Schwangere, ältere Menschen und Menschen mit physischen und psychischen Einschränkungen (Medicaid.gov 2019).

MDS-Assessment

Beim MDS-Assessment handelt es sich um eine Langzeitsammlung an Assessment Daten zu allen Bewohnerinnen und Bewohnern die in einem zertifizierten „Medicaid & Medicare“ Pflegeheim wohnhaft sind. Zu den erhobenen Daten der MDS gehören Kategorien wie Inkontinenz, biometrische Daten (Größe und Gewicht), demographische Daten, gesundheitliche Verfassung, kognitive

Verfassung, erhaltene Pflegeleistungen und Beurteilungen des Hautzustandes. Der MDS wird sowohl bei der Aufnahme ins Pflegeheim als auch quartalsmäßig erhoben (Kosar et. al 2018).

InterRAI

InterRAI ist ein einheitliches weltweites Netzwerk, das standardisierte Instrumente zur Erhebung des Pflegebedarfs bereitstellt. Die Instrumente sind standardisiert und vollständig strukturiert. Sie wurden für Screenings in der häuslichen Pflege entwickelt und gehören zur interRAI-Instruments-Suite (interRAI.org 2019).

1. Einleitung

Im folgenden Kapitel wird der genaue Hintergrund meiner Arbeit und einige Hintergrundinformationen zum Thema Adipositas, allgemein und speziell auf Pflegeheime bezogen, beschrieben.

1.1 Hintergrund

Adipositas und Übergewicht stellen, auf Grund der durch sie begünstigten Folgekrankheiten, derzeit eine der schwerwiegendsten Krankheiten weltweit dar. Geschätztweise sterben global jedes Jahr ungefähr 2.8 Millionen Menschen an den Folgen von extremem Übergewicht und doch wird Adipositas weiterhin von den meisten Menschen unterschätzt (World Health Organization 2017). Neben der verminderten Lebensqualität durch Limitationen, wie beispielsweise der eingeschränkten Beweglichkeit, erhöht sich für Betroffene auch das Risiko für andere chronische Erkrankungen. Zu diesen Erkrankungen zählen beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2, Erkrankungen des kardiovaskulären Systems und Krebserkrankungen. Die Anzahl der weltweit übergewichtigen Personen hat sich in den letzten vierzig Jahren beinahe verdreifacht und befindet sich weiterhin im Steigen. Das Risiko an Adipositas zu leiden steigt mit dem Alter, ein großer Anteil der übergewichtigen oder adipösen Menschen zählt daher bereits zu den über sechzigjährigen (Canning et al. 2013). So erhöhte sich die Anzahl an adipösen älteren Menschen (älter als 60) prozentuell von 8,4% (Männer) und 23,6% (Frauen) gemessen im Zeitraum von 1960 bis 1961 auf 37,1% und 33,6% gemessen im Zeitraum von 2007 bis 2008 (Felix et. al 2013). Dies lässt sich Experteninnen und Experten zu folge auf ein multifaktorielles Geschehen, bestehend aus einer zu hohen Kalorienzufuhr, dem Konsum von nicht genügend Obst und Gemüse, sowie fehlender Bewegung zurückführen (World Health Organization 2007). In Kombination mit der stetig steigenden Lebenserwartung bringt die Adipositas Epidemie eine große Belastung für Gesundheitssysteme und ihre Mitarbeiter mit sich, da Adipositas eine Vielzahl an Komorbiditäten, wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder kardiovaskuläre Erkrankungen, nach sich zieht. (Han et al. 2011).

1.1.1 Adipositas

Adipositas wird definiert durch eine erhöhte oder krankhafte Ansammlung an Körperfett, welche ein Gesundheitsrisiko mit sich bringt. Eine häufig verwendete Einschätzung der Adipositas erfolgt mittels des Body Mass Index (BMI). Laut diesem zählt eine Person als adipös, wenn ihr BMI größer oder gleich 30 ist. Eine Person deren BMI bei größer oder gleich 25 liegt, gilt als übergewichtig (World Health Organization 2019). Der BMI sowie die Messung des Bauchumfangs gehören zu den anthropometrischen (nur wenn die Daten direkt gemessen werden, nicht bei selbstberichteten Daten) Messmethoden. Weiters kann der Körperfettanteil eines Menschen auch durch sogenannte apparative Messmethoden bestimmt werden. Zu diesen zählen die bioelektrische Impedanzanalyse, die Hydrodensitometrie (auch „Unterwasserwiegen“ genannt), die Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA) und die Computertomographie sowie die Magnetresonanztomographie (Duren et. al 2008). Diese Messmethoden gelten als unpraktisch und zu aufwendig um sie in einen klinischen Alltag zu integrieren, sind aber genauer als die anthropometrischen Methoden. Diese hingegen lassen sich einfacher in den klinischen Alltag integrieren und bieten trotz ihrer Ungenauigkeiten relevante Informationen über die Fettmasse eines Menschen (Purnell 2018).

1.2 Messmethoden zu Bestimmung von Adipositas

Im folgenden Kapitel werden einige der effektivsten und am häufigsten genutzten Messmethoden zur Bestimmung von Adipositas dargestellt und näher erklärt.

1.2.1 Body Mass Index - BMI

Der Body Mass Index ist die am häufigsten genutzte Methode zur Einteilung von Übergewicht und Adipositas. Er wird definiert durch das Gewicht eines Menschen in Kilogramm geteilt durch die Größe in Meter zum Quadrat (World Health Organization 2019). Dadurch ermöglicht er einen statistischen Gewichtsvergleich von verschiedenen Personen unabhängig vom Körperbau der Personen. Von dieser Regel ausgenommen sind lediglich Personen, die einen hohen Anteil an fettfreier Muskelmasse aufweisen (Bodybuilder) und schwangere Frauen (Purnell 2018). Auch bei Menschen über sechzig Jahre kann der BMI von seiner Aussagekraft

abweichen. Da statistisch gesehen ab einem Alter von sechzig der Körperfettanteil eines Menschen, unabhängig des Geschlechts, steigt. Auch ein Unterschied der Körperproportionen (zum Beispiel, wenn ein Bein länger ist als das andere) kann den BMI negativ beeinflussen und einen ungültigen Wert ergeben. Für dieses Problem wurden jedoch Berechnungen eingeführt, die es ermöglichen das Verhältnis zwischen der Größe im Stehen und im Sitzen in die Berechnung des BMIs miteinfließen zu lassen und somit ist es möglich einen korrigierten BMI-Wert zu erlangen (World Health Organization 2000). Weiters kann man eine gute Verbindung zwischen dem BMI und dem Körperfettanteil eines Menschen herstellen. Diese Korrelation wird lediglich beeinflusst durch Geschlecht, Alter und Hautfarbe eines Menschen. Trotz einiger Ungenauigkeiten wird der BMI häufig zur Kontrolle des Gewichtsverlaufs bei der Behandlung von Adipositas und Übergewicht gewählt. Um den BMI um eine Stelle zu verringern wird ein Gewichtsverlust von ungefähr 3,5 kg Körpergewicht benötigt. Bei Erwachsenen impliziert ein BMI von über 25 bereits ein erhöhtes Risiko um an sekundären Erkrankungen, durch Adipositas ausgelöst, zu erkranken (Purnell 2018). Für die genaue Klassifikation des BMIs siehe Abbildung 1. Ab einem BMI von über 30 spricht wird von Adipositas gesprochen, diese Kategorie selbst lässt sich in drei Unterkategorien aufteilen. Adipositas Klasse I mit einem BMI von 30-34.9, Adipositas Klasse II mit einem BMI von 35 – 39.9 und Adipositas Klasse III mit einem BMI von größer oder gleich 40. In den USA zählt Adipositas Klasse III zu den am stärksten zunehmenden Adipositas Klassen (World Health Organization 2019).

BMI classification	
Underweight	<18.5
Normal range	18.5 – 24.9
Overweight:	>=25.0
<i>Preobese</i>	25.0 – 29.9
Obese:	>=30.0
<i>Obese class I</i>	30.0 – 34.9
<i>Obese class II</i>	35.0 – 39.9

Abbildung 1: BMI Klassifikation nach World Health Organization (2019)

1.2.2 Messung des Bauchumfanges/“abdomen-to-hipratio“

Die Messung des Bauchumfanges gilt als eine einfache und praktische Methode zur Bestimmung der ungefähren intra-abdominellen Fettmasse und des gesamten Körperfettanteils. Diese Methode wird bestimmt durch das Verhältnis des Bauchumfanges zum Hüftumfang (abdomen-to-hipratio, früher auch waist-to-hipratio genannt). Liegt der Quotient von Bauchumfang und Hüftumfang bei mehr als 1,0 (Männer) und 0,85 (Frauen) so deutet dies auf ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und Krebs hin (Duren et al. 2008). Die Messmethode macht jedoch keinen Unterschied zwischen Geschlecht und Hautfarbe, somit können die Messergebnisse in ihrer Aussagekraft abweichen. Es ist beispielsweise wissenschaftlich belegt, dass ein hoher Anteil an abdominalem Fettgewebe bei dunkelhäutigen Frauen das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen weniger stark erhöht als bei weißen Frauen. Auch zwischen den Geschlechtern gibt es Unterschiede, so haben Frauen bereits ab einem geringeren Quotienten ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen als Männer. Daher rät die WHO zu einer geschlechter-spezifischen Einteilung der „abdomen-to-hip ratio“ (World Health Organization 2000).

1.2.3 Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA)

Die Dual-Röntgen-Absorptiometrie zählt zu den beliebtesten Methoden um die Zusammensetzung an Fettgewebe, Muskelgewebe und die Knochendichte zu bestimmen. Die Verwendung einer Energiequelle bestehend aus Photonen mit unterschiedlichen Energiestärken, ermöglicht das Differenzieren des gesamten Fettanteils des Körpers vom restlichen Körper und Knochengewebe. DXA ist eine besonders einfache und schnelle Methode, ein Scan dauert durchschnittlich zwischen 10 und 20 Minuten und setzt die zu scannende Person nur einem geringen Anteil an Strahlung aus, somit wird die mögliche gesundheitliche Schädigung durch die Strahlung geringgehalten (Duren et al. 2008). DXA Geräte verwenden eine standardisierte Software zur Analyse und Berechnung der Ergebnisse um mögliche Fehler so gering als möglich zu halten. Jedoch hat auch diese Methode Grenzen, so kann sie bei Patientinnen und Patienten mit einem Gewicht von über 136kg oder einer Breite von mehr als 60cm nicht angewendet werden. Diese Einschränkung hat

zur Entwicklung des Halbseiten-Scans geführt, der auch bei Patientinnen und Patienten durchgeführt werden kann, die die Gewichtsbeschränkungen überschreiten (Rothney et al. 2009).

1.2.4 Computertomographie & Magnetresonanztomographie

Neben der DXA gewinnen auch die Computertomographie und die Magnetresonanz immer mehr an Beliebtheit zur Analyse des Körperaufbaus. Auf Grund der Gewichtsbeschränkung vieler MRT-Geräte ist diese Methode zur Körperfettbestimmung für stark adipöse Menschen ungeeignet. Bei CT-Scans fällt zwar die Gewichtsbeschränkung weg, jedoch wäre die Strahlung bei Ganzkörper-Scans zu hoch und würde die Gesundheit zu sehr beeinträchtigen. CT-Scans werden jedoch zur Bestimmung des intra-abdominellen Fettgewebes genutzt, da sie einen guten Einblick auf dieses gewähren und dabei die Strahlungseinwirkung gering gehalten wird. Weiters können CT-Scans genutzt werden, um eine genauere Sicht auf das Fettgewebe zu bekommen und besonders um viszerales Fettgewebe zu erkennen. Viszerales Fettgewebe könnte eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von Diabetes Typ 2 spielen, daher ist eine Untersuchung dieses wichtig (Duren et al. 2008).

1.3 Komorbiditäten

Im folgenden Abschnitt werden einige der häufigsten Folgeerkrankungen von Adipositas beschrieben.

1.3.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus wird als Sammelbegriff für heterogene Störungen des Stoffwechsels, mit chronischer Hyperglykämie als Leitbefund, verwendet. Ursache kann sowohl eine gestörte Inulinsekretion wie auch eine gestörte Insulinwirkung oder in manchen Fällen auch beides sein. Diabetes mellitus wird in zwei Typen unterteilt, die sich in der Art des Insulinmangels unterscheiden. Diabetes mellitus Typ 1 ist definiert durch einen absoluten Insulinmangel verursacht durch eine

autoimmunbedingte Zerstörung der β -Zellen der Langerhaus-Inseln der Pankreas. Meist wird diese Immunreaktion durch exogene Faktoren ausgelöst und tritt schon vor dem vierzigsten Lebensjahr auf. Der Diabetes Mellitus Typ 2 ist definiert durch eine Insulinresistenz, durch eine verminderte Insulinempfindlichkeit der Zielzellen und einer Insulinsekretionsstörung. Hauptmanifestationsfaktoren sind im Vergleich zu Typ 1 bei Typ 2 Übergewicht und Bewegungsmangel. Die Erstmanifestation findet bei Typ 2 nach dem vierzigsten Lebensjahr statt und beginnt langsam mit Harnwegsinfekten, Hautjucken, Schwäche, Mykosen und Hypertonie. In 20% der Diagnosestellungen bestehen zum Zeitpunkt der Diagnostizierung bereits Folgeerkrankungen wie die diabetische Nephropathie, diabetische Augenerkrankungen, diabetische Neuropathien und das diabetische Fußsyndrom. Zur Diagnosestellung bei Typ 2 werden die Nüchtern-Plasmaglukose sowie ein oraler Glukosetoleranztest durchgeführt. Dabei sollte bei ersterem der Nüchtern-Blutzuckerwert nicht über 126mg/dl liegen und bei letzterem, sollte der zwei Stunden Blutzuckerwert im Vollblut nicht über 200mg/dl liegen. Zur Behandlung wird den Patientinnen und Patienten oft zu einer Gewichtsreduktion und Lebensumstellung geraten, sollte der Diabetes schon zu weit fortgeschritten sein, kommt eine medikamentöse Therapie zum Einsatz. Bei der Therapie liegt der Fokus besonders auf der Vermeidung von Folgeschäden (Müller & Hertlein 2014).

1.3.2 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Adipositas begünstigt eine Vielzahl an kardiovaskulären Erkrankungen wie Myokardinfarkt, Schlaganfälle und Atherosklerose. Eine der häufigsten kardiovaskulären Begleiterkrankungen der Adipositas ist jedoch die arterielle Hypertonie (Rathmanner et al. 2006). Hypertonie wird definiert als eine dauerhafte Blutdruckerhöhung beim Erwachsenen über 140/90mmHG (Menche & Brandt 2014). So zeigt eine Studie von Brown et al. (2000), dass der Blutdruck mit zunehmendem BMI ansteigt. Bei Männern mit einem BMI von dreißig oder weniger war der Blutdruck um ~ 9 mmHG (systolischer Wert) und ~ 7 mmHG (diastolischer Wert) höher und bei Frauen um ~ 11 mmHG (systolischer Wert) und ~ 6 mmHG (diastolischer Wert) höher als bei den Vergleichsprobanden mit einem BMI von unter 25. Diese Ergebnisse lassen auf einen direkten Zusammenhang von

Hypertonie und Adipositas schließen (Brown et al. 2000). Bei Adipositas lässt sich die Hypertonie durch die entstandene Insulinresistenz erklären, der dadurch entstandene hohe Insulinspiegel führt zu einer Aktivierung des Sympathikus und in weiterer Folge wird die renale Natriumreabsorption gesteigert, was zu einem erhöhten Gefäßtonus führt (Abrahamian 2001). Lange Zeit wurde angenommen, dass diese Ergebnisse für alle Altersgruppen gleichermaßen zutreffend sind. Studien der letzten Jahre haben jedoch gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen Adipositas und Hypertonie mit zunehmendem Alter abnimmt. So ist das Risiko für adipöse Menschen ab einem Alter von fünfundsechzig Jahren oder höher etwas geringer an kardiovaskulären Erkrankungen und besonders Hypertonie zu erkranken. Dies lässt sich durch den „survival effect“ erklären, der gekennzeichnet ist durch bestimmte Charakteristika, welche nur bei älteren adipösen Personen nachgewiesen werden können und der die Individuen vor den negativen Einflüssen der Adipositas schützt (Pikilidou et al. 2013).

1.3.3 Krebserkrankungen

Die durch Adipositas verursachte Insulinresistenz und der damit verbundene Überschuss an Insulin begünstigen das Wachstum von Krebsarten wie dem kolorektalen Karzinom, dem Rektumkarzinom, dem Leberkarzinom, dem Pankreaskarzinom und dem postmenopausalen Mammakarzinom sowie dem Endometriumkarzinom. Jedoch regt Insulin selbst die somatische Zellmutation nicht an, es hat aber anabolische und Zelltod verhindernde Eigenschaften und regt in enormen Konzentrationen die Zellteilung an (De Pergola & Silvestris 2013). Dieser Effekt ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Das häufigere Auftreten von post – und prämenopausalen Mammakarzinomen und Endometriumkarzinomen bei Frauen lässt sich auf das Ungleichgewicht zwischen Östrogen und Progesteron rückschließen, welches bei prämenopausalen Frauen mit einem BMI über 35 und besonders bei postmenopausalen Frauen mit einem BMI über 35 stärker ausgeprägt ist als bei prämenopausalen Frauen mit einem BMI im Normbereich. Weiters kann Adipositas das Risiko für Nierenkarzinome und Leberkarzinome erhöhen (Rapp et al. 2005). Die Forschungen des American Institute for Cancer Research und des World Cancer Research Funds zeigten, dass

ein besonders hoher Anteil an abdominellem Fettgewebe das Risiko für Pankreaskarzinome, Endometriumkarzinome und postmenopausalen Mammakarzinomen erhöhen.

Männer mit einem BMI von 35 oder höher haben, verglichen mit normalgewichtigen Männern, ein deutlich höheres Risiko von bis zu 52% an Krebs zu sterben. Diese Ergebnisse beziehen sich auf Krebsarten wie Magenkarzinome, Leberkarzinome, kolorektale Karzinome, Gallenkarzinome, Prostatakarzinome und Leukämie. Bei Frauen sahen die Ergebnisse ähnlich aus. Im Vergleich zu Frauen mit einem normalen BMI, hatten Frauen mit einem BMI von mindestens 40 ein erhöhtes Risiko von 62% an Krebs zu sterben (Calle et al. 2003).

1.4 Epidemiologie

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, dass Adipositas sowohl in Österreich als auch international steigende Tendenzen aufweist.

Im Jahre 1999 wurde eine detaillierte Erhebung des Body Mass Index von der Statistik Austria, unterteilt nach Altersgruppen und sozioökonomischen Status, durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Prävalenz für Adipositas ab einem Alter von 55 steigt und ab einem Alter von 75 Jahren wieder abnimmt. Auch kommen Adipositas und Übergewicht bei Personen mit einem niedrigeren Bildungsstand und einem Beziehungsstatus von verheiratet oder verwitwet häufiger vor (Statistik Austria 1999). In den Jahren 2006/2007 wurde von der Statistik Austria eine erneute Gesundheitsbefragung erhoben. Ergebnisse dieser zeigen, dass 12% der Männer adipös sind, bei den Frauen belief sich der Wert für Adipositas auf 13% (Statistik Austria 2007). Bei einer weiteren Erhebung im Jahre 2014 ergab die Untersuchung einen Anstieg an adipösen Männern auf 15,7% und einen Anstieg auf 13,1% bei den Frauen (Statistik Austria 2015). Diese Befragung der Statistik Austria im Jahre 2014 hat gezeigt hat, dass Frauen häufiger adipös sind als Männer, diese Aussage lässt sich mit den neuesten Daten der Studie von Großschädl & Stronegger (2019) jedoch widerlegen. Demnach befindet sich die höchste Prävalenz für Adipositas in den Altersgruppen 55-74 Jahre. Männer waren im Jahr 2014 zu 16,8% von Adipositas betroffen bei den Frauen waren es 14,6%. Einen großen Unterschied

gibt es bei der Prävalenz für Adipositas in den einzelnen Bildungsschichten und Altersgruppen. So zeigt die Studie von Großschädl & Stronegger (2019), dass Individuen mit dem niedrigsten Bildungsstandard (Volksschulabschluss oder Berufsschulabschluss) die am stärksten zunehmende Prävalenz für Adipositas hatten. Unterschiede zeigten sich jedoch im zunehmenden Alter, besonders in der Altersgruppe 55-74 Jahren und der Altersgruppe 75 Jahre und älter. Männer im Alter von 75 und älter mit einem mittleren oder hohen Bildungsstand (Abschluss an einer weiterführenden Schule mit Zulassung für Studien, Hochschulabschluss oder Universitätsabschluss) hatten die stärkste Zunahme in der Prävalenz, während Frauen im Alter von 75 und älter mit einem niedrigen Bildungsstandard die am stärksten gestiegene Prävalenz hatten (Großschädl & Stronegger 2019).

In einem Update zum Thema Adipositas und Übergewicht der OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) im Jahre 2017 wurden die bereits oben genannten Daten erneut bestätigt. So waren im Jahr 2015 19,5% der Erwachsenen in OECD-Ländern adipös oder übergewichtig. Seit dem Jahr 1990 hat sich die Prävalenz für Adipositas besonders in den Ländern England, Mexiko und den USA stark erhöht, während sie in den anderen OECD-Ländern nur gering gestiegen ist. Nicht nur die Unterschiede zwischen den Ländern gehen aus dem Bericht hervor sondern auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern lassen sich aus dem Bericht heraus lesen, so sind Frauen im allgemeinen häufiger adipös als Männer, jedoch steigt die Prävalenz für Adipositas bei den Männer stärker an als bei den Frauen. Weiters zeigt der Bericht, dass Frauen mit einem geringen Bildungsstand eher zu Adipositas neigen als jene mit einem höheren Stand an Bildung. Für Männer gilt dieselbe Aussage, jedoch ist hier der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen nicht so drastisch erkennbar wie bei den Frauen. Dabei gibt es jedoch eine Ausnahme, in den USA steigt die Prävalenz für Adipositas und Übergewicht vermehrt in den oberen Bildungsschichten an (OECD 2017).

Der sozioökonomische Status und der Bildungsstatus beeinflussen die Prävalenz von Adipositas und Übergewicht. Adipöse Menschen verdienen bis zu 10% weniger und finden schwerer einen Job als normalgewichtige Menschen und sie gelten auf Grund von vermehrten Krankmeldungen als weniger produktiv, was wiederum den sozioökonomischen Status der Person beeinflusst (OECD 2017).

Nach den Ergebnissen von Großschädl & Stronegger (2019) ist die Prävalenz für Adipositas in der Altersgruppe 55-75 Jahren am höchsten. Mit steigendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit an Komorbiditäten der Adipositas zu erkranken, was wiederum eine Pflegeabhängigkeit zur Folge haben könnte. Somit ergibt sich ein größeres Maß an adipösen Patientengut und dies übt eine vermehrte Belastung auf Krankenanstalten sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und besonders Pflegefachkräfte aus (Porter Starr et. al 2016). Für eine genauere Erläuterung der Komorbiditäten der Adipositas siehe Kapitel 1.3.

1.5 Adipositas und Pflege

Im kommenden Abschnitt wird aufgezeigt inwiefern Adipositas die Pflege von Menschen erschwert und wie Pflegefachkräfte über diese Herausforderungen denken. Weiters wird dargestellt welche Strategien Pflegefachkräfte bis jetzt entwickelt haben, um mit diesen Herausforderungen umzugehen.

Eine Studie von Lumley et al. (2015) fand heraus, dass Pflegefachkräfte für die Arbeit an adipösen Patientinnen und Patienten um einiges länger brauchten und auch mehr Personal für die Pflege dieser bereitstellen mussten. Weiters sei es dem Personal oft nicht möglich gewesen eine würdevolle und passende Pflege an den adipösen Patientinnen und Patienten durchzuführen. Dies wurde in der Studie durch fehlende räumliche Möglichkeiten und fehlendem Equipment begründet. So berichtete Personal, dass sie oft Patientinnen oder Patienten für die Toilettenbenützung in separate Räume bringen mussten. Auch bei der Therapie von adipösen Menschen kommt es oft zu Schwierigkeiten, da viele Krankenhäuser nicht für ihre Bedürfnisse ausgerüstet sind und es dem Personal oft an Zeit mangelt. Eine weitere schwerwiegende Herausforderung bei der Pflege von adipösen Menschen ist die zusätzliche körperliche Belastung für das Personal. So traten bereits einige Unfälle auf bei denen sich Personal während der Körperpflege oder Mobilisation, auf Grund des zusätzlich zu bewegenden Körpergewichtes, verletzten. Besonders häufig traten dabei Verletzungen am Schultergelenk und an der Wirbelsäule auf. Aber nicht nur die Pflege bringt Schwierigkeiten mit sich. Bei der Betreuung von adipösen Patientinnen und Patienten treten auch organisatorische Schwierigkeiten

auf. Meist sind sich Gesundheitsexpertinnen und- experten nicht sicher welches spezielle Equipment tatsächlich für adipöse Klientinnen und Klienten geeignet ist oder ob das bereits vorhandene Equipment nicht doch ausreichend ist. Und auch bei der Organisation der Entlassung kommt es zu Verzögerungen, da adipöse Patientinnen und Patienten meist länger bei der Rehabilitation brauchen oder es schwierig ist, ihr zu Hause auf ihren eventuell veränderten Mobilitätszustand anzupassen (Lumley et al. 2015).

Doch nicht nur für Gesundheitsexpertinnen und- experten treten bei der Versorgung von adipösen Personen Schwierigkeiten auf. Auch Pflegeheime sind von den organisatorischen und strukturellen Schwierigkeiten betroffen. Für sie ist es oft kaum möglich adäquates Equipment für die adipösen Bewohnerinnen und Bewohner zu bekommen. Zusätzlich sind die baulichen Begebenheiten in den meisten Pflegeheimen nicht auf adipöse Personen ausgelegt und dies bringt oft zusätzliche Schwierigkeiten für die Pflegefachkräfte bei der Versorgung mit sich (Hales et. al 2019; Apelt et al. 2013).

1.6 Prävalenz in Pflegeheimen

In einer Studie von Lapane & Resnik (2005) wurde die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen über einen Zeitraum von 10 Jahren beobachtet. Im Jahr 2002 betrug der gesamte Anteil an Personen in den USA mit einem BMI von 30 kg/m^2 oder mehr 17,8%, verglichen damit war die Rate in den untersuchten Pflegeheimen gering. Denn nur 2% im Jahre 1992 und 8% im Jahre 2002 hatten einen BMI größer oder gleich 35 kg/m^2 . Und nur 3,1% der neu eingezogenen Bewohnerinnen und Bewohner wogen 2002 zwischen 113 und 136 Kilogramm, 1992 lag die Rate bei 1%. Bei den Ergebnissen konnten signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen und Geschlechtern festgestellt werden. So waren im Jahre 2002 ~ 30% der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem BMI größer als 35 kg/m^2 65 Jahre oder jünger und mehr als dreiviertel davon waren weiblich (Lapane & Resnik 2005). Auch Harris et al. (2018) haben in ihrer Studie die Prävalenz von Adipositas bei neu eingezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen untersucht und herausgefunden, dass 2008 bereits 28% der neuen Bewohnerinnen und Bewohner adipös waren. Sie fanden heraus, dass Adipositas Grad 3 häufiger bei

Bewohnerinnen und Bewohnern im Alter von 65 Jahren und jünger vorkommt und dass Frauen eher dazu tendieren an Adipositas Grad 2 und 3 zu leiden (Harris et al. 2018).

Apelt et al. (2013) fanden mit ihrer Studie heraus, dass ein großer Anteil an adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern einen vermehrten Zeit- und Kraftaufwand bei der Grundpflege mit sich bringt. Das Pflegepersonal in den untersuchten Pflegeheimen berichtete von erhöhtem Zeitbedarf und vermehrter Schwierigkeit im Umgang mit den adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern, sowie vermehrtem Personalbedarf. Aus der Studie ging außerdem hervor, dass für die Pflege der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner zwei statt nur einer Pflegefachkraft benötigt werden und besondere Hilfsmittel, wie etwa extrabreite Rollstühle oder Pflegebetten, Hebelifter, belastungsfähigere Toilettenstühle oder Gehhilfen, benötigt werden. Die Bereitstellung der speziellen Hilfsmittel erwies sich aber oft als schwierig, da eine individuelle Bewilligung der Krankenkassen meist abgelehnt wurde. Für das Personal der untersuchten Pflegeheime gestaltete sich die adäquate Betreuung der adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern als schwierig, da es an genügend Personal mangelt und Heimdienstleiterinnen und Heimdienstleiter sowie Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter die Schwierigkeiten in der Pflege dieser nicht sehen und daher keine Probleme im Umgang mit diesen erkennen können (Apelt et al. 2013).

1.7 Forschungslücke

In der Literatur gibt es bereits einige Studien, die Adipositas in Pflegeheimen sowie Langzeitpflegeeinrichtungen behandeln, wie etwa die Studie von Han et al. (2011), in der die Komorbiditäten von Adipositas beschrieben werden und ein Bezug auf die alternde Gesellschaft hergestellt wird. Auch die Studie von Lapane et al. (2005) ermöglicht einen guten Einblick in die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen. Jedoch gibt es bis jetzt noch kein Werk, welches darstellt wie die Situation in Langzeitbereichen in Bezug auf Adipositas und Pflege ist. Adipositas bringt eine große Herausforderung für die Pflege mit sich, da viele Institutionen kein passendes Equipment für die Behandlung von adipösen Personen haben (Apelt et al. 2013;

Hales et al. 2019). Dies lässt sich möglicherweise durch das fehlende Wissen zur Thematik erklären. Daher ergab sich für mich die Notwendigkeit ein Literaturreview zu dieser Problemstellung zu erstellen und somit alle bereits bestehenden Ergebnisse dazu, übersichtlich in einer Arbeit, darzustellen. Dadurch möchte ich einen Fokus auf die Thematik legen und das Bewusstsein zum Thema Adipositas in Pflegeheimen stärken.

1.8 Forschungsziel

Ziel dieser Bachelorarbeit ist das Darstellen der Schwierigkeiten und Herausforderungen für Pflegefachkräfte, sowie Pflegeheime im Umgang mit adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen.

1.9 Forschungsfrage

Daraus ergibt sich folgende Frage:

- Welche Schwierigkeiten und Herausforderungen ergeben sich für die Pflegefachkräfte im Umgang mit adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen?

2. Methode

Im folgenden Kapitel wird näher auf die verwendete Methode eingegangen und der Prozess der Literaturlindung erklärt.

2.1 Design

Für die Bearbeitung der Bachelorarbeit wurde ein Literatur-Review als Design gewählt. Ein Review fasst die Aussagen der gefundenen Literatur zu einer Problemstellung zusammen und beantwortet durch Analyse und Interpretation der gefundenen Literatur die Problemstellung. Die Ergebnisse der inkludierten Studien sind der Schwerpunkt des Literatur-Reviews. Die verwendeten Studien sollen kritisch nach ihren Stärken, Schwächen und Limitationen bewertet und diese auch in dem Review dargestellt werden. Weiters muss der Autor des Reviews entscheiden welche der gefundenen Studien inkludiert werden sollten, denn jede

Studien unterscheidet sich in ihrer Qualität und ihrem Inhalt und nicht alle von diesen enthalten geeignete Informationen um bereits bekannte Aussagen zu bestärken oder Forschungslücken sowie Abweichungen der bereits bekannten Aussagen aufzuzeigen (Polit & Beck 2017).

2.2 Suchstrategie

Die Literaturrecherche fand zwischen Oktober 2019 und November 2019 statt. Die Erstsuche wurde mittels Google Scholar durchgeführt, um einen groben Einblick in die Thematik zu bekommen. Daraufhin wurden MeSH-Terms und Keywords für die Suche in den Datenbanken Cinahl und Pubmed festgelegt. Die verwendeten Keywords „obesity“, „nursing homes“, „challenges“ und „nurs*“ und deren Synonyme wurden mit den logischen Operatoren AND und OR miteinander verbunden und die erhaltene Kombination aus diesen in die genannten Datenbanken eingetragen. Für die Keywords „obesity“ und „challenges“ wurden die zusätzlichen Begriffe „unhealthy weight“ und „high BMI“, sowie „limitations“ und „obstacles“ verwendet. Als MeSH-Terms wurden die Begriffe „Obesity“, „Residential Facilities“ und „Challenges“ eingesetzt. Anschließend wurde eine Handsuche in den Referenzlisten der bereitsgefundenen Literatur durchgeführt. Die Suchstrategie in den einzelnen Datenbanken wird in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchstrategie

Datenbanken	Suchstrategie	Treffer gesamt	Treffer relevant	Datum der Suche
PubMed				
Suche 1	(((((obesity [Title/Abstract]) OR adiposity [Title/Abstract]) AND nursing homes [Title/Abstract]) OR long-term- care [Title/Abstract]) AND challenges [Title/Abstract]) AND nurs* [Title/Abstract])	347	5	28.10.2019
Suche 2	(((((obesity [Title/Abstract]) OR adiposity [Title/Abstract]) AND nursing- homes [Title/Abstract]) OR residential- homes [Title/Abstract]) AND challenges [Title/Abstract])	473	3	02.11.2019
Cinahl	(obesity or overweight or fat or obese or unhealthy weight or high BMI) AND AB (nursing homes or care homes or long term care or residential care or aged care facility) AND (challenges or barriers or difficulties or issues or problems or limitations or obstacles) Limitationen – Aged 65+ Aged 80 & over	94	18	06.11.2019

2.3 Ein und -Ausschlusskriterien

In Tabelle 2 werden die genauen Einschlusskriterien dargestellt. Ein extramulARES Setting wurde in der Suche ausgeschlossen. Inkludiert wurden quantitative und qualitative Studien, sowie Studien mit Mixed Methods Designs. Bei der Suche wurden Studien aller Jahre inkludiert, zeitliche Limitationen wurden keine gesetzt.

Als sprachliche Limitationen wurden Englisch und Deutsch gewählt, um das Verständnis der gefundenen Literatur zu gewährleisten. Bei der Literatursuche auf Cinahl wurde zusätzlich noch die Limitation „Aged 65+“ und „Aged 80 & over“

verwendet, um zu gewährleisten, dass die passende Altersgruppe miteingeschlossen wird.

Tabelle 2: Einschlusskriterien und Limitationen

Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Studien die das Thema Adipositas in Pflegeheimen oder Langzeiteinrichtungen und die damit Verbundenen Schwierigkeiten behandeln • <u>intramulare</u> Settings (Pflegeheime oder Langzeitpflegeeinrichtungen) • Übergewicht definiert nach BMI • Alle Arten von Designs
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Jahreslimitationen • Sprache: Englisch und Deutsch

2.4 Studienauswahl

Nach der Literatursuche in den genannten Datenbanken wurde ein Titelscreening durchgeführt. Dieses wurden in EndNote eingefügt, um mögliche Duplikate auszuschließen und nicht relevante Studien auszuschließen, dadurch konnten von den insgesamt 914 Ergebnissen 888 ausgeschlossen werden, was 26 relevante Studien ergibt. Anschließend wurde ein Abstract – und Volltext Screening mit Hilfe der Einschlusskriterien durchgeführt. Zusätzlich dazu wurde in Google Scholar nach Literatur gesucht. Nach der kritischen Bewertung wurden 7 Studien für die Arbeit herangezogen. Die genaue Vorgehensweise und Auswahl werden in Abbildung 2 dargestellt.

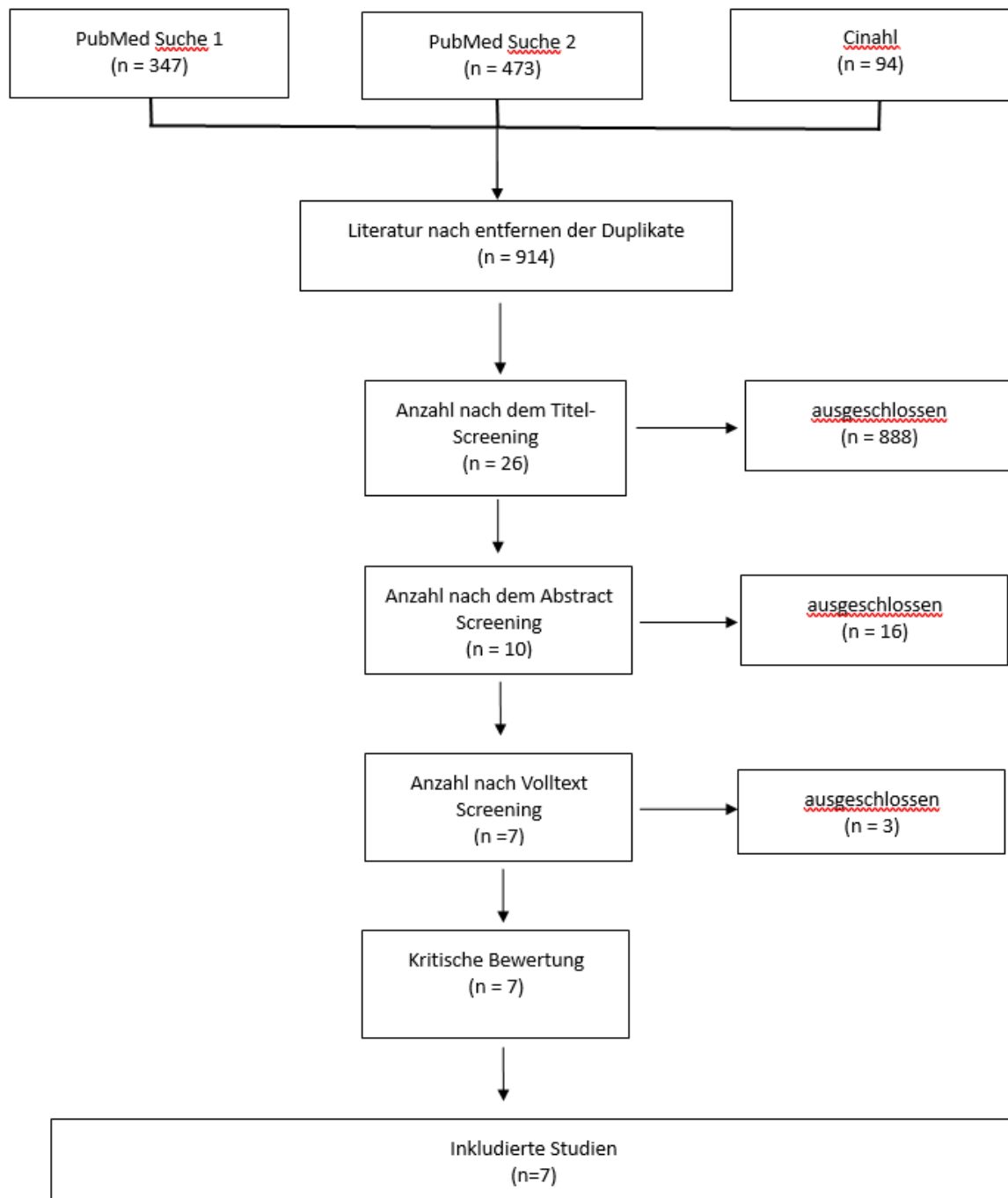


Abbildung 2: Flowchart adaptiert nach Moher et al. (2009)

2.5 Kritische Bewertung

Für die kritische und qualitative Bewertung der gefundenen Literatur wurde das Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) von Hong et al. (2018) verwendet. Das MMAT setzt sich aus einer Reihe an „Screening Questions“ zusammen. Jene

Screening Questions wurden in Unterkategorien zu den einzelnen Studien Designs (Qualitativ, Quantitativ, Mixed Methods) unterteilt, um genau auf die Eigenheiten der einzelnen Designs eingehen zu können. Die gestellten Fragen können mit „Yes“, „No“, „Can't Tell“ beantwortet werden und zusätzlich dazu gibt es die Möglichkeit „Comments“ zu den jeweiligen Antworten der Fragen zu verfassen. Bei der Auswertung des MMAT sollten die einzelnen Fragen nicht als ein Ganzes interpretiert werden, sondern es wird geraten, die zu analysierende Studie anhand des Einzel-Scores jeder Kategorie zu bewerten, um eine detaillierte Einsicht zu erlangen (Hong et al. 2018).

2.6 Datenextraktion und Datensynthese

Bei der Datenextraktion wurden aus den gewählten Studien die Daten AutorInnen, Veröffentlichungsdatum, Land, Art der Studie, Studienziel, Setting, Stichprobe, verwendete Assessment Instrumente und Hauptergebnisse extrahiert und in Tabelle 3 dargestellt.

3. Ergebnisse

In diesem Teil werden die Ergebnisse der inkludierten Studien beschrieben. Die inkludierten Studien werden in Tabelle 3 dargestellt und übersichtlich miteinander verglichen.

3.1. Charakteristika

Von den 7 inkludierten Studien wurden vier in den USA, eine in Neuseeland und zwei in Deutschland durchgeführt. Zu den inkludierten Designs zählten eine Querschnittsstudie, eine retrospektive Querschnittsstudie, eine Beobachtungsstudie, eine Gemeinschaftsfallstudie, ein qualitatives Forschungsdesign, welches Experteninterviews als Erhebungsmethode nutzte und zwei Kohortenstudien. Die genauen Charakteristika der Studien werden in Tabelle 3 dargestellt. Tabelle 3 befindet sich unter Kapitel 7.

3.2. Prävalenz der adipösen Pflegeheim Bewohnerinnen und Bewohner

Von den 7 ausgewählten Studien beschäftigte sich direkt nur die Studie von Lapane & Resnik (2005) und die Studie von Zhang et al. (2019) mit der Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen. In den restlichen Studien wird die Prävalenz kurz in der Einleitung oder im Diskussions-Teil erwähnt, daher werden diese Studien auch nur kurz in diesem Kapitel miteinander verglichen.

Lapane & Resnik (2005) untersuchten 1625 Pflegeheime in Kansas, Maine, Mississippi, New York und South Dakota über einen Zeitraum, beginnend im Jahre 1992, von zehn Jahren. Zusätzlich dazu untersuchten sie im Jahre 2002 16 110 Pflegeheime. Für ihre Untersuchungen verglichen sie Daten zu Gewicht und Körpergröße von erst kürzlich in das Pflegeheim eingezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern. Diese Daten wurden vom Pflegefachpersonal mit Hilfe des Minimum Data Set (MDS) aufgenommen und mit Hilfe des BMI vergleichbar gemacht. Das MDS ist ein standardisiertes Assessmentinstrument zur Feststellung des Pflegebedarfs, bestehend aus 300 Elementen die Themen wie die kognitive Funktion, die physische Funktion, Kontinenz, Vorerkrankungen, etc. inkludieren. Nach der statistischen Auswertung kamen Lapane & Resnik zu folgenden Ergebnissen: Im Jahre 1992 waren unter den neu eingezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern nur 15% adipös. Diese Zahl erhöhte sich im Jahre 2002 auf 25%. Die Berechnungen im logistischen Regressions-Modell ergaben dabei eine monoton-steigende Prävalenz, diese blieb monoton-steigend trotz soziodemografischer Anpassung in Bezug auf Alter, Hautfarbe, Geschlecht und Staat. In Bezug auf die soziodemographischen Eigenschaften fand das Autorenteam heraus, dass ungefähr 30% der Bewohnerinnen und Bewohner mit einem BMI von $>35 \text{ kg/m}^2$ 65 Jahre oder jünger waren und mehr als $\frac{3}{4}$ davon waren weiblich.

Weiters belief sich der prozentuelle Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit einem BMI von $>35 \text{ kg/m}^2$ im Jahre 1992 auf 2%, dieser Anteil stieg im Jahre 2002 auf beinahe 8% an. Neben der gesamten Prävalenz beobachteten die Autorinnen und Autoren zusätzlich noch die Prävalenz von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern mit einem Gewicht von 113 Kilogramm bis 136 Kilogramm. Dabei

fanden sie heraus, dass im Jahre 2002 3,1% 113 Kilogramm wogen und 1% über 136 Kilogramm wog.

Trotz der allgemein steigenden Prävalenz in allen untersuchten Pflegeheimen, gab es jedoch Unterschiede bei der prozentuellen Verteilung an Adipositas in den einzelnen Heimen. So gab es 2002 beispielsweise 5 Pflegeheime bei denen sich der Anteil an neueingezogenen Bewohnerinnen und Bewohnern mit einem BMI von $>30 \text{ kg/m}^2$ auf 0-5% belief. Im Vergleich dazu gab es auch ungefähr 30 Pflegeheime bei den sich der prozentuelle Anteil an adipösen Neuzugängen auf 15-20% belief (Lapane & Resnik 2005).

Wie Lapane & Resnik (2005) untersuchten auch Zhang et al. (2019) die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen. Dafür beobachteten sie von 2005-2015 alle Bewohnerinnen und Bewohner der Medicare und Medicaid Pflegeheime in den USA. Für ihre Studie verwendeten sie Daten aus den MDS Assessments. Das MDS Assessment wird bei jedem Neuzugang in einem Pflegeheim durchgeführt und enthält Fragen zu Gewicht, Körpergröße, Ernährungszustand, physischer und körperlicher Verfassung und den Vorerkrankungen sowie der Pflegeabhängigkeit. Für die Auswertung der Studie wurden nur Bewohnerinnen und Bewohner inkludiert, die als Langzeitbewohnerinnen und -bewohner galten. Dies bedeutet, sie mussten in einem Jahr mindestens 100 Tage in dem Pflegeheim gewohnt haben. Weiters wurden die Gesamtzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Gruppen je nach ihrem BMI eingeteilt. Nach der statistischen Analyse kamen die Autorinnen und Autoren zu den Ergebnissen, dass die Prävalenz für Adipositas in den ausgewählten Pflegeheimen von 22,4% im Jahre 2005 auf 28% im Jahre 2015 gestiegen ist, was einen Anstieg der Anzahl an adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern von 390.719 im Jahr 2005 auf 424.400 im Jahr 2015 bedeutet. Die Zahl der adipösen Personen stieg während sich die Gesamtpopulation der Bewohnerinnen und Bewohner verringerte. In Bezug auf die einzelnen Kategorien der Adipositas stieg die Prävalenz in allen Kategorien über die Jahre an. Für den Adipositas Grad I stieg die Prävalenz von 13,2% im Jahre 2005 auf 14,9% im Jahre 2015 an. Für den Adipositas Grad II beliefen sich die Werte auf 5,3% im Jahr 2005 und 6,5% im Jahr 2015. Für den Adipositas Grad III stieg die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner von 69.068 (4,0%) im Jahr 2005 auf 94.049 (6,2%) im Jahr 2015 an. Neben der Gesamtprävalenz für Adipositas untersuchten die

Autorinnen und Autoren auch die Prävalenz der unterschiedlichen Geschlechter und fanden heraus, dass die Prävalenz auch hier gestiegen ist. Für Männer stieg die Prävalenz von 20,0% im Jahre 2005 auf 25,6% im Jahre 2015 an. Für Frauen belief sich die Rate der Prävalenz auf 23,4% im Jahre 2005 und stieg auf 29,4% im Jahre 2015 an. Gesamt betrachtet war die Prävalenz von Adipositas, im gemessenen Zeitraum, bei den Frauen höher als bei den Männern. Auch bei den unterschiedlichen Altersklassen fanden die Autorinnen und Autoren signifikant steigende Trends zur Prävalenz. In der Altersgruppe 65 Jahre oder jünger stieg die Prävalenz von Adipositas von 36,5% im Jahre 2005 auf 41,0% im Jahre 2015 an. Für die Altersgruppe 65-75 Jahre stieg die Häufigkeit von 33,8% im Jahr 2005 auf 38,8% im Jahr 2015 an und für die Altersgruppe 75-84 Jahre stieg die Prävalenz von 23,3% auf 29,4% an. Für die letzte Altersgruppe der 85-jährigen oder älter erhöhte sich die Prävalenz von 13,2% im Jahr 2005 auf 17,3% im Jahr 2015. Zusätzlich zu den bereits genannten Charakteristika verglichen die Autorinnen und Autoren auch die Ergebnisse der verschiedenen Ethnizitäten und kamen zu dem Schluss, dass die Prävalenz für Adipositas bei afroamerikanischen Bewohnerinnen und Bewohnern von 27,3% im Jahr 2005 auf 31,4% im Jahre 2015 gestiegen ist. Für Bewohnerinnen und Bewohner kaukasischer Abstammung stieg die Prävalenz von 22,1% auf 28,1% an. Bei den Bewohnerinnen und Bewohnern lateinamerikanischer Abstammung erhöhte sich die Prävalenz von 22,5% im Jahr 2005 auf 25,7% im Jahr 2015.

In ihrer Studie untersuchten die Forscherinnen und Forscher nicht nur die Prävalenz von Adipositas, sondern auch die Prävalenz für die übrigen BMI-Klassen. Die Autorinnen und Autoren konnten jedoch nur einen eindeutigen Anstieg der Prävalenz für Adipositas herausfinden (Zhang et al. 2019).

Auch Harris et al. (2018) kamen in ihrer Studie zu der Schlussfolgerung, dass Adipositas in Pflegeheimen stetig steigt. So ist diese seit dem Jahr 2000 von 16,9% auf 30,7% im Jahre 2013 angestiegen, mit einer fast doppelt so hohen Prävalenz für Adipositas seit dem Jahrzehntwechsel. Diese kontinuierlich steigende Prävalenz bringt neue Schwierigkeiten für die Pflege mit sich, da diese bei gleichbleibender Personalzahl mehr Zeit für die Pflege benötigt (Harris et al. 2018).

Hales et al. (2019) sprechen in ihrer Studie die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen nur kurz an. Sie untersuchten dafür drei Pflegeheime auf der Nordinsel von Neuseeland über einen Zeitraum von 3 Monaten. Sie kamen zum Ergebnis, dass in ihren untersuchten Pflegeheimen mehr Bewohnerinnen und Bewohner übergewichtig, adipös oder stark adipös waren als untergewichtig. Von den untersuchten Personen waren 31,6% übergewichtig/gering adipös/adipös/stark adipös. Die schwerste untersuchte Person in ihrer Studie wog zwischen 138-180kg. Diese Daten konnten die Autorinnen und Autoren mit den nationalen Trends zu Adipositas in Pflegeheimen vergleichen. Die nationalen Trends für Adipositas in Pflegeheimen zeigen, dass 6,7% gering adipös, 3,7% adipös und 1,1% stark adipös sind. Zwischen 2015 und 2018 3.811 Bewohnerinnen und Bewohner auf Grund von Adipositas Unterstützung in ihrem täglichen Leben benötigten (Hales et al. 2019). Der Schwerpunkt der Studie von Hales et al. (2019) liegt auf den organisatorischen, strukturellen und infrastrukturellen Schwierigkeiten in Pflegeheimen in Bezug auf adipöse Bewohnerinnen und Bewohner, daher wird dieser Teil der Studie in Kapitel 3.3 noch genauer erläutert.

3.3. Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Pflege von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern

In der Kohortenstudie von Harris et al. (2018) wurde untersucht ob sich Adipositas negativ auf den Aufwand an Pflege im Pflegeheim auswirkt und welche Schwierigkeiten sich im Umgang mit adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern ergeben. Insgesamt wurden 1.627.141 Teilnehmerinnen und Teilnehmer untersucht. Von diesen waren 261.538 dem Adipositas Grad I zugeordnet, 123.655 waren dem Adipositas Grad II zugeordnet, 83.597 waren dem Adipositas Grad III A und 36.830 waren dem Adipositas Grad III B zugeordnet.

Harris et al. (2018) fanden heraus, dass Bewohnerinnen und Bewohner unter 65 Jahren eher zu Adipositas Grad III neigten auch tendierten Frauen eher dazu, untergewichtig zu sein oder in die Adipositas Kategorie II oder III zu fallen. Ebenso tendierten afroamerikanische Bewohnerinnen und Bewohner eher dazu, adipös zu sein als kaukasische Bewohnerinnen und Bewohner sowie Inwohnerinnen und Inwohner mit anderen Abstammungen. In Bezug auf die zusätzlichen Schwierigkeiten, die sich mit der Pflege von adipösen Heimbewohnerinnen und

Heimbewohnern ergeben, stellten die Autorinnen und Autoren fest, dass die Prävalenz für den Bedarf an zwei oder mehr Pflegefachkräften mit einem hohen Grad an Adipositas steigt. So brauchten Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Adipositas Grad III häufiger zwei oder mehr Pflegefachkräfte bei der täglichen Pflege als normalgewichtige Heimbewohnerinnen und -bewohner. Harris et al. (2018) schlussfolgerten außerdem, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit einem hohen BMI vermehrt Unterstützung in den einzelnen Lebensaktivitäten benötigten.

Kosar et al. (2018) untersuchten in ihrer Studie ebenfalls den Zusammenhang von Adipositas und erhöhtem Pflegebedarf, sowie die Herausforderungen die, die Pflege dieser Personen mit sich bringen. Sie beobachteten am ersten April 2015 Versicherte der „Medicare“ die in einem Pflegeheim wohnten. Zur Datensammlung verwendeten sie, wie Harris et al. (2018), MDS Assessments. Ihre gesamte Stichprobengröße belief sich auf 309.263 Bewohnerinnen und Bewohner, ausgeschlossen wurden nur jene die unter 65 Jahre alt waren und/oder als untergewichtig ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) galten. Weiters wurden Pflegefachkräfte zu den untersuchten Teilnehmerinnen und Teilnehmern befragt, dabei wurden Fragen zum Pflegeaufwand der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohnern gestellt. Es wurde erfragt in welchen Lebensaktivitäten die Bewohnerin/der Bewohner Unterstützung benötigten und wie viele Pflegepersonen zur Durchführung der Unterstützung benötigt wurden. Die Forschungen ergaben, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Adipositas Grad I-III, häufiger von Mobilitätseinschränkungen und Komorbiditäten betroffen waren als normal oder untergewichtige. In Bezug auf kognitive Funktion waren adipöse Teilnehmerinnen und Teilnehmer seltener von Einschränkungen betroffen als ihre normal - oder untergewichtigen Gegenstücke. Außerdem fanden sie heraus, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Adipositas Grad I zu 39,9% Unterstützung von zwei Pflegepersonen bei der Mobilisation im oder am Bett benötigten, bei Adipositas Grad II waren es 42,4% und bei Adipositas Grad III waren es 47,8%. Im Vergleich dazu benötigten 37,0% der normalgewichtigen Unterstützung bei der Mobilisation im oder am Bett. In der Kategorie Transfer (aus dem Bett, in Rollstühle, etc.) brauchten 43,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Adipositas Grad I, 45, 4% der Gesamtanzahl mit Adipositas Grad II und 50,6% der Bewohnerinnen und Bewohner mit Adipositas Grad III Unterstützung von zwei Pflegepersonen. Von den Bewohnerinnen und

Bewohnern mit Normalgewicht brauchten 41,6% Unterstützung von zwei Pflegepersonen beim Transfer. In der Lebensaktivität „Sich Kleiden“ benötigten 14,4% der Untersuchten mit Adipositas Grad I, 15,5% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Adipositas Grad II und 18,8% der Beobachteten mit Adipositas Grad III Unterstützung durch zwei Pflegepersonen. Ähnliche Ergebnisse fanden die Forscherinnen und Forscher in den Lebensaktivitäten „Sich Sauber Halten“ und „Ausscheiden“, sowie bei der allgemeinen Bewegung im Pflegeheim. Kosar et al. (2018) erlangten in ihrer Studie ähnliche Ergebnisse wie Harris et al. (2018), wobei Kosar et al. (2018) näheren Bezug auf die einzelnen Lebensaktivitäten nahmen und den Einsatz von mehreren Pflegefachkräften bei speziellen Tätigkeiten erfragten. Schlussfolgernd kamen Kosar et al. (2018) zu dem Ergebnis, dass Adipositas einen direkten Einfluss auf die benötigte Anzahl an Pflegepersonal für einzelne Tätigkeiten hat.

Auch Apelt et al. (2012) untersuchten in ihrer Studie die Einflüsse von Adipositas auf pflegerische Handlungen. Für die Erforschung des Pflegeaufwandes bei adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern wurde eine strukturierte Tätigkeitsanalyse in fünf zufällig ausgewählten Pflegeheimen in Berlin durchgeführt. Dafür beobachteten sie 48 Pflegefachkräfte bei der Tätigkeit des Ankleidens und stoppten die Zeit. Die Tätigkeit wurde an zwei unterschiedlichen Gruppen durchgeführt. Die Gruppen wurden in eine Untersuchungsgruppe und eine Vergleichsgruppe eingeteilt. In der Untersuchungsgruppe waren ausschließlich Personen mit einem BMI von größer gleich 30 kg/m^2 oder einem Gewicht von größer gleich 100 kg . Die Vergleichsgruppe bildeten Personen mit einem BMI von $24,0\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$. In die Untersuchungsgruppe wurde nur eine Ausnahme eingefügt, der Teilnehmer wog über 100 kg hatte aber auf Grund seiner Körpergröße einen BMI von $28,3 \text{ kg/m}^2$, wegen seinem Gewicht wurde er jedoch gleichgesetzt mit einer adipösen Person. Insgesamt nahmen 70 Personen an der Studie teil, davon waren 34 aus der Untersuchungsgruppe und 36 aus der Vergleichsgruppe. Für die Untersuchung wurden zusätzlich Daten zu Alter, Geschlecht und Berufserfahrung der Pflegenden erhoben, sowie Daten zu Alter, Geschlecht, Diagnosen, Körpergewicht und Körpergröße der Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die Ergebnisse von Apelt et al. (2012) ergaben, dass die Pflegefachkräfte für die Tätigkeit an adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern deutlich länger brauchten als

für dieselbe Tätigkeit an den Personen in der Vergleichsgruppe. Bei der Unterteilung in die einzelnen Kategorien (Vorbereitung, Pflegehandlung, Nachbereitung) ergab sich, dass die Pflegenden in allen Kategorien, außer der Kategorie der Vorbereitung, mehr Zeit bei den adipösen Personen benötigten. Weiters fielen Apelt et al. (2012) auf, dass die Übergänge von einer Tätigkeit zur nächsten bei beiden Gruppen ineinander verschmelzen, jedoch ist dieser Effekt bei den adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern stärker ausgeprägt und oft wurden bei diesen die Vorbereitungs und- Nachbereitungsphase in die Phase der Pflegehandlung integriert. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Ergebnissen konnte auch ein Zusammenhang von BMI und der Dauer des Ankleidens bestätigt werden (Apelt et al. 2012).

Apelt et al. (2013) führten eine weitere Studie durch, in der sie Experteninterviews mit 15 Leitungskräften, davon waren je fünf Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter, Qualitätsmanagerinnen und Qualitätsmanager und Heimleiterinnen und Heimleiter, führten, um die Einstellung dieser gegenüber adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern zu erfahren. Die Interviews gliederten sich in Fragen zur *„Wahrnehmung adipöser Heimbewohner“*, *„Bedeutung der Adipositas“* und Fragen zu *„personelle und instrumentelle Mehraufwendungen“*. Die Unterpunkte *„Wahrnehmung adipöser Heimbewohner“* und *„Bedeutung der Adipositas“* werden in diesem Kapitel nur kurz erläutert, da der Fokus auf den *„personellen und instrumentellen Mehraufwendungen“* liegt.

3.3.1. Wahrnehmung adipöser Heimbewohner

Zu Beginn der Interviews gaben die Leitungskräfte an, dass Adipositas in ihren Einrichtungen keine wichtige Rolle spielte. Jedoch gaben die Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter nach weiterem Nachfragen an, dass sie Adipositas meist wahrnehmen, wenn sich ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ihnen über die „mühsame“ oder zusätzlich anstrengende Arbeit mit den adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern beschwerten.

Die Qualitätsmanagerinnen und- manager und die Heimleiterinnen und Heimleiter beschrieben Adipositas als „Randthema“. Denn für sie sei das Thema *„Unterernährung im Kontext des institutionellen Ernährungsmanagements“* (Apelt et al. 2013) viel wichtiger als das Thema Adipositas. Die adipösen Bewohnerinnen und

Bewohner seien den Befragten nur aufgefallen, wenn sie die monatliche Erfassung des BMI durchführten, um den Ernährungszustand der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfassen. Genaue Angaben zu der Anzahl der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner konnten keine der Leitungskräfte machen. Jedoch schätzten die Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter die Anzahl der adipösen Personen höher ein als die Qualitätsmanagerinnen und -manager und die Heimleiterinnen und Heimleiter (Apelt et al. 2013).

3.3.2. Bedeutung der Adipositas

Der Großteil der befragten Leitungskräfte beschrieb Adipositas entweder als ein individuelles oder gesellschaftliches Gesundheitsproblem und gaben an, dass dieses in Pflegeheimen weder behandelbar noch beeinflussbar sei. Lediglich zwei der befragten Personen gaben an, dass Adipositas ein multikausales Gesundheitsproblem sei und neben der Ernährungsweise auch genetische Faktoren, Stoffwechselerkrankungen und Medikamentennebenwirkungen Einfluss auf die Entstehung haben. Auch gaben sie an, sich für die Behandlung dieser verantwortlich zu fühlen und eine Behandlung mittels Ernährungsumstellung und Nahrungsreduktion möglich sei. Bei der Umsetzung dieser Maßnahmen gaben sie jedoch an, auf Gegenwehr seitens der Bewohnerinnen und Bewohner zu stoßen. Dies löste bei den befragten Personen oft Ratlosigkeit aus (Apelt et al. 2013).

3.3.3. Personelle und instrumentelle Mehraufwendungen

Sowohl die Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter als auch die Qualitätsmanagerinnen und Qualitätsmanager, Heimleiterinnen und Heimleiter berichteten von einem vermehrten Aufwand an Personal bzw. von vermehrten Beschwerden des Personals bezüglich der erhöhten körperlichen Belastung durch die Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern.

Die Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter vermerkten, dass für die Pflege von adipösen Personen durchaus mehr Personal benötigt wird als für die Pflege der nicht-adipösen Personen. Genauer würden für die Verrichtung der pflegerischen Tätigkeiten, wie dem Transfer, der Lagerung, der Grundpflege oder der Mobilisation, meist zwei oder mehr Pflegepersonen benötigt werden und diese bräuchten im

Durchschnitt auch oft länger als bei nicht-adipösen Personen. Trotz der bekannten Schwierigkeiten sei es den Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleitern jedoch nicht möglich mehr Personal zur Verfügung zu stellen, da laut ihren Aussagen nicht genügend personelle Kapazitäten vorhanden sind. Dieselben Aussagen tätigten auch die Qualitätsmanagerinnen und Qualitätsmanager und Heimleiterinnen und Heimleiter, jedoch zogen jene den Einsatz von mehr Personal nicht in Betracht, da sie der Meinung waren, die fehlenden Pflegefachkräfte könnten durch den Einsatz von Hilfs- und Ausbildungskräften kompensiert werden. Weiters schlugen sie vor, den Arbeitsablauf umzustrukturieren und die zeitaufwendigen Tätigkeiten auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. So würde dann die Grundpflege am Nachmittag und nicht mehr in der Früh durchgeführt werden.

Weiters berichteten beide Berufsgruppen, dass sie des Öfteren von ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern um vermehrte Hilfsmittel wie beispielsweise extrabreite Rollstühle und Hebelifter sowie Toilettenstühle, gebeten werden. Dies sei aber nach Aussagen aller befragten Berufsgruppen schwierig, da die angefragten Hilfsmittel oft von der Krankenkasse bewilligt werden müssten und diese, dies oft ablehnen.

Die interviewten Berufsgruppen beschrieben zusätzlich, dass sie es für notwendig hielten die Personaleinsatzplanung anzupassen, denn sie seien oft damit konfrontiert, dass einzelne Pflegefachkräfte die Arbeit an adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern ablehnen, da ihnen die benötigte personelle Unterstützung fehlt. Diese Problematik sei besonders stark in den Nachtdiensten ausgeprägt.

Eine Besorgnis in Bezug auf die zusätzliche Aufnahme von adipösen Bewohnerinnen und Bewohner äußerten die befragten Berufsgruppen nicht, da sie auf die Kompetenz ihrer MitarbeiterInnen vertrauen und sich einer adäquaten Versorgung sicher seien. Sie gaben jedoch zusätzlich an, dass es in ihren Pflegeheimen an adäquaten Hilfsmitteln für adipöse Personen mangelte und diese auf Grund dessen oft nicht fachgerecht mobilisiert oder transferiert werden können. Ebenso sei es den adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern oft nicht möglich am Heimalltag teilzuhaben (Apelt et al. 2013).

Wie auch Kosar et al. (2018) und Harris et al. (2018) kamen Apelt et al. (2012 & 2013) zur Schlussfolgerung, dass Adipositas den Pflegealltag in Pflegeheimen erschwerte und eine Belastung für die Pflegefachkräfte darstellte. Auch belegten Apelt et al. (2012/2013), dass für die Durchführung einzelner Tätigkeiten mehr

Pflegepersonal bei adipösen Personen notwendig ist. Jedoch gingen Apelt et al. (2012) in ihrer Studie nur auf eine Tätigkeit ein während Kosar et al. (2018) mehrere Tätigkeiten untersuchte.

Verglichen mit der Studie von Harris et al. (2018) konnten auch Apelt et al. (2012) den Zusammenhang von einem erhöhtem BMI und einem vermehrten Zeitaufwand bei der Grundpflege darstellen.

Wie bereits in Kapitel 3.2 angesprochen untersuchten Hales et al. (2019) die organisatorischen, strukturellen und infrastrukturellen Schwierigkeiten in Bezug auf adipöse Bewohnerinnen und Bewohner. Dafür befragten sie 28 Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind in drei Pflegeheimen auf der Nordinsel von Neuseeland. Dabei untersuchten sie auch die baulichen und strukturellen Begebenheiten der Pflegeheime. Jedes der untersuchten Pflegeheime hatte ein anderes Geschäftsmodell und war baulich unterschiedlich aufgebaut. Die untersuchten Pflegeheime waren strukturell für die Versorgung von geriatrischen Personen ausgerüstet, jedoch war keines der Pflegeheime für stark adipöse Personen ausgelegt. Die Ergebnisse zeigten, dass keines der Pflegeheime strukturell und infrastrukturell für adipöse Bewohnerinnen und Bewohner ausgelegt war. Dies führte zu schwerwiegenden Problemen beim Transport der adipösen Personen und auch zu Sicherheitsproblemen, denn die Sicherheitstüren waren nicht breit genug, um die Betten der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner bei einem Notfall hindurch zu schieben. Weiters fand die Studie heraus, dass auch die Raumgröße in den Einrichtungen nicht standardgemäß breit genug war, um fachgerecht für adipöse Personen zu sein. Die empfohlene Raumgröße für eine/n bariatrische/n Bewohnerin/Bewohner beträgt 25,3m², in den untersuchten Pflegeheimen betrug die höchste Raumgröße 13,9m². Diese kleinen Räume werfen starke Probleme bei der Betreuung der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner auf. Einige der Zimmer verfügten zwar über Deckenlifter, diese jedoch waren nicht multidirektional und dies würde bedeuten, dass adipöse Bewohnerinnen und Bewohner bei ihrem Einzug in die Zimmer zuerst in einen Rollstuhl transferiert werden müssten. Auch die Türen waren nicht für adipöse Personen ausgelegt. Die vorgeschlagene Türbreite für eine adipöse Person beträgt 1,5m in den Pflegeheimen konnten jedoch nur Standardtürbreiten von 0,8m vorgefunden werden. Auch konnten die kleineren Zimmer der Pflegeheime von immobilen

adipösen Bewohnerinnen und Bewohner nicht bewohnt werden, da diese zu wenig Platz für eine Pflegeperson bieten würden.

In Bezug auf das Equipment in den Pflegeheimen stellte Studie fest, dass alle der Einrichtungen ausreichend und adäquates Equipment für Personen bis zu einem Gewicht von 120 kg hatten. Für Personen mit einem Gewicht über 120 kg mussten von der Einrichtung spezielle bariatrische Hilfsmittel angeschafft werden. Zu diesen zählten auch spezielle Betten, die ein Gewicht von bis zu 170 kg tragen können, da diese jedoch sehr kostspielig sind wurden sie oft von der/dem betroffenen Bewohnerin/Bewohner selbst bezahlt. Weiters hatten die Pflegeheime Probleme mit der Unterbringung des benötigten Spezialequipments, da ihnen oft kein Platz für dieses zur Verfügung stand.

Doch nicht nur das spezielle Equipment ist kostenaufwendig, auch die Versorgung selbst bringt hohe Kosten mit sich, die oft von den Pflegeheimen selbst getragen werden müssen. Diese Kosten schrecken einige Pflegeheime davon ab, adipöse Bewohnerinnen und Bewohner aufzunehmen. Bei der Neuaufnahme von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern galten die hohen Kosten des Spezialequipments und die unausgeglichene Personalverhältnisse als Hauptbarrieren zur Aufnahme. Die unausgeglichene Personalverhältnisse gelten als Barriere, da für die Betreuung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Zeit benötigt wird, diese zusätzliche Zeit ist aber im gesetzlich berechneten Personalschlüssel nicht enthalten. So werden für diesen, für eine Person, die intensive Betreuung benötigt 2,4 Stunden für die Versorgung berechnet und für eine Person mit durchschnittlichem Betreuungsaufwand 2 Stunden. Eine adipöse Person braucht im Durchschnitt mehr Zeit an Betreuung, da diese aber nicht zusätzlich bezahlt wird oder kein zusätzliches Personal zur Verfügung gestellt wird, wird dies von Pflegeheimen oft negativ angesehen und wirkt als Barriere bei der Aufnahme von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern (Hales et al. 2019).

Ebenso wie Harris et al. (2018), Kosar et al. (2018) und Apelt et al. (2012) gehen Hales et al. (2019) auf die Schwierigkeiten und Barrieren im Umgang mit adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern ein. Verglichen mit den Studien der oben genannten Autoren werden in der Studie von Hales et al. (2019) die organisatorischen, strukturellen und infrastrukturellen Schwierigkeiten detaillierter erklärt als die Herausforderungen, die für die Pflegefachkräfte bei der Pflege und Betreuung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern vorkommen.

4. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war, die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen und die Schwierigkeiten für Pflegeheime sowie für die Pflegefachkräfte im Umgang mit adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern herauszufinden. Diese Arbeit ist unterteilt in Studien die, die Prävalenz von Adipositas untersuchen und Studien deren Zweck es war, die Herausforderungen und Schwierigkeiten bei der Versorgung adipöser Bewohnerinnen und Bewohner festzustellen. Die Notwendigkeit der Unterteilung ergab sich, da es keine Studien gibt, die beide Thematiken ausführlich behandeln. Mittels der durchgeführten Literaturrecherche konnte herausgefunden werden, dass Adipositas in Pflegeheimen schwerwiegende Auswirkungen auf die Arbeit der Pflegefachkräfte hat und auch logistische sowie organisatorische Schwierigkeiten für die Pflegeheime mit sich bringt. Ebenso wurde festgestellt, dass die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen in den letzten Jahren stetig gestiegen ist und dass Adipositas bereits einen hohen Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner betrifft.

4.1. Schwierigkeiten und Herausforderungen bei der Pflege von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern

Kosar et al. (2018), Harris et al. (2018) und Apelt et al. (2012) stellten fest, dass Adipositas für Pflegefachkräfte einen höheren Aufwand bei der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern mit sich bringt. Ebenso fanden sie heraus, dass für die Versorgung einer/s adipösen Bewohnerin/Bewohners meist zwei oder mehr Pflegefachkräfte benötigt werden und diese im Durchschnitt auch länger für die durchgeführten Pflegehandlungen brauchen. Neben dem vermehrten Aufwand fehlt es den Pflegefachkräften auch meist an geeigneten Hilfsmitteln, um den adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern eine adäquate Behandlung und Versorgung zu garantieren (Harris et al. 2018; Kosar et al. 2018; Apelt et al. 2012/2013). Apelt et al. (2012) untersuchten den zeitlichen Mehraufwand bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern anhand einer Tätigkeit, verglichen mit Harris et al. (2018) oder Kosar et al. (2018) war der Forschungsansatz von Apelt et al. (2012) spezifischer, jedoch nur auf eine Tätigkeit beschränkt. Harris et al. (2018) und Kosar et al. (2018) geben einen allgemeineren Überblick zu der zeitlichen Mehraufwendung bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und

Bewohnern, was eine gute Übersicht zu der Thematik gibt. Alle Studien kommen, trotz der genannten Unterschiede zu denselben Ergebnissen. So belegen alle, dass Pflegefachkräfte mehr Zeit bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohner brauchen und zusätzlich die Arbeit in vielen Fällen nicht allein durchführen können und eine zweite Pflegefachkraft benötigen (Harris et al. 2018; Kosar et al. 2018; Apelt et al. 2012). Jede der Studien gibt somit einen unterschiedlichen Einblick auf die Problemstellung. Die Ergebnisse dieser sind jedoch für die Beantwortung der Forschungsfrage gleichermaßen wertvoll.

Einen weiteren Überblick zu den Schwierigkeiten bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern liefern Hales et al. (2019) und Apelt et al. (2013). Sie untersuchten die organisatorischen und strukturellen Herausforderungen, die für die Pflegeheime bei der Aufnahme und Versorgung von adipösen Personen auftreten. Dabei fanden sie heraus, dass Pflegeheime für die Versorgung von adipösen Personen nicht ausreichend ausgestattet sind und dies eine zusätzliche Belastung für die Pflegefachkräfte bedeutet. Denn oft reichen die baulichen Begebenheiten der Pflegeheime nicht aus, um den Pflegefachkräften den nötigen Platz zu schaffen, den sie für eine adäquate und kraftschonende Pflege bräuchten (Hales et al. 2019 & Apelt et al. 2013). Neben Hales et al. (2019) und Apelt et al. (2013) untersuchten auch Porter Starr et al. (2016) und Bradway et al. (2008) in ihrem systematischen Review die Schwierigkeiten, die bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern für die Pflegefachkräfte sowie Pflegeheime entstehen. Auch sie fanden heraus, dass Pflegeheime für die Aufnahme von adipösen Personen nicht adäquat ausgestattet sind und dies somit zu vermehrten Schwierigkeiten für die Pflegefachkräfte führt. Weiters berichteten Bradway et al. (2008), dass es zu den baulichen Begebenheiten in Pflegeheimen nur wenige bis gar keine Studien gibt. Jedoch haben sie einige Empfehlungen gefunden, in denen beschrieben ist wie Pflegeheime aufgebaut sein sollten, um den Pflegefachkräften die Arbeitsbedingungen so einfach wie möglich zu gestalten. Ähnlich wie Hales et al. (2019) fassten Bradway et al. (2008) zusammen, dass Räume sowie Türen und Badezimmer breiter sein sollten. Zusätzlich sollten spezielle Betten, Toiletten und Geländer eingebaut werden, die zusätzliches Gewicht tragen können (Bradway et al. 2008). Einen etwas anderen Blickwinkel auf die Thematik geben Felix et al. (2016). Sie befragten Leitungskräfte von Pflegeheimen wie sie zur Übernahme von adipösen Personen aus Krankenhäusern

in ihre Pflegeheime stehen. Dabei kamen sie zu den Ergebnissen, dass Adipositas eine Barriere bei der Aufnahme von neuen Bewohnerinnen und Bewohnern darstellt. Denn die Leitungskräfte fürchten nicht genügend Personalressourcen und Equipment zur Verfügung zu haben, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können (Felix et al. 2016).

4.2. Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen

In Bezug auf die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen erkannten Lapane & Resnik (2005), dass die Prävalenz zwischen den Jahren 1992 und 2002 von 2% im Jahre 1992 auf 8% im Jahre 2002 gestiegen ist (Lapane & Resnik 2005). Bei einer erneuten Untersuchung von Zhang et al. (2019) stiegen diese Zahlen noch weiter an. Dabei wurde determiniert, dass die Prävalenz für Adipositas in Pflegeheimen in den Jahren 2005 bis 2015 von 22,4% im Jahre 2005 auf 28% im Jahre 2015 anstieg (Zhang et al. 2019). Auch Hales et al. (2019) untersuchten die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen und auch sie konnten eine Mehrheit an adipösen Bewohnerinnen und Bewohner belegen (Hales et al. 2019).

Auch Porter Starr et al. (2016) fanden in ihrem systematischen Review heraus, dass die Prävalenz von Adipositas von 14,7% im Jahre 2000 auf 23,9% im Jahre 2010 gestiegen ist. Als Gründe für die steigende Prävalenz nennen sie den früheren Eintritt von adipösen Personen in Pflegeheime (Porter Starr et al. 2016).

In einer Studie von Bogacka et al. (2019) wird ebenfalls auf die Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen eingegangen und auch sie bestärken mit ihren Ergebnissen die bereits erwähnten Erkenntnisse. So ermittelten sie den Ernährungszustand von älteren Personen anhand ihres Umfeldes. Diese Ermittlungen wurde auch im Pflegeheimsetting durchgeführt und dabei fand die Studie heraus, dass 23.0% der beobachteten Personen adipös sind (Bogacka et al. 2019). Auch Zhang, Li & Temkin-Greener (2013) untersuchten die Prävalenzverteilung von Adipositas in Pflegeheimen im Staat New York. Sie wollten mit ihrer Studie die Charakteristika der Pflegeheime bestimmen, die die höchste Rate an adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern haben. Dabei fanden sie heraus, dass die durchschnittliche Rate für Adipositas Grad 1 und 2 bei 17% und für Adipositas Grad 3 bei 5% lag. Die Verteilung dieser war sehr weit gefächert und reichte von 0% bis 44%. Die Ergebnisse zu den Charakteristiken der Pflegeheime

mit einer Prävalenz an Adipositas über dem Durchschnitt ergaben, dass jene Pflegeheime einen höheren Anteil an unprofessioneller Pflege aufwiesen, die Bewohnerinnen und Bewohnern in diesen eine höhere Pflegeabhängigkeit hatten und jene Pflegeheime hatten einen geringeren Anteil an Personen mit mittleren bis schweren kognitiven Einschränkungen (Zhang, Li & Temkin-Greener 2013). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen geringfügig kleinere Raten bei der Prävalenz von Adipositas. Dies könnte jedoch mit der geringeren Anzahl an untersuchten Pflegeheimen zusammenhängen. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch De Souto Barreto et al. (2015). Sie untersuchten in ihrer Studie die Charakteristika von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern. Dabei erhoben sie auch die Prävalenz in den ermittelten Pflegeheimen. Sie untersuchten 175 Pflegeheime in Frankreich und eine Gesamtzahl von 6.275 Personen. Die Prävalenz für Adipositas in den Pflegeheimen lag bei 18% (De Souto Barreto et al. 2015). Da die Studie ihren Fokus nicht auf die Prävalenz legt, sondern diese nur im Zuge der Datensammlung erhoben hat, war sie für den Ergebnisteil des Reviews nicht relevant genug. Jedoch geben die Ergebnisse dieser Studie einen kleinen Einblick auf die Prävalenz von Adipositas in europäischen Pflegeheimen.

4.3. Limitationen

Zu den Schwächen der Arbeit zählen die limitierte Suche in den Datenbanken, PubMed und CINAHL, sowie die Verwendung von Literatur, die über 10 Jahre alt ist. Ebenso wurden nur Studien inkludiert, die in Deutsch oder Englisch verfügbar waren. Eine weitere Schwäche der Arbeit ist, dass es sich bei der Arbeit nur um ein Review und nicht um ein systematisches Review handelt.

Als Stärke kann jedoch angeführt werden, dass die Recherche so systematisch wie nur möglich durchgeführt wurde.

Die verwendeten Studien wiesen auch Schwächen auf. Einige von ihnen hatten nur eine kleine Stichprobe oder untersuchten nur einen kleinen Tätigkeitsrahmen, zusätzlich wurde zur Bestimmung der Adipositas nur der BMI verwendet, welcher bei Personen über 65 Jahren, auf Grund der Sarkopenie, nicht mehr passend ist. Die häufige Verwendung des BMI kann jedoch mit seiner regelmäßigen Anwendung als Instrument zur Bestimmung des Ernährungszustandes gerechtfertigt werden. Zusätzlich dient seine Verwendung auch der internationalen Vergleichbarkeit.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse des Literaturreviews zeigen, dass Adipositas im Pflegeheimsetting auf unterschiedliche Arten untersucht wurde. Besonders häufig wurde dabei der Schwerpunkt auf die Prävalenz gelegt. Weniger häufig wurden die Schwierigkeiten bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern untersucht. Von den ausgewählten Studien wurden vier in den USA, eine in Neuseeland und zwei in Deutschland durchgeführt (Harris et al. 2018; Kosar et al. 2018; Lapane & Resnik 2005; Zhang et al. 2019; Hales et al. 2019; Apelt et al. 2012 & Apelt et al. 2013). Da der Anteil an Studien aus Amerika sehr groß ist und die Prävalenz von Adipositas verglichen mit der in Europa höher ist, können die Ergebnisse daher nur zum Teil auf Europa übertragen werden (OECD 2017; Großschädl & Stronegger 2019). Gesamt wurde die Thematik sowohl in Europa als auch in Amerika nur sehr wenig untersucht. Grund dafür könnte das fehlende Wissen zu Adipositas in Pflegeheimen oder eine zu geringe Prävalenz in den Pflegeheimen sein.

Weiters zeigen die Ergebnisse des Reviews einen Mangel an adäquatem Equipment und Personal auf. Pflegeheime sind nicht ausreichend für die Versorgung von adipösen Personen ausgestattet und können daher den betroffenen nicht dieselbe Qualität an Pflege garantieren wie Personen aus den anderen BMI-Gruppen. Zusätzlich bedeutet das Fehlen an unterstützendem Equipment für das Pflegefachpersonal vermehrte Belastung bei der Arbeit und dies könnte in weiterer Folge zu einem häufigeren Auftreten von Arbeitsunfällen oder Krankmeldungen führen. Trotz dieses Wissens scheint es als würden Pflegeheime nach wie vor keine zusätzliche Unterstützung erhalten.

5.1. Forschungsempfehlungen

Bradway et al. (2008) verglichen in ihrem Review Studien, die sich mit der Prävalenz von Adipositas in Pflegeheimen beschäftigten. Bei ihren Ergebnissen konnten sie drei Studien mit einer passenden Forschungsfrage finden. In Bezug auf die Epidemiologie verglichen sie ebenfalls die Studie von Lapane & Resnik (2005). Zusätzlich verglichen sie auch Studien, die den Einfluss der Adipositas auf die

Pflegefachkräfte untersuchten und Studien, die die baulichen Begebenheiten von Pflegeheimen ermittelten. Jedoch fanden Bradway et al. (2008) keine Studien, die sich ausschließlich mit dieser Thematik beschäftigen. Sie berichteten von einem Mangel an empirischen Studien zu diesem Thema und konnten lediglich Empfehlungen dazu finden. Daher wird in ihrem Review dringend zu weiterer Forschung auf diesem Gebiet geraten (Bradway et al. 2008).

Auch MacDonell et al. (2015) merken in ihrem Review an, dass zu wenig evidenzbasierte Forschung auf dem Gebiet der Adipositas stattfindet. Zusätzlich raten sie vermehrt an der Entwicklung von Gewichtsreduktionsstrategien und Gewichtsstabilisierungsstrategien für Personen in Pflegeheimen zu forschen. Denn bis jetzt sind nur evidenzbasierte Studien vorhanden, die Effekte der Gewichtsreduktions- und stabilisierungsstrategien bei älteren Personen, die allein leben, untersuchen (MacDonell et al. 2015). De Souto Barreto et al. (2015) raten in ihrer Studie auch zu vermehrter Forschung auf dem Gebiet der Adipositas in Pflegeheimen. Dabei raten sie den Fokus der Forschung besonders auf die Behandlung der Adipositas zu legen (De Souto Barreto et al. 2015).

Obwohl die Studie von Bradway et al. (2008) schon über 10 Jahre alt ist und somit nicht mehr auf dem neuesten Stand, sind die Ergebnisse dieser in Bezug auf den Mangel an evidenzbasierten Studien noch bis heute aktuell. Denn auch bei der Bearbeitung dieses Reviews erschlossen sich mir Schwierigkeiten bei der Suche nach geeignetem Material und auch MacDonell et al. (2015) sprachen von Problemen bei der Literaturliteraturfindung.

Daher kann empfohlen werden, weitere Studien im Setting der Langzeitpflege und besonders Pflegeheimen durchzuführen. Denn die Thematik wird, auf Grund der steigenden Prävalenz von Adipositas in der Bevölkerung und der steigenden Rate an Personen im Alter von über 70 Jahren, in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnen.

5.2. Praxisempfehlungen

Auf Grund der steigenden Prävalenz an Adipositas wird sich die Zahl der adipösen Personen in Pflegeheimen in den nächsten Jahren noch zusätzlich erhöhen (Statistik Austria 2019; Großschädl & Stronegger 2019). Dies wird eine zusätzliche Belastung für die Pflegefachkräfte und die Institutionen mit sich bringen (Kosar et

al. 2018; Hales et al. 2019; Apelt et al. 2012; Apelt et al. 2013). Daher empfehlen Apelt et al. (2012) spezielle Schulungen für das Pflegefachpersonal in Bezug auf die richtige Mobilisation von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern anzubieten. Weiters sollte es die Möglichkeit der Supervision für Pflegefachkräfte geben und auch die Möglichkeit, dass Angehörige der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner Informationen zum Ernährungsverhalten im Alter erhalten können (Apelt et al. 2012). Zusätzlich empfehlen Hales et al. (2019), dass Pflegeheime mehr Fördergelder für die Besorgung von speziellem Equipment und für die Anpassung der baulichen Begebenheiten erhalten sollten, denn nur so kann der Pflegealltag für die Pflegefachkräfte erleichtert und gleichzeitig eine sichere und adäquate Pflege für die Bewohnerinnen und Bewohner angeboten werden (Hales et al. 2019). Ähnliche Empfehlungen stellten Lapane & Resnik (2005) in ihrer Studie aus dem Jahr 2005. Schon damals wurde empfohlen vermehrt Personal und spezielles Equipment für die Versorgung der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner und zur Verfügung zu stellen, um Arbeitsunfälle zu vermeiden und ein hohes Maß an Pflegequalität gewährleisten zu können (Lapane & Resnik 2005). Weiters raten Porter Starr et al. (2016), bei adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern einen besonderen Fokus auf die Stabilisierung des Gewichtes zu achten und ihre körperliche Fitness durch leichte und angepasste Bewegungsübungen zu stärken. Diese Empfehlung wird von Bradway et al. (2008) und MacDonell et al. (2015) ebenfalls ausgesprochen.

6. Literaturverzeichnis

Abrahamian, H. 2001, *Hypertonie und Adipositas*, Journal für Hypertonie - Austrian Journal of Hypertension, 5 (2): S. 7-13.

Antwerpes, F., Merz, S. 2018, *Komorbidität*, über DocCheckFlexikon 2019, viewed 1.12.2019, <https://flexikon.doccheck.com/de/Komorbidit%C3%A4t>.

Apelt, G., Ellert, S., Kuhlmei, A., Garms-Homolova, V. 2012, *Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen*, Pflege, 25: S. 271-283.

Apelt, G., Kuhlmei, A., Garms-Homolova, V. 2013, *Versorgung adipöser Menschen aus der Perspektive von Leitungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen*, Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie, 47: S. 673-679.

Bogacka, A., Heberlej, A., Usarek, A., Okoniewska, J. 2019, *Diet and nutritional status of elderly people depending on their place of residence*, Rocz Panstw Zakl Hig, 70: S. 185-193.

Bradway, C., DiResta, J., Fleshner, I., Polomano R., C. 2008, *Obesity in Nursing Homes: A Critical Review*, The American Geriatrics Society, 56: S. 1528-1535.

Brown, D., C., Higgins, M., Donato, A., K., Rohde, C., F., Garrison, R.t, Obarzanek, E., Ernst, D., N., Horan, M. 2000, *Body Mass Index and the Prevalence of Hypertension and Dyslipidemia*, Obesity Research, 8 (9): S. 605-619.

Calle, E., E., Rodriguez, C., Walker-Thurmond, K., Thun, J., M. 2003, *Overweight, Obesity, and Mortality from Cancer in a Prospectively Studied Cohort of U.S. Adults*, The New England Journal of Medicine, 348: S. 1625-38.

Canning, L., K., Brown, E., R., Jamnik, K., V., Kuk, L., J. 2013, *Relationship Between Obesity and Obesity-Related Morbidities Weakens With Aging*, Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 69(1): S. 87–92.

De, Pergola, G., Silvestris, F. 2013, *Obesity as a Major Risk Factor for Cancer*, Journal of Obesity, 13: S1-11.

De Souto Barreto, P., Zanandrea, V., Lapeyre-Mestre, M., Cesari, M., Vellas, B., Rolland, Y. 2015, *Obesity in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study*, The Journal of Nursing Home Research Science, 1: S. 6-10.

Duren, L., D., Sherwood, J., R., Czerwinski, A., S., Lee, M.g, Choh, C., A., Siervogel, M., R., Chumlea, C. 2008, *Body Composition Methods: Comparisons and Interpretation*, Journal of Diabetes Science and Technology, 2(6): S. 1139-1146.

Felix, C., H., West, S., D. 2013, *Effectiveness of Weight Loss Interventions for Obese Older Adults*, American Journal of Health Promotion, 27(3): S. 191–199.

Felix, H., C., Bradway, C., Ali, M., M., Li, X. 2016, *Nursing Home Perspectives on the Admission of Morbidly Obese Patients from Hospital to Nursing Homes*, Journal of Applied Gerontology, 35 (3); S. 286-302.

Großschädl, F., Stronegger, J., W. 2019, *Long-term trends (1973–14) for obesity and educational inequalities among Austrian adults: men in the fast lane*, The European Journal of Public Health, 29 (4): S. 790–796.

Hales, C., Amankwaa, I., Gray, L., Rook, H. 2019, *The care of older adults with extreme obesity in nursing homes: A collective case study*, medRxiv; 2019.

Han, S., T., T., Abdelouahid, L., J., E., M. 2011, *Obesity and weight management in the elderly*, British Medical Bulletin, 97: S. 169–196.

Harris, A., J., Engberg, J., Castle, G., N., 2018, *Obesity and intensive staffing needs of nursing home residents*, Geriatric Nursing, 39(6): S. 696–701.

Heinzelmann, Martin 2004, *Das Altenheim - immer noch eine "totale Institution"? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime*, Cuvillier Verlag, 2004, S. 32-33.

Hong, N., Q., Pluye, P., Fabregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C., Vedel, I. 2018, *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) Version 2018 – User guide*, Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

InterRAI.org (2019): The interRAI Organization, Who We Are, viewed 10.03.2020, <https://www.interrai.org/organization/>

Kosar C., M., Thomas, K., S., Gozalo, P., L., Mor, V. 2018, *Higher Level of Obesity Is Associated with Intensive Personal Care Assistance in the Nursing Home*, Journal of the American Medical Directors Association, 19 (11): S. 1015-1019.

Lapane, L., K., Resnik L. 2005, *Obesity in Nursing Homes: An Escalating Problem*, Journal of the American Geriatric Society, 53 (8): S. 1386 - 1391.

Lumley, E., Homer, C.V., Palfreyman, S. 2015, *A qualitative study to explore the attitude of clinical staff to the challenges of caring for obese patients*, Journal of Clinical Nursing, 24 (23-24): S. 3594-3604.

MacDonell O., S., Miller, C., J., Waters, L., D., Houghton, A., L. 2015, *Obesity in Older Adults: Prevalence, Health Risk and Management of Care Among Nursing Home Residents*, Current Geriatrics Reports, 4: S. 211-220.

Medicaid.gov (2019), Medicaid, viewed 10.03.2020, <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>

Medicare.gov (2019), What's Medicare?, viewed 10.03.2020, <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/your-medicare-coverage-choices/whats-medicare>

Menche, N., Brandt. 2014, *Hypertonie*, in Menche, N., Lauster, M., Drescher, A., Wiederhold, D., Menche, N. (Hrsg.), *Pflege Heute*, 6. Auflage, Urban& Fischer Verlag, München.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, DG. 2009, *The PRISMA Group - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6).

Müller, A., Hertlein, R. 2014, *Diabetes Mellitus Typ 1*, in Lauster, M., Drescher, A., Wiederhold, D., Menche, N. (Hrsg.), *Pflege Heute*, 6., vollständig überarbeitete Auflage, Urban& Fischer, München.

Müller, A., Hertlein, R. 2014, *Diabetes Mellitus Typ 2*, in Lauster, M., Drescher, A., Wiederhold, D., Menche, N. (Hrsg.), *Pflege Heute*, 6., vollständig überarbeitete Auflage, Urban& Fischer, München.

Organisation for economic cooperation and development. 2017, *Obesity Update*, viewed 2.12.2019, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>.

Pikilidou, I., M., Scuteri, A., Morrell, C., Lakatta, G., E. 2013, *The Burden of Obesity on Blood Pressure is Reduced in Older Persons: The SardiNIA Study*, *Obesity*, 21: S. E10-E13.

Polit, DF., Beck, CT. 2017, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 10th edn, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Porter Starr, N., K., McDonald, R., S., Weidner, A., J., Bales, W., C. 2016, *Challenges in the Management of Geriatric Obesity in High Risk Populations*, *Nutrients*, 8: S. 1-16.

Purnell, JQ. 2018, *Definitions, Classification, and Epidemiology of Obesity*, viewed 1.1.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279167/>.

Rapp, K., Schroeder, J., Klenk, J., Stoehr, S., Ulmer, H., Concin, H., Diem, G., Oberaigner, W., and Weiland, SK. 2005, *Obesity and incidence of cancer: a large cohort study of over 145 000 adults in Austria*, *British Journal of Cancer*, 93: S. 1062 – 1067.

Rathmanner, T., Meidlinger, B., Baritsch, C., Beng, L., K., Dorner, T., Kunze, M. 2006, *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006 – Grundlage für zukünftige Handlungsfelder Kinder, Jugendliche, Erwachsene*, viewed 2.12.2019, https://www.adipositas-austria.org/pdf/3031_AMZ_Adipositas_3108_final.pdf.

Rothney, P., M., Brychta, J., R., Schaefer, V., E., Chen, Y., Kong M., C., Skarulis, C., M. 2009, *Body Composition Measured by Dual-energy X-ray Absorptiometry Half-body Scans in Obese Adult*, *Obesity*, 17: S. 1281–1286.

Statistik Austria. 1999, *Verteilung des Body-Mass-Index (BMI WHO neu) in der Bevölkerung ab 20 Jahren 1999*, viewed 2.12.2019,

https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html.

Statistik Austria. 2007, *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07*, viewed 2.12.2019, http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=457.

Statistik Austria. 2015, *Body Mass Index*, viewed 2.12.2019, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/025420.html.

Wanka, Kurt, Antwerpes, Frank 2012, *Pflegefachkraft*, viewed 1.12.2019

<https://flexikon.doccheck.com/de/Pflegefachkraft>.

World Health Organization. 2000, *OBESITY: PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC – Report of a WHO Consultation*, viewed 1.12.2019, https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.

World Health Organization. 2007, *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity - Conference Report*, viewed 1.12.2019, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf.

World Health Organization 2017, *6 facts on obesity*, viewed 1.12.2019, <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>.

World Health Organization 2019, *noncommunicable-diseases/obesity*, viewed 1.12.2019, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>.

Zhang, N., Field, T., Mazor, M., K., Zhou, Y., Lapane, L., K., Gurwitz, H., J. 2019, *The Increasing Prevalence of Obesity in Residents of U.S. Nursing Homes: 2005–2015*, *Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 74 (12): S. 1-8.

Zhang, N., Li, Y., Temkin-Greener, H. 2013, *Prevalence of Obesity in New York Nursing Homes: Associations With Facility Characteristics*, *The Gerontologist*, 53 (4): S. 567-581.

7. Anhang

7.1. Vorlage des Bewertungstools – MMAT

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Abbildung 3: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) nach Hong et al. (2018)

7.2. Bewertungen

Apelt, G., Kuhlmeier, A., Garms-Homolova, V. 2013, *Versorgung adipöser Menschen aus der Perspektive von Leitungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen*, Zeitschrift Gerontologie und Geriatrie, 47: S. 673-679, DOI 10.1007/s00391-013-0572-.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Die Forschungsfragen werden nicht eindeutig genannt, jedoch wird das

		Ziel der Studie in der Einleitung erklärt – aus diesem kann man die Forschungsfragen ableiten.
S2	X	Die gesammelten Interviewdaten beantworten die Forschungsfragen ausführlich.
1.1	X	Für die Beantwortung der Forschungsfragen wäre ein quantitativer Ansatz unpassend gewesen.
1.2	X	Die Forschungsfragen wollten herausfinden, wie Leitungskräfte zu adipösen BewohnerInnen stehen und wie sie diese wahrnehmen. Dafür wurden qualitative Experteninterviews gewählt. Dies ist passend, um die Frage zu beantworten.
1.3	X	Die Ergebnisse wurden angemessen aus den gesammelten Antworten abgeleitet und interpretiert.
1.4	X	Die gesammelten Daten der Interviews untermauern die Interpretation der Ergebnisse.
1.5	X	Es kann ein Zusammenhang erkannt werden.

Apelt, G., Ellert, S., Kuhlmeier, A., Garms-Homolova, V. 2012, *Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen*, Pflege, 25: S. 271-283, DOI 10.1024/1012-5302/a000215.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Die Forschungsfragen werden am Ende der Einleitung genannt.
S2	X			Die Daten, die durch die Beobachtung gesammelt wurden, beantworten die Forschungsfragen.
3.1	X			Die Charakteristika der TeilnehmerInnen werden ausführlich erklärt. Zusätzlich werden die Ein- und - Ausschlusskriterien genannt.
3.2	X			Die durchgeführten Messungen sind für die Auswertung der Ergebnisse angemessen.
3.3	X			Die Ergebnisdaten werden sowohl im Fließtext als auch mittels Tabellen dargestellt.
3.4			X	Es werden keine Angaben zu den Störfaktoren gemacht.
3.5	X			Die geplanten Beobachtungen können während der Studienzeit wie vorgesehen durchgeführt werden.

Hales, C., Amankwaa, I., Gray, L., Rook, H. 2019, *The care of older adults with extreme obesity in nursing homes: A collective case study*, medRxiv; 2019.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Das Ziel der Studie wird genannt, jedoch werden keine konkreten Forschungsfragen gestellt.
S2	X			Durch die gesammelten Daten kann das Ziel der Arbeit erreicht werden
1.1	X			Durch das gewählte Studiendesign kann eine ganzheitliche Sicht auf die Thematik hergestellt werden.
1.2	X			Für die Datensammlung wurden 4 Methoden gewählt. Diese sicherten eine umfangreiche Anzahl an Daten, um die Forschungsfrage zu beantworten.
1.3	X			Die Ergebnisse werden direkt von den gesammelten Daten abgeleitet und interpretiert.
1.4	X			Die Interpretation der Ergebnisse wird durch die gesammelten Daten fundiert.
1.5	X			Die einzelnen Abschnitte der Studie können miteinander vernetzt werden.

Harris, A., J., Engberg, J., Castle, G., N., 2018, *Obesity and intensive staffing needs of nursing home residents*, *Geriatric Nursing*, 39(6): S. 696–701.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Es wird keine genaue Fragestellung erwähnt, jedoch wird das Ziel der Studie beschrieben und Hypothesen aufgestellt.
S2	X			Die gesammelten Daten erlauben es die Forschungsfrage zu beantworten.
3.1	X			Die ausgewählte Population und auch die Ein- und - Ausschlusskriterien werden genau beschrieben.
3.2	X			Die durchgeführten Messungen sind passend, um die Ergebnisse zu beschreiben.
3.3		X		Die Ergebnisdaten werden nur sehr kurz beschrieben und Daten zu der Erhebung des Arbeitsaufwandes fehlen in den Ergebnissen.
3.4	X			Es wurde eine Standardisierung verwendet, um die Störfaktoren zu kontrollieren
3.5	X			Es werden keine Einflüsse beschrieben, die den Ablauf der Studie ändern hätten können.

Kosar C., M., Thomas, K., S., Gozalo, P., L., Mor, V. 2018, *Higher Level of Obesity Is Associated with Intensive Personal Care Assistance in the Nursing Home*, Journal of the American Medical Directors Association, 19 (11): S. 1015-1019, doi:10.1016/j.jamda.2018.04.013.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Das Ziel der Studie wird in der Einleitung genannt, jedoch wird keine Frage formuliert.
S2	X			Die gesammelten Daten ermöglichen eine Beantwortung der Forschungsfrage.
4.1	X			Die gewählte Datensammlungsmethode ist passend, um die Forschungsfrage zu beantworten. Die gewählte Methode wird im Methodenteil erklärt.
4.2	X			Die gewählte Population wird genau beschrieben. Zusätzlich wird erwähnt auf welche Population die gefundenen Ergebnisse angewendet werden können.
4.3	X			Die Messvariablen werden in eigenen Kapiteln ausführlich erklärt.
4.4			X	Es werden keine direkten Angaben zur nonresponsebias gemacht.
4.5	X			Die statistische Auswertung wird in einem eigenen Kapitel aufgeführt und beschrieben.

Lapane, L., K., Resnik L. 2005, *Obesity in Nursing Homes: An Escalating Problem*, Journal of the American Geriatric Society, 53 (8): S. 1386 - 1391.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Das Ziel der Studie wird sowohl im Abstract als auch in der Einleitung erklärt.
S2	X			Die gesammelten Daten dienen als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die Analyse dieser wird in einem eigenen Kapitel erläutert.
4.1	X			Die Sampling-Methode wird in einem eigenen Kapitel erklärt. Sie ist für die Beantwortung der Fragestellung adäquat.
4.2	X			Die ausgewählte Population repräsentiert die Zielpopulation, da die gewählten Personen aus der Zielpopulation stammen.
4.3	X			Die verwendeten Variablen werden in einem eigenen Kapitel angeführt.
4.4			X	Die nonresponsebias wird nicht genannt.
4.5	X			Die statistische Analyse wird im Kapitel der Methode genau dargestellt und erklärt.

Zhang, N., Field, T., Mazor, M., K., Zhou, Y., Lapane, L., K., Gurwitz, H., J. 2019, *The Increasing Prevalence of Obesity in Residents of U.S. Nursing Homes: 2005–2015*, Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 74 (12): S. 1-8.

	Yes	No	Can't Tell	Comment
S1	X			Das Ziel der Studie wird im Abstract und in der Einleitung genannt. Jedoch wird keine direkte Fragestellung in der Studie erwähnt.
S2	X			Die gesammelten Daten sind für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant.
3.1	X			Die gewählte Population ist repräsentativ für die Zielpopulation. Eine genaue Beschreibung der Population ist in der Studie vorhanden.
3.2	X			Die Variablen werden im Kapitel der Methode definiert.
3.3			X	Die Drop-Out-Rate wird nicht genannt
3.4			X	Es wird nicht erwähnt ob Störfaktoren in die Auswertung der Daten miteinbezogen wurden.

3.5		X	Es werden keine Angaben dazu gemacht.
-----	--	---	---------------------------------------

7.3. Charakteristika der Studien

Tabelle 3: Charakteristika der Studien

Autor/Jahr	Design	Setting/Stichprobengröße	Ergebnisse	Land
Apelt et. al 2012	Beobachtungsstudie	Für die Durchführung der Studie wurden per Gelegenheitsstichprobe fünf Berliner Pflegeheime ausgesucht, von diesen waren ein privates Pflegeheim, ein gemeinnütziges und drei konfessionsgebundenes Pflegeheim. Zur Datenerfassung wurden Pflegefachkräfte, die vorrangig für die Versorgung der beobachteten Bewohnerinnen und Bewohner, ausgewählt. Die zu beobachteten Bewohnerinnen und Bewohner wurden in eine Untersuchungs- und eine Kontrollgruppe eingeteilt. In der	Bei der Einteilung der beiden Gruppen konnten keine statistischen Unterschiede in Bezug auf die Vorerkrankungen oder die kognitive Leistungsfähigkeit, sowie Kommunikationsfähigkeit beobachtet werden. Zur Erfassung der körperlichen Fähigkeiten wurde die ADL-Skala verwendet, die beiden Gruppen unterschieden sich nicht sonderlich bei den Ergebnissen der Auswertung dieser.	Deutschland

		<p>Untersuchungsgruppe waren Personen mit einem BMI von über 30,0kg/m²oder einem Gewicht von über 100kg und in der Kontrollgruppe waren Personen mit einem BMI von 24,0 -29,9kg/m².</p>	<p>Die Autorinnen und Autoren hatten die Hypothese aufgestellt, dass Pflegefachkräfte beim Ankleiden der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner länger brauchen würden als bei den nicht adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern. Nach der Auswertung der Daten bestätigte sich diese Annahme. Die Pflegefachkräfte brauchten für die Tätigkeit des Ankleidens bei den adipösen Personen im Durchschnitt 9,26</p>	
--	--	---	---	--

			Minuten und bei den nicht-adipösen Personen im Durchschnitt 7,44 Minuten.	
Apelt et. al 2013	Qualitatives Forschungsdesign (Experteninterviews)	Für die Studie wurden sieben privatwirtschaftliche und acht freigemeinnützige Langzeitpflegeeinrichtungen in Bayern, Sachsen und Berlin ausgewählt. Die ersten fünf Pflegeheime wurden durch Expertenempfehlungen ausfindig gemacht und die restlichen über das Schneeballsystem. Für die Experteninterviews wurden ausschließlich Leitungskräfte ausgewählt. Zu diesen zählten 5 Heimleiterinnen/leiter, 5 Qualitätsmanagerinnen/manager und 5 Pflegedienstleiterinnen/leiter. Die	Die Studie untersuchte die Meinung der Pflegedienstleiter zu den adipösen Bewohnerinnen und zeigte auch die Schwierigkeiten auf, die bei der Versorgung von adipösen Bewohnerinnen und Bewohnern auftreten. Es wurde herausgefunden, dass die Leitungskräfte die adipösen Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Institutionen oft nicht	Deutschland

		<p>Leitungskräfte wurden mittels mündlicher und schriftlicher Ansprache rekrutiert und stimmten entweder schriftlich oder mündlich der Teilnahme an der Studie zu.</p>	<p>wahrnehmen und ihren Fokus mehr auf die mangelernährten Personen in ihrem beruflichen Umfeld richten. Weiters gaben sie an, dass Adipositas in Pflegeheimen nicht mehr therapierbar und daher nicht mehr relevant sei. Abschließend berichteten sie, Adipositas nur bei der personellen und instrumentellen Mehraufwendung zu bemerken. Denn für die Versorgung von diesen würden, laut ihren Aussagen, mehr Personal und spezielle</p>	
--	--	--	--	--

			Hilfsmittel benötigt werden.	
Hales et. al 2019	Gemeinschaftsfallstudie	Für die Studie wurden 28 Gesundheitsmitarbeiterinnen- und Mitarbeiter, die in drei Pflegeheimen auf der Nordinsel von Neuseeland arbeiteten, interviewt. Zusätzlich wurden, für die Auswertung, 224,200 Klienten-Zuweisungen über einen Zeitraum von drei Jahren, untersucht. Jedes der drei Pflegeheime hatte ein anderes Geschäfts- und Pflegemodell. Eines der Pflegeheime war eine gemeinnützige Stiftung, ein anderes war eine privat geförderte Einrichtung und das letzte war eine konfessionsgeführte Einrichtung. Zur Datensammlung wurden	In allen der drei untersuchten Pflegeheime war die Anzahl der adipösen oder übergewichtigen Personen höher als die der untergewichtigen (untergewichtig - 12.9%, normalgewichtig - 46%, übergewichtig/adipös/ stark adipös/extrem adipös - 31.6%, fehlende Daten - 9.5%). Keines der untersuchten Pflegeheime wies ideale infrastrukturelle Begebenheiten für eine optimale Versorgung von adipösen Personen auf.	Neuseeland

		<p>Interviews mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geführt, Daten zu den Pflegeheimen gesammelt, räumliche Messungen der Infrastruktur durchgeführt und Daten aus dem InterRAI wurden hinzugezogen. Die Datensammlung wurde von März bis Juni 2019 durchgeführt mit einer maximalen Aufenthaltsdauer, in den einzelnen Einrichtungen, von einer Woche.</p>	<p>Zusätzlich hatte keines der drei Pflegeheime das nötige Equipment, um die Versorgung für Personen mit einem Gewicht von über 120kg zu gewährleisten. Zusätzlich dazu fehlte es jedem der Pflegeheime an finanzieller Unterstützung, um mehr Pflegefachpersonal und spezielles Equipment für die Versorgung der adipösen Personen zur Verfügung zu stellen. Die Pflegeheime und ihre Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter seien zwar gewillt die optimale Pflege bereitzustellen,</p>	
--	--	---	--	--

			jedoch fehle es ihnen an den nötigen Mitteln.	
Harris et. al 2018	Kohortenstudie	Alle Bewohnerinnen und Bewohner, die im Jahr 2013 in einem Medicare oder Medicaid gesponsertem Pflegeheim lebten, wurden für die Studie herangezogen. Für die Datensammlung wurden Daten aus den MDS Assessments herangezogen. Insgesamt wurden 1,677,419 Personen für die Studie ausgewählt und von diesen nochmal 50,278, wegen fehlenden Daten zu Gewicht und Größe, schwerwiegenden Erkrankungen oder Inkontinenz (Stuhl und/oder Harn) von der Studie, ausgeschlossen. Schlussendlich blieben 1,627,141 Personen über. Diese	Bewohnerinnen und Bewohner in den Adipositas Klassen brauchten häufiger Unterstützung von zwei oder mehr Pflegefachkräften und diese benötigten auch länger bei der Durchführung der Versorgung der Person, verglichen mit Bewohnerinnen und Bewohnern aus der Kategorie der normalen oder untergewichtigen Personen.	USA

		wurden in die verschiedenen Gewichtsklassen eingeteilt. 5.7% waren untergewichtig, 34,6% waren normalgewichtig, 29,0% waren übergewichtig, 16,2% waren in der Adipositas Klasse 1, 7.7% waren in der Adipositas Klasse 2 und 5.2% waren in der Adipositas Klasse 3.		
Kosar et. al 2018	Retrospektive Querschnittsstudie	Medicare-Bezieher, die in einem staatlich zertifizierten Pflegeheim in den USA lebten, wurden am 1. April 2015 zur Thematik untersucht. Um herauszufinden ob für die Versorgung von adipösen Personen mehr Pflegepersonal benötigt wird. Insgesamt nahmen 1,063,383 Personen an der Untersuchung teil. Diese wurden für die Auswertung in vier Gruppen	Von den 1.063.383 untersuchten Personen waren 309,263 (29.0%) adipös. Die adipösen Personen neigten eher dazu physische Komorbiditäten zu haben und weniger dazu an neurologischen Komorbiditäten erkrankt zu sein. 39,9% der Personen in der Gruppe	USA

		<p>unterteilt. Die Datensammlung erfolgte mittels MDS Assessments.</p>	<p>der leichten Adipositas benötigten Unterstützung von 2 oder mehr Pflegepersonen, in der Gruppe der Personen mit Adipositas waren es 42,8% und in der Gruppe der Personen mit starker Adipositas waren es 47,8%. In der Gruppe der Personen ohne Adipositas belief sich der prozentuelle Anteil an Personen die Hilfe von zwei oder mehr Pflegefachkräften benötigten auf 37,0%.</p>	
Lapane et. al 2005	Querschnittsstudie	<p>1625 Pflegeheime in Kansas, Maine, Mississippi, New York und South Dakota wurden im Zeitraum von 1992-2002</p>	<p>Im Jahr 1992 waren in den untersuchten Pflegeheimen weniger als 15% der neu</p>	USA

		<p>untersucht. Zusätzlich wurden im Jahr 2002 16,110 Pflegeheime in ganz Amerika untersucht. Für die Untersuchung wurden neu eingezogene Personen in den Jahren 1992-2002 erfasst und ihre Daten zu Gewicht und Größe erfragt.</p>	<p>eingezogenen Personen adipös. Diese Zahl stieg im Jahre 2002 auf über 25% an. Bei der Auswertung der Ergebnisse konnte herausgefunden werden, dass beinahe 30% der adipösen Bewohnerinnen und Bewohner jünger als 65 Jahre waren.</p>	
Zhang et. al 2019	Kohortenstudie	<p>Für die Datensammlung wurden die Daten aus dem MDS-Assessment herangezogen. Es wurden nur Daten von Bewohnerinnen und Bewohnern inkludiert, die in den Jahren 2005 bis 2015 in Medicare oder Medicaid zertifizierten Pflegeheimen in den USA lebten.</p>	<p>Die Anzahl der adipösen Personen in den Pflegeheimen hat sich von 390,719 im Jahr 2005 auf 424,400 im Jahre 2015 erhöht. Diese Zahl ist in den untersuchten Jahren gestiegen, obwohl die</p>	USA

		<p>Zu diesen wurden nur Personen gezählt die 100 Tage am Stück in einem der genannten Pflegeheime wohnten. Ebenso wurden nur Personen inkludiert bei denen Daten zu Gewicht und Größe vorhanden waren. Die untersuchten Personen wurden in die einzelnen BMI Klassen und Altersklassen eingeteilt.</p>	<p>Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohnern im Allgemeinen von 1,743,443 auf 1,517,872 gesunken ist.</p> <p>Die Prävalenz von Adipositas ist in den Jahren 2005-2015 von 22,4% im Jahr 2005 auf 28,0% im Jahr 2015 gestiegen. Auch bei den einzelnen Altersklassen gab es Unterschiede in der Prävalenz von Adipositas. So stieg die Prävalenz von 13,2% im Jahr 2005 auf 17,3% im Jahr 2015, in der Altersklasse der 85+ jährigen, an.</p>	
--	--	--	---	--