

Masterarbeit

Adipositas im Setting

Pflegeheim:

Ein Scoping Review

**Pflegerische Herausforderungen und
potentielle Maßnahmen für die Betreuung
von adipösen BewohnerInnen**

eingereicht von

Katrin Winter, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinische Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von:

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

Univ.-Prof. ⁱⁿ DiplomPflegepäd. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Christa Lohrmann, FEANS

Graz, am 23.09.2020

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Graz, September 2020

Katrin Winter, eh

Danksagung

Danke an mich ☺

Danke an all die Menschen, die mich begleiten und unterstützen.

Worte sind nicht genug um meiner Wertschätzung und Dankbarkeit dir gegenüber
auch nur annähernd adäquat Ausdruck verleihen zu können.

Danke, einfach nur Danke für alles, Thomas D.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung.....	VIII
Abstract.....	X
1. Einleitung.....	1
1.1 Definition.....	4
1.2 Krankheitsbild „Adipositas“: Ursachen – Folgen.....	4
1.3 Messung und Einteilung.....	6
1.4 Alternde Gesellschaft und Adipositas.....	8
1.5 Pflegemodell nach Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney: Das Modell des Lebens.....	13
1.6 Forschungsfragen und Ziel dieser Arbeit.....	16
2 Methode.....	17
2.1 Auswahl der Studien.....	20
2.2 Qualitätsbewertung.....	21
3 Ergebnisse.....	23
3.1 Einfluss einer vorliegenden Adipositas auf den tatsächlichen Pflegeaufwand 30	
3.2 Einfluss einer vorhandenen Adipositas auf andere potentielle Pflegethemen.....	39
3.3 Infrastrukturelle Herausforderungen und potentielle Verbesserungsmaßnahmen für die Pflegepraxis.....	42
4 Diskussion.....	45
5 Stärken und Limitationen.....	51
6 Empfehlungen für potentielle zukünftige Forschung.....	52
7 Empfehlungen für die Praxis.....	54
8 Schlussfolgerung.....	56
9 Literaturverzeichnis.....	57

Abkürzungsverzeichnis

ATL	Aktivität des täglichen Lebens
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
CBN	Certified Bariatric Nurse
CINHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COSI	Childhood Obesity Surveillance Initiative
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik
EASO	European Association for the Study of Obesity
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
KI	Konfidenzintervall
kg	Kilogramm
LA	Lebensaktivität
m ²	Quadratmeter
MDS	Minimum Data Set
MeSH	Medical Subject Heading
ÖAG	Österreichische Adipositasgesellschaft
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Odds ratio (Wahrscheinlichkeit, Risiko)
OSCAR	Online Survey Certification and Reporting-System
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	Public Medical Literature Online
UG	Untersuchungsgruppe
USA	United States of America
U.S.	United States
VG	Vergleichsgruppe
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	
Übersicht der prozentuellen Anteile adipöser Personen innert der EU/EU-Durchschnitt. Datenquelle: Eurostat 2014	2
Abbildung 2:	
Prozentueller Anteil der Erwachsenen mit Fettleibigkeit in ausgewählten OECD-Ländern im Zeitraum der Jahre 1990 bis 2015. Datenquelle: Statista 2020	3
Abbildung 3:	
BMI-Klassifizierung in Anlehnung an die WHO.....	6
Abbildung 4:	
Bevölkerungsprognose für Österreich bis 2080. Grafik zur Verfügung gestellt von der Wirtschaftskammer Österreich (2020)	8
Abbildung 5:	
Modell des Lebens nach Roper at al. (2000).....	15
Abbildung 6:	
Flussdiagramm der Literaturrecherche, PRISMA Flow Chart (PRISMA 2015).....	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	
Suchbegriffe und Synonyme.....	18
Tabelle 2:	
Übersicht der eingeschlossenen Artikel.....	24
Tabelle 3:	
Darstellung der Wahrscheinlichkeit einen höheren Unterstützungsbedarf aufzuweisen: Adipöse versus nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen	31
Tabelle 4:	
Darstellung der Wahrscheinlichkeit einen höheren Unterstützungsbedarf aufzuweisen: PflegeheimbewohnerInnen aufgeteilt in Adipositasgruppen versus nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen.....	33
Tabelle 5:	
Die Wahrscheinlichkeit, weniger Unterstützung bei der Verrichtung von ATLS zu erhalten: Adipöse versus nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen	34
Tabelle 6:	
Darstellung der Lebensaktivitäten und potentielle Maßnahmen	54

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Prävalenz von Adipositas hat in den letzten Jahrzehnten weltweit zugenommen. Parallel zu dieser Tatsache zeigt sich ein immer Älter werden der Menschen. Diese Entwicklungen führen im weiteren Verlauf zu einer steigenden Anzahl an adipösen BewohnerInnen in Pflegeheimen. Durch diese Veränderungen sieht sich das Pflegepersonal im Pflegealltag mit neuen Herausforderungen konfrontiert.

Ziel

Das Ziel dieser Arbeit ist es, unter Verwendung von internationaler Literatur, aufzuzeigen, mit welchen pflegerischen und infrastrukturellen Herausforderungen Pflegepersonen bei der Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen konfrontiert sind und welche Maßnahmen eingesetzt werden können, um diese Herausforderungen in der Pflege adäquat bewältigen zu können.

Methode

Um das Ziel zu erreichen, wurde ein Scoping Review verfasst. Die Literaturrecherche erfolgte von April bis Juni 2020 in internationalen wissenschaftlichen Datenbanken. Zusätzlich fand eine Handsuche statt. Anhand definierter Einschlusskriterien wurden 17 Studien kritisch bewertet und davon 13 in den Review inkludiert.

Ergebnisse

Die Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen erfordert sowohl einen zeitlichen als auch einen personellen Mehraufwand. Für einzelne Pflegetätigkeiten benötigen Pflegepersonen bei adipösen PflegeheimbewohnerInnen signifikant mehr Zeit als bei nicht adipösen BewohnerInnen. Adipöse PflegeheimbewohnerInnen benötigen, im Gegensatz zu nicht adipösen, zur Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens häufiger die Unterstützung von zumindest zwei Pflegepersonen. Hilfsmittel, wie z.B. geeignete Hebe- und Gehilfen, Duschsessel oder Rollstühle sollen bei der Versorgung von Betroffenen zum Einsatz kommen. Evidenzbasierte Guidelines für die Betreuung von adipösen BewohnerInnen sind nicht vorhanden.

Schlussfolgerung

Es zeigt sich, dass das Thema Adipositas im Setting Pflegeheim, vor allem im deutschsprachigen Raum, noch keine allzu große Präsenz hat. Daher ist weitere Forschung in diesem Gebiet unerlässlich um in Zukunft dieser Herausforderung adäquat und professionell begegnen zu können. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen einen erhöhten Personal- und Zeitbedarf, der durch die Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen bedingt ist. Konkret könnte diesem durch z.B. eine adäquate Umfeldgestaltung und durch den Einsatz von ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal entgegengewirkt werden.

Abstract

Background

The prevalence of obesity has increased worldwide over the past few decades. Parallel to this fact, people are getting older and older. These developments lead in the further course to an increasing number of obese residents in nursing homes. As a result of these changes, the nursing staff is confronted with new challenges in everyday nursing.

Aim

The aim of this work is to use international literature to show which nursing and infrastructural challenges caregivers are confronted with when looking after obese nursing home residents and which measures can be used to adequately cope with these challenges.

Method

In order to achieve the goal, a scoping review was written. The literature search was carried out in scientific databases from April to June 2020. A hand search also took place. Using defined inclusion criteria, 17 studies were critically assessed and 13 of them were included in this review.

Results

The care and support of obese nursing home residents requires additional expenditure in terms of both time and personnel. For individual care activities, caregivers need significantly more time for obese nursing home residents than for non-obese residents. Obese nursing home residents, in contrast to non-obese, are more likely to require the support of at least two caregivers to carry out activities of daily living. Aids such as suitable lifting aids, shower chairs or wheelchairs should be used to care for those affected. Evidence-based guidelines for the care of obese residents are not available.

Conclusion

It turns out that the topic of obesity in the nursing home setting, especially in german-speaking countries, is not yet very much present. Further research in this area is therefore essential in order to be able to meet this new challenge adequately and professionally in the future. The results of this work show an increased need for staff and time due to the care and support of obese nursing home residents. Specifically, this could be achieved by e.g. an adequate redesign of the environment and the use of sufficiently qualified nursing staff.

1. Einleitung

Global betrachtet leidet die Bevölkerung zunehmend an Übergewicht. Im Jahr 2016 waren weltweit mehr als 1,9 Milliarden Menschen davon betroffen. Rund drei Millionen Menschen sterben pro Jahr an den Folgen (z.B. auf Grund von Herz-Kreislaufkrankungen) von Adipositas. Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts hat sich die Adipositasprävalenz zu mindestens verdreifacht. (WHO 2018). Sofern die aktuelle Entwicklung anhält, werden im Jahr 2025 2,7 Milliarden Menschen weltweit übergewichtig – davon rund 177 Millionen morbid fettleibig und in den meisten Fällen folglich auch medizinisch behandlungsbedürftig sein (ÖAG 2015).

Im Jahr 2014 war beinahe jede sechste erwachsene Person in der EU adipös. Das Risiko an Adipositas zu erkranken steigt mit zunehmenden Alter. Liegt der Anteil an adipösen Personen in der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen bei rund 6%, so sind es in der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen 22%. Bei dieser Erhebung weisen Rumänien und Italien die niedrigsten Anteile an adipösen Personen an der Gesamtbevölkerung auf (jeweils ca. 10%), hingegen sind in Malta 26% der EinwohnerInnen adipös. (eurostat, 2014). 2017 lag der prozentuelle Anteil adipöser Personen an Österreichs Gesamtbevölkerung bei 12,1%, wobei der Anteil der Frauen 10,7% und der der Männer 13,4% betrug (Rust et al. 2017).

Abbildung 1 stellt die prozentuellen Anteile adipöser Menschen (Personen, die 18 Jahre oder älter sind) an der Gesamtbevölkerung der einzelnen EU-Mitgliedstaaten im Jahr 2014 dar.

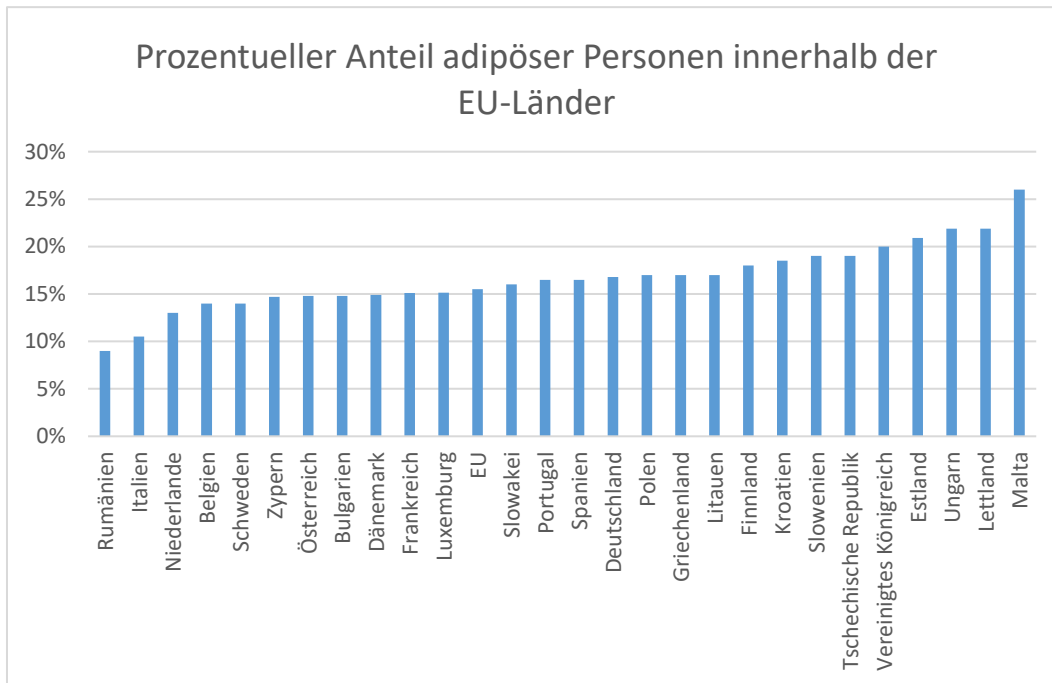


Abbildung 1: Übersicht der prozentuellen Anteile adipöser Personen innert der EU/EU-Durchschnitt. Datenquelle: Eurostat 2014

Die *Organisation for Economic Co-operation and Development*¹ (OECD) erwartet innerhalb ihrer Mitgliedsstaaten auch in den kommenden Jahren einen weiteren Zuwachs an Personen die von krankhaftem Übergewicht betroffen sind. In Ungarn, Neuseeland, Mexiko und den USA ist beinahe jeder dritte Erwachsene (mehr als 30%) adipös. Japan und Korea weisen mit 3,7% und 5,3% die niedrigsten Anteile an krankhaft fettleibigen Erwachsenen auf. Österreich liegt mit rund 15% unter dem OECD-Durchschnitt (19%) (OECD 2017).

¹ Die OECD ist eine internationale Organisation mit 37 Mitgliedsstaaten. Ihr Ziel ist die Durchführung einer wissensbasierten Beratung der Regierungen zur Erreichung von Wachstum, Wohlstand und Armutsbekämpfung (Bundesministerium Landwirtschaft, Regionen und Tourismus 2020).

Die nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über die Entwicklung der prozentuellen Häufigkeit an Fettleibigkeit bei Erwachsenen in ausgewählten Ländern der OECD. Die Statistiken umfassen Daten von 1990 bis 2015, soweit diese vorhanden sind.

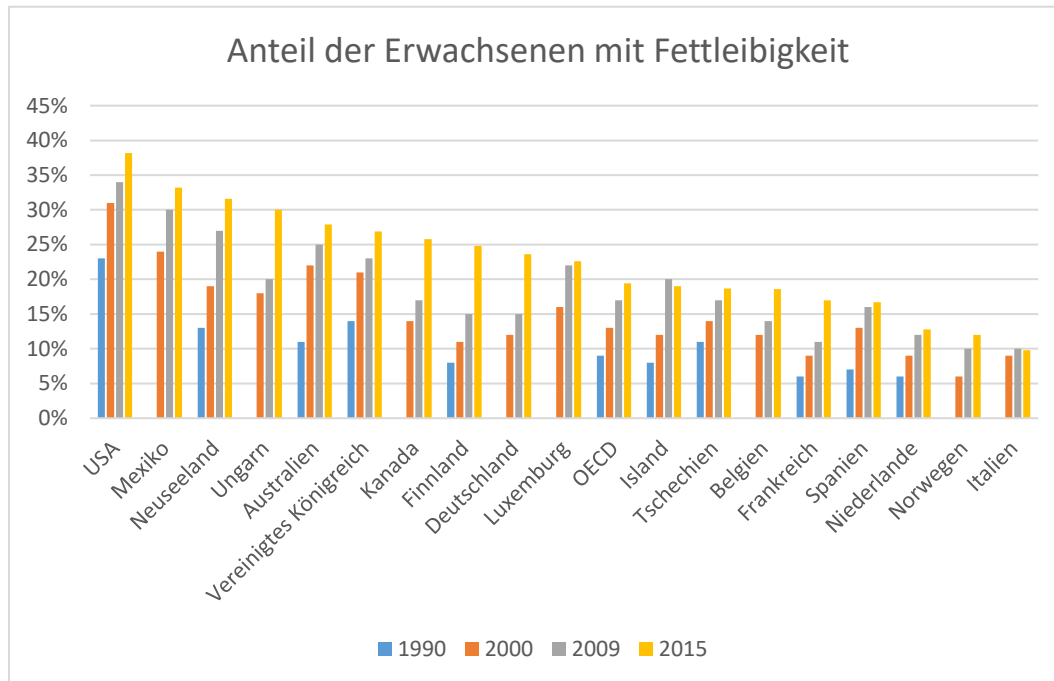


Abbildung 2: Prozentueller Anteil der Erwachsenen mit Fettleibigkeit in ausgewählten OECD-Ländern im Zeitraum der Jahre 1990 bis 2015. Datenquelle: Statista 2020

Ein völlig anderes Bild zeigt sich bei der Entwicklung von krankhaftem Übergewicht bei Kindern. Die Länder Südeuropas verzeichnen eindeutig die höchsten Adipositasraten. Zwischen 18% und 21% der Kinder² sind in Ländern wie Italien, Malta, San Marino, Zypern und Griechenland adipös. Hingegen weisen Frankreich, Lettland, Dänemark, Norwegen und Irland die niedrigsten Raten auf (zwischen 5% und 9%) (COSI 2018).

² Diese Daten liefert COSI (Childhood Obesity Surveillance), eine WHO-Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter. Dabei werden Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern im Grundschulalter erfasst. Standardisierte Angaben bezüglich Größe und Gewicht von rund 250 000 Kindern im Alter von 6 bis 9 Jahren werden dabei verwendet.

1.1 Definition

Die Begriffe „Adipositas“ und „krankhaftes Übergewicht“ werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet. Dabei ist darunter folgendes zu verstehen:

Personen, denen krankhaftes Übergewicht attestiert wird, weisen eine über das Normalmaß hinausgehende Ansammlung an Fettgewebe in ihrem Körper auf. Übersteigt die Energiezufuhr im Körper dauerhaft den Energieverbrauch so kommt es zu einer pathologischen Anreicherung von Fettdepots (WHO 2018). Die Ursachen, als auch die Folgen dieser Erkrankung sind mannigfaltig und werden im Verlauf der Arbeit dargestellt.

1.2 Krankheitsbild „Adipositas“: Ursachen – Folgen

Krankhaftes Übergewicht wird mittlerweile als eigenständige chronische Erkrankung definiert und anerkannt. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI 2020) kategorisiert Adipositas als eine Ernährungs- und Stoffwechselkrankheit. Die Ursachen setzen sich aus einer Variation von unterschiedlichen verhaltenspsychologischen und soziokulturellen sowie genetischen Faktoren zusammen. Darüber hinaus können unterschiedliche Krankheiten oder besondere Lebensumständen die Entstehung von Adipositas begünstigen. Des Weiteren kann die Einnahme bestimmter Medikamente zu einer krankhaften Gewichtszunahme führen. Höheres Alter und die damit einhergehenden physiologischen Veränderungen im Körper können für die Entstehung von Adipositas förderlich sein. (Lohmer, Ulbrich 2013).

Eine ungesunde Lebensführung in Kombination mit einer kontinuierlichen positiven Energiebilanz – es werden dem Körper mehr Kalorien als er verbraucht, zugeführt – ist weiterhin die häufigste Ursache für die Entstehung von Fettleibigkeit. Die starke Veränderung des (Arbeits-)Alltages in den letzten Jahrzehnten wirkt sich ebenfalls begünstigend auf die Entstehung von krankhaftem Übergewicht aus. Mangelnde Bewegung im Alltag, eine passive Freizeitgestaltung, unregelmäßige Mahlzeiten, die ständige Verfügbarkeit von Lebensmitteln, Essen als Ersatzbefriedigung, sitzende Tätigkeiten und dergleichen prägen häufig den Alltag der westlichen Gesellschaft.

Diesem Konglomerat können genetische Faktoren als potentielle Ursachen ergänzend (Wirth 2013).

Fettverteilung, Grundumsatz und die Energieverwertung sind von Mensch zu Mensch völlig unterschiedlich. Welche Rolle die genetische Disposition tatsächlich spielt, ist nicht gänzlich geklärt. Untersuchungen mit Zwillingen und Adoptivkindern legen eine genetische Prädisposition nahe. Das Gewicht von Adoptivkindern entspricht eher dem der biologischen Eltern. Bei getrenntlebenden Zwillingen konnte eine große Übereinstimmung des BMI festgestellt werden (Siegenthaler, Blum, 2006; Rzehak et al. 2017).

Nicht nur die möglichen Ursachen, die das Auftreten von krankhaftem Übergewicht positiv beeinflussen, sind vielfältig – ebenso die Folgen und Auswirkungen dieser Erkrankung. Adipositas gilt unter anderem als Hochrisikofaktor für die Entstehung eines metabolischen Syndroms³. Die Lebensqualität des Einzelnen/der Einzelnen kann durch Adipositas stark gemindert werden. Der/die Betroffene ist meist bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens eingeschränkt und hat möglicherweise mit einer Stigmatisierung und/oder mit Benachteiligungen im Alltag zu kämpfen. Im weiteren Verlauf kann dies zu psychischen Erkrankungen führen. Darüber hinaus begünstigt vorhandene Adipositas die Entstehung verschiedener Erkrankungen. Dazu zählen unter anderem diverse Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates als auch Erkrankungen des Herz-, Kreislaufsystems. Diese Umstände belasten nicht nur die Einzelperson und gegebenenfalls das nahe Umfeld, sondern führen auch zu einer Erhöhung der Gesundheitsausgaben (Dorner 2016, EASO 2018, Wirth, 2013).

³ Unter metabolischem Syndrom versteht man eine Kombination aus verschiedenen Symptomen wie abdominelle Adipositas, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck.

1.3 Messung und Einteilung

Um Adipositas national und international vergleichbar machen zu können, wird zumeist die Messung mittels Body-Mass-Index (BMI) herangezogen. Die Berechnung des BMI ist unkompliziert und schnell durchführbar, bietet dadurch rasch einen ersten Anhaltspunkt bei der Einschätzung des Körpergewichts einer Person und gilt durch diese Eigenschaft als valider Messwert um eine Gewichtseinschätzung bei größeren Populationen durchführen zu können. Bei dieser Messung wird das Körpergewicht in Verhältnis zur Körpergröße gesetzt. Das Ergebnis darf jedoch lediglich als grober Richtwert verstanden werden. Andere wichtige Faktoren, wie z.B. Alter, Fettverteilungsmuster, Körperzusammensetzung werden bei dieser Betrachtung außer Acht gelassen. Bei Frauen beispielsweise ist der Anteil der Muskelmasse an der Gesamtkörpermasse in der Regel geringer als bei Männern. Folglich können sich die Ober- bzw. Untergrenzen dementsprechend verschieben (WHO 2000, Wirth, 2013).

Anhand des errechneten Wertes wird eine Klassifizierung vorgenommen. Abbildung 3 zeigt die Einteilung der unterschiedlichen Bereiche. Adipositas per se wird dabei in drei Schweregrade unterteilt.

Bereich	BMI (kg/m²)
Untergewicht	< 18,50
Normalgewicht	18,50–24,99
Übergewicht (Präadipositas)	25–29,99
Adipositas Grad I	30–34,99
Adipositas Grad II	35–39,99
Adipositas Grad III	≥ 40

Abbildung 3: BMI-Klassifizierung in Anlehnung an die WHO (2020)

Die Beurteilung des Körpergewichtes ist im Vergleich dazu im Kindes- und Jugendalter (0–18 Jahre) diffiziler. Um hier die Einschätzung adäquat durchführen zu können, werden sogenannte BMI-Referenzkurven verwendet, da der BMI alters- und geschlechtsabhängig betrachtet wird. Die Feststellung von Adipositas bzw. extremer Adipositas erfolgt dabei mittels der 97. Bzw. der 99,5. Perzentile⁴ der Referenzdaten nach Kronmeyer-Hausschild et al. (Wabitsch, Kunze, 2015).

Aktuell wird, ausgehend vom sogenannten Adipositas-Paradoxon, die These vertreten, dass ein etwas erhöhter BMI-Wert im höheren Alter durchaus akzeptabel ist⁵. Bei Personen ab 65 Jahren können kleinere Fettreserven hilfreich sein um länger andauernde Krankheiten besser überstehen zu können (Borgiel 2020). Jedoch trifft dieses Paradoxon nur bei Personen zu, die bereits erkrankt sind. Grundsätzlich gilt Übergewicht beziehungsweise Adipositas bei gesunden Menschen als Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen. Daher war die Tatsache überraschend, als im Jahr 1999 erstmalig das Adipositas-Paradoxon⁶ beschrieben wurde (Fleischmann et al. 1999). Dieses Ergebnis wurde durch weitere Forschung bekräftigt. So belegt eine Metaanalyse aus dem Jahr 2013, dass sich das Risiko, einen vorzeitigen Tod zu erleiden, bei Personen mit Präadipositas im Vergleich zu normalgewichtigen Personen, um 6% senkt (Flegal et al. 2013). Die Ergebnisse wurden und werden nach wie vor kontrovers diskutiert. Studien belegen auch das Nicht-Existieren dieses Paradoxons (The Global BMI Mortality Collaboration 2016).

⁴ Interpretation der Perzentile: Liegen die Messwerte eines Kindes beispielsweise auf dem 97. Perzentil, so sind 97% der gleichaltrigen leichter als das gemessene Kind.

⁵ Ein erhöhter BMI-Wert meint hier, Adipositas Grad I. Grad II und III sind von dieser These ausgeschlossen (Wirth 2018).

⁶ Dieses Phänomen beschreibt die Tatsache, dass übergewichtige/adipöse PatientInnen, im Vergleich zu normalgewichtigen, bei einigen Erkrankungen eine bessere Chance haben, diese zu überleben.

1.4 Alternde Gesellschaft und Adipositas

Wie bereits im ersten Teil der Einleitung erwähnt, zählt ein höheres Alter⁷ zu den Risikofaktoren für das Auftreten und die Entstehung von Adipositas. Österreich sieht sich in den letzten Jahrzehnten mit einer stetig älter werdenden Gesellschaft und den daraus resultierenden Folgen konfrontiert. Diesem Prozess liegen im Wesentlichen zwei Ursachen zu Grunde. Zum einen steigt der Anteil der älteren Menschen kontinuierlich wohingegen der Anteil an jüngeren Menschen sinkt (Fent, Fürnkranz, 2019).

Aktuell liegt die Lebenserwartung in Österreich bei 84 Jahren bei Frauen und bei 79 Jahren bei Männern. Pro Jahrzehnt steigt die durchschnittliche Lebenserwartung um ca. zwei Jahre (Statistik Austria, 2019).

Die nachfolgende Grafik gibt einen Ausblick auf das potentielle Bevölkerungswachstum der österreichischen Bevölkerung bis zum Jahr 2080.

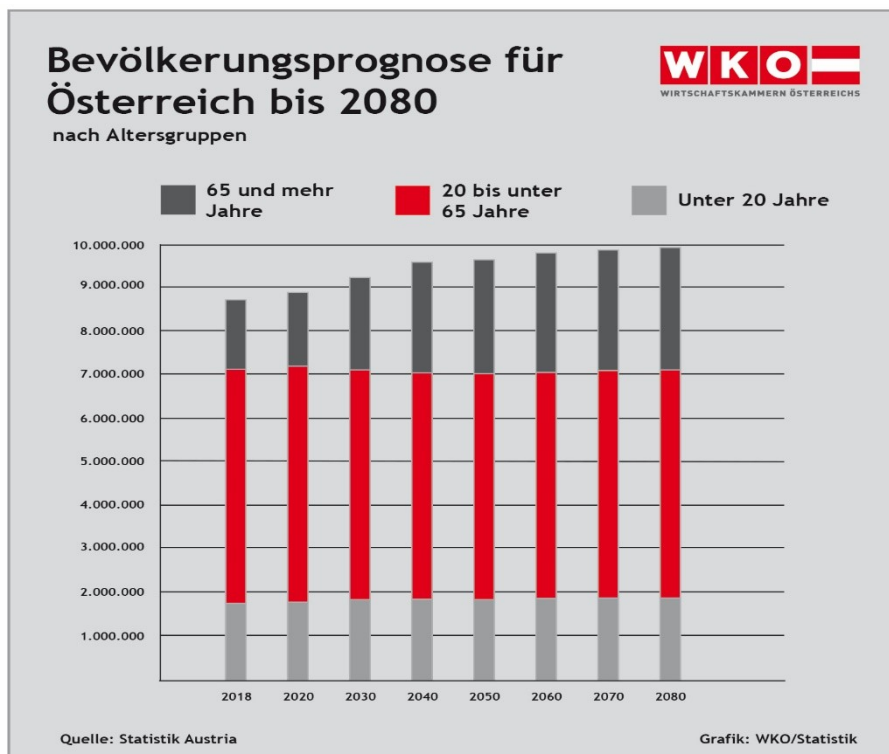


Abbildung 4: Bevölkerungsprognose für Österreich bis 2080. Grafik zur Verfügung gestellt von der Wirtschaftskammer Österreich (2020)

⁷ Das Erwachsenenalter eines Menschen wird in früheres (18–35 Jahre), mittleres (35–65 Jahre), höheres (65–80 Jahre) und hohes (>80 Jahre) Alter unterteilt (Oerter, Montada 2002).

Die drei Komponenten, steigende Lebenserwartung, sinkende Geburtenzahlen und räumliche Mobilität, beeinflussen die Anzahl der potentiell pflegenden Angehörigen, sodass vermehrt Betreuungsalternativen in Anspruch genommen werden. 2018 wurden in Österreich rund 95.000 Personen in stationären Langzeitpflegeeinrichtung betreut. Der Trend der letzten Jahre zeigt ein stetiges Wachstum dieser Zahl. Ca. 153.400 Personen wurden im selben Jahr von mobilen Diensten zuhause unterstützt – auch diese Zahl steigt im Verlauf der letzten Jahre (Statistik Austria, 2020).

Für die Gesellschaft bringt diese Entwicklung zahlreiche Veränderungen mit sich. Die älter werdende Bevölkerung hat erhebliche Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Pensionssystem. Aber auch die aktuellen politischen Konzepte hinsichtlich Arbeitsmarkt, Bildung und Familien müssen diesen Herausforderungen angepasst werden (Fent, Fürnkranz, 2019).

Darüber hinaus darf jedoch die individuelle Herausforderung, die das Älterwerden mit sich bringt, nicht außer Acht gelassen werden. Grundsätzlich ist das Altern per se ein physiologischer Prozess, der durch eine Abnützung aller Körpersysteme bedingt ist. Der menschliche Organismus verfügt zwar über die Möglichkeit sich im beschränkten Ausmaß selbst zu heilen, jedoch nimmt diese Fähigkeit mit dem Älter werden stetig ab. Grundsätzlich sinkt sowohl die körperliche als auch die geistige Leistungsfähigkeit im Laufe des Lebens kontinuierlich. Durch ein aktiv gestaltetes, selbstständiges Leben kann dieser Abbau zeitlich verzögert werden. Viele Menschen sehen sich aber im höheren bzw. hohem Alter mit Multimorbidität sowie einer immer größer werdenden Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Eindeutige Aussagen bezüglich der Prävalenz von Multimorbidität können laut Literatur nicht getroffen werden. Jedoch nimmt die Anzahl und Schwere der Erkrankungen tendenziell mit dem Alter zu (Kuhlmey, 2009; Scherer et al. 2017).

Zu diesen zählen unter anderem Erkrankungen aus folgenden Bereichen:

- Durchblutungsstörungen
- Herz-, Kreislauferkrankungen
- Krebserkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen
- Rückenbeschwerden
- Mobilitätseinschränkungen
- Erkrankungen der Sinnesorgane
- Diabetes mellitus (Kohler, Ziese, 2004, Scherer et al. 2017).

Durch das fortgeschrittene Lebensalter sind die Auswirkungen der Erkrankungen oftmals komplexer und können sich verstärken, da physiologische Prozesse verändert oder gegebenenfalls verzögert ablaufen. Die individuelle Lebensqualität kann durch das Vorhandensein mehrerer Erkrankungen rapide sinken. Im weiteren Verlauf kann es dadurch zu einem Anstieg der Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit kommen (Kuhlmeier, 2009; Gfrerer et al. 2016).

Ältere Menschen sehen sich zudem mit dem Problem der Altersdiskriminierung (Ageismus) konfrontiert. Sie werden tatsächlich auf Grund ihres Alters vorverurteilt und benachteiligt. Betroffene werden in unterschiedlichster Art und Weise daran gehindert, adäquat am Leben in all seinen Ausprägungen teilzunehmen (Bayreuther, 2011). Nahezu alle Lebensbereiche können davon betroffen sein: Restriktionen in der Arbeitswelt, stereotype Darstellung von älteren Menschen in den Medien, Benachteiligungen im Alltag, etc. Durch diese Vorgänge kommt es zu einer schrittweisen Exklusion aus der Gesellschaft. Dies wiederum kann sich negativ auf die Lebensqualität und die Gesundheit der betroffenen Personen auswirken (WHO 2020).

Eventuell vorhandenes Übergewicht kann diese Diskriminierung synergetisch beeinflussen. Betroffene Personen sehen sich mit den Vorurteilen gegenüber älteren und fettleibigen Menschen konfrontiert. Die Prävalenz von Adipositas in der älteren Bevölkerung weist in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg auf. Der Anteil an adipösen Frauen (12–41%) ist dabei höher, als der bei Männern (8–24%)⁸. Adipositas beeinflusst bestimmte chronische Erkrankungen (z.B. degenerative Gelenks- und kardiometabolische Erkrankungen) in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf, für die ohnehin ein bereits vorhandenes, höheres Alter als Risikofaktor gilt (Lechleitner 2016).

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung, der damit immer größer werdende Anteil an Personen mit höherem/hohen Alter und steigende Adipositaszahlen in allen Altersgruppen bringen neue Herausforderungen in der Pflege und Betreuung der Betroffenen mit sich. In den USA gibt deshalb bereits seit einigen Jahren das eigenständige Berufsbild der „Certified Bariatric Nurse“ (CBN). Diese Ausbildung hat die Betreuung von adipösen PatientInnen, welche sich einer bariatrischen Operation⁹ unterziehen, zum Inhalt. Das Aufgabengebiet einer CBN ist breit gefächert und umfasst unterschiedliche Verantwortungsbereiche. Die Kernaufgabe ist die professionelle Pflege von krankhaft übergewichtigen Personen. Nachfolgende Punkte stellen das Grundgerüst für die Ausübung dieser Spezialisierung dar.

- Fachkenntnisse zum Krankheitsbild Adipositas
- PatientInnensicherheit
- Umsetzung von evidenzbasiertem Wissen in der Praxis
- Erlangung optimaler Behandlungsergebnisse
- Bestmögliche Qualität der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten (ASMBS 2015).

⁸ Quelle: Euronut-Seneca Studie.

⁹ Bariatrische Operationen sind operative Eingriffe, die zu einer Reduktion des Körpergewichtes führen sollen.

Wie bereits erwähnt, kann das Vorhandensein von krankhaftem Übergewicht das Auftreten von unterschiedlichen Begleiterkrankungen begünstigen. Diese Tatsache kann bei betroffenen Menschen im hohen/höheren Alter zu einem vorzeitigen Eintritt in ein Pflegeheim führen. Studienergebnisse zeigen, dass Personen, welche im mittleren Lebensalter adipös waren, ein leicht erhöhtes Risiko gegenüber nicht-adipösen Personen haben, einen frühzeitigen Pflegeheimeintritt zu erfahren (Elkins et al. 2006). Weitere Untersuchungen präsentieren ähnliche Ergebnisse: Adipöse Personen, im Alter von 65 bis 74 Jahren, weisen im Vergleich zu normal gewichtigen ein statistisch signifikant höheres Risiko auf, in einem Pflegeheim aufgenommen zu werden (Valiyeva et al. 2006). Laut Yang und Zhang (2014) führt vorhandene Adipositas zu einer höheren Wahrscheinlichkeit in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung aufgenommen zu werden und zu verhältnismäßig mehr Pflegeheimtagen vor dem Tod. Darüber hinaus verursacht die Betreuung von adipösen BewohnerInnen, bezogen auf die Lebenszeit im Pflegeheim, höhere Kosten als die Betreuung von nicht adipösen. Durch diese Entwicklung sind Pflegepersonen in stationären Langzeiteinrichtungen zunehmend mit adipösen BewohnerInnen und den damit einhergehenden Herausforderungen konfrontiert (Harris, Castle 2017).

Ältere adipöse Menschen, die in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen leben, sehen sich mit diversen Herausforderungen konfrontiert. Die selbstständige Durchführung unterschiedlicher Alltagsaktivitäten ist zum Teil limitiert und erfordert dementsprechende Unterstützung. Das „Modell des Lebens“ von Roper, Logan und Tierney erfasst eine Situation in ihrer Gesamtheit und zeigt so den individuellen, aktuellen Unterstützungsbedarf, den eine Person benötigt (Roper et al 2016). Dieser Ansatz dient als theoretischer Rahmen für die vorliegende Arbeit und soll der Erfassung der Komplexität der Fragestellungen dienlich sein. Im nachfolgenden Kapitel wird die Grundidee dieses Modelles näher erläutert.

1.5 Pflegemodell nach Nancy Roper, Winifred Logan und Alison Tierney: Das Modell des Lebens

Dieses Modell fordert auf, den Menschen als Individuum zu erfassen, Beziehungen aktiv zu gestalten und Bedürfnisse individuell zu befriedigen.

Aufbauend auf fünf elementaren Konzepten (Lebensaktivitäten, Lebensspanne, Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum, Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflussen, Individualität im Leben/individuelle Krankenpflege) wird durch dieses Modell versucht, die wesentlichen Merkmale des komplexen Phänomens „Leben“ darzustellen (Roper et al. 2016).

Lebensaktivitäten (LA):

Dabei handelt es sich um grundlegende Aktivitäten, die von allen Menschen ausgeführt werden. Die 12 LAs¹⁰ sind in sich sehr komplex, beeinflussen sich gegenseitig und stehen in einer engen Wechselbeziehung zueinander (Roper et al. 2016).

Lebensspanne

Dabei wird das gesamte Leben eines Menschen betrachtet. Während ein Mensch die unterschiedlichen Lebensphasen „erlebt“, findet ständig Veränderung statt (Roper et al. 2016).

Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskontinuum

Niemand kann vollständige Unabhängigkeit in der Ausführung aller LAs erreichen und sie Zeit seines Lebens kontinuierlich erhalten. Der Bedarf an Unterstützung verändert sich abhängig von der Lebensphase in der sich der Mensch befindet (Roper et al. 2016).

¹⁰ Die LAs umfassen folgende Tätigkeiten: Für eine sichere Umgebung sorgen, kommunizieren, atmen, essen und trinken, ausscheiden, sich sauber halten und kleiden, die Körpertemperatur regulieren, sich bewegen, arbeiten und spielen, sich als Mann und Frau fühlen/verhalten, schlafen, sterben (Roper et al. 2016).

Faktoren, welche die LAs beeinflussen

Die Durchführung der LAs wird im Wesentlichen von körperlichen, psychologischen, soziokulturellen, umgebungsabhängigen und politisch-ökonomischen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen unter anderem anatomisch-physiologische Gegebenheiten, intellektuelle Fähigkeiten, gesellschaftliche Normen und soziale Rahmenbedingungen (Roper et al. 2016).

Individualität im Leben/individuelle Krankenpflege

Dieses Konzept ergibt sich aus den vier anderen Komponenten des Modells und deren wechselseitige Beeinflussung. Die individuelle Ausführung einer spezifischen LA wird zum Teil durch die aktuelle Lebensphase in der sich der Mensch befindet, den Grad der Unabhängigkeit und durch unterschiedliche Einflussfaktoren (siehe oben) bestimmt. Nach Roper, Logan und Tierney (2016) fordert diese Individualität im Leben eine individuelle Krankenpflege. Durch die Anwendung des Pflegeprozesses, in dessen Phasen die individuelle Lebensweise des/der Einzelnen berücksichtigt werden soll, wird dies erreicht. Darüber hinaus soll die betroffene Person aktiv in die Gestaltung der einzelnen Phase miteinbezogen werden (Roper et al. 2016).

In der Abbildung 5 werden die Zusammenhänge der einzelnen Elemente des „Modell des Lebens“ grafisch dargestellt.

Krankhaftes Übergewicht zählt aktuell nicht zu den klassischen Pflegeproblemen¹¹ in der Langzeitpflege. Aus diesem Grund gibt es momentan in Europa verhältnismäßig wenig Literatur, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzt. Im Rahmen einer Vorabliteraturrecherche konnte festgestellt werden, dass aktuelle Untersuchungen sowie wissenschaftliche Publikationen am ehesten aus den USA und/oder aus Kanada stammen. Adipositas wird auf Grund unterschiedlichster Entwicklungen in Zukunft die Pflege im stationären Langzeitpflege vor neue Herausforderungen stellen. Dadurch wird der Bedarf an Forschung in diesem Bereich steigen (Leichsenring et al 2015). Um darauf angemessen reagieren zu können, ist es unerlässlich, den momentanen Forschungsstand in diesem spezifischen Bereich zu kennen. Diese Lücke soll durch die vorliegende Arbeit geschlossen werden.

1.6 Forschungsfragen und Ziel dieser Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Herausforderungen darzustellen, mit denen Pflegepersonen bei der Betreuung von adipösen BewohnerInnen in Pflegeheimen konfrontiert sind. Darüber hinaus sollen Maßnahmen aufgezeigt werden, mit denen diese Herausforderungen bewältigt werden können.

Um einen Überblick über die aktuell vorhandene Literatur zu erhalten, ist es Inhalt dieses Scoping Reviews, sich mit folgenden Forschungsfragen auseinanderzusetzen:

- *Mit welchen pflegerischen und infrastrukturellen Herausforderungen ist das Pflegepersonal bei der Betreuung von adipösen BewohnerInnen in Pflegeheimen konfrontiert?*
- *Welche Maßnahmen können gesetzt werden, um die Herausforderungen der Pflege von adipösen PflegeheimbewohnerInnen zu bewältigen?*

¹¹ Dazu zählen unter anderem Sturz, Dekubitus, Inkontinenz Mangelernährung, Intertrigo.

2 Methode

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen, welches diesem Review zu Grunde liegt, erläutert. Das verwendete Design wird beschrieben, das Vorgehen bei der Literaturrecherche, Einschlusskriterien sowie die Datenextraktion und –analyse werden dargestellt

Design

Ein *Scoping Review* gilt zur Beantwortung der oben angeführten Forschungsfragen als adäquates Design. Scoping Reviews sind gut geeignet um den aktuellen Forschungsstand bezüglich eines festgelegten Bereichs abzubilden. Das Hauptaugenmerk bei diesem Vorgehen liegt auf der Identifizierung und Darstellung der vorhandenen Literatur. Durch diese Methodik können breite Forschungsbereiche untersucht werden, um so eine Basis für spezifischere Fragestellungen bilden zu können. Darüber hinaus können eventuelle Forschungslücken dargestellt werden (Zachary et al., 2018).

Die Ergebnisse der identifizierten Literatur können, unabhängig vom verwendeten Studiendesign, als mögliche Quellen von evidenzbasierten Wissen angesehen werden. (Elm, et al. 2019).

Literaturrecherche

Zur Durchführung der Literaturrecherche wurde zunächst eine Suchstrategie entwickelt, um passende Studien zur Beantwortung der Forschungsfragen identifizieren zu können. Die Suche selbst wurde im Juni 2020 durchgeführt.

Suchstrategie

Um einen ersten Überblick über die Thematik zu erhalten, wurde das Internet im Allgemeinen, Google Scholar im Speziellen und die Online-Bibliothek der Medizinischen Universität Graz zur Suche verwendet. Im Anschluss daran fand die eigentliche Suche in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online, Cochrane library und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature statt. Abschließend wurde eine Handsuche in den vorliegenden Referenzlisten und in Google Scholar durchgeführt. Bei der Recherche mittels Google Scholar wurden jeweils die ersten zehn Seiten nach potentiell relevanten Ergebnissen durchsucht.

Suchbegriffe, sogenannte „keywords“, wurden anhand der Forschungsfragen ausgewählt. Diese wurden zunächst ins Englische übersetzt und in einem weiteren Schritt wurden für diese Begriffe Synonyme gesucht. Tabelle 1 stellt diese Begriffe dar.

Tabelle 1: Suchbegriffe und Synonyme

Deutsche Schlüsselwörter	Englische Übersetzung und Synonyme
Pflegeheim	nursing home, residential home, long term care, residential facility, long term care facility
Adipositas	adiposity, obesity, abdominal obesity
Pflegepersonal	nursing staff, care giver, nursing professional
BewohnerIn	resident
Ältere/alte Menschen	elderly, old people
Herausforderung	challenge, issue, problem
Maßnahme	measure, action, intervention

Die verwendeten Begriffe wurden mittels der BOOL'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft und bei Bedarf mit Trunkierungen versehen. Entsprechend der jeweiligen Datenbank wurden zur Suche „Medical Subject Headings“ (PubMed), und „Subject Headings/Major Headings“ (CINAHL) in Kombination mit den definierten Keywords verwendet.

Um Literatur identifizieren zu können, die zur Beantwortung der Forschungsfragen adäquat ist, werden nachfolgend die Einschlusskriterien und Limitationen dargestellt, die bei der Literaturrecherche berücksichtigt worden sind.

Einschlusskriterien

- Eingeschlossen wurden alle Artikel, die pflegerische und/oder infrastrukturelle Herausforderungen, für das in den Forschungsfragen dargestellte Pflegephänomen, aufzeigen.
- Des Weiteren wurden Studien inkludiert, die Maßnahmen für das Pflegepersonal präsentierten um diese Herausforderungen bewältigen zu können.
- Die Literatur musste sich auf das Setting Pflegeheim beziehen.
- Alle derzeit gängigen Studiendesigns wurden eingeschlossen.

Limitationen

- Die Artikel mussten entweder in Deutsch oder Englisch verfasst sein.
- Der Publikationszeitraum wurde auf die letzten 15 Jahre beschränkt.

2.1 Auswahl der Studien

Insgesamt ergab die Datenbankrecherche 1258 Treffer. die Handsuche in den Referenzlisten und in Google Scholar lieferte zusätzlich 21, sodass insgesamt 1279 Artikel gescreent worden sind. Nach der Duplikatentfernung erfolgte ein Titel- und Abstractscreening. Im Anschluss daran wurde bei 289 Artikeln eine Sichtung des Volltextes durchgeführt. 17 Studien wurden in die Analyse eingeschlossen und einer kritischen Bewertung unterzogen. Schlussendlich wurden 13 Studien zur Beantwortung der Forschungsfragen verwendet. Der Prozess der Literatursuche ist der Abbildung 5 zu entnehmen.

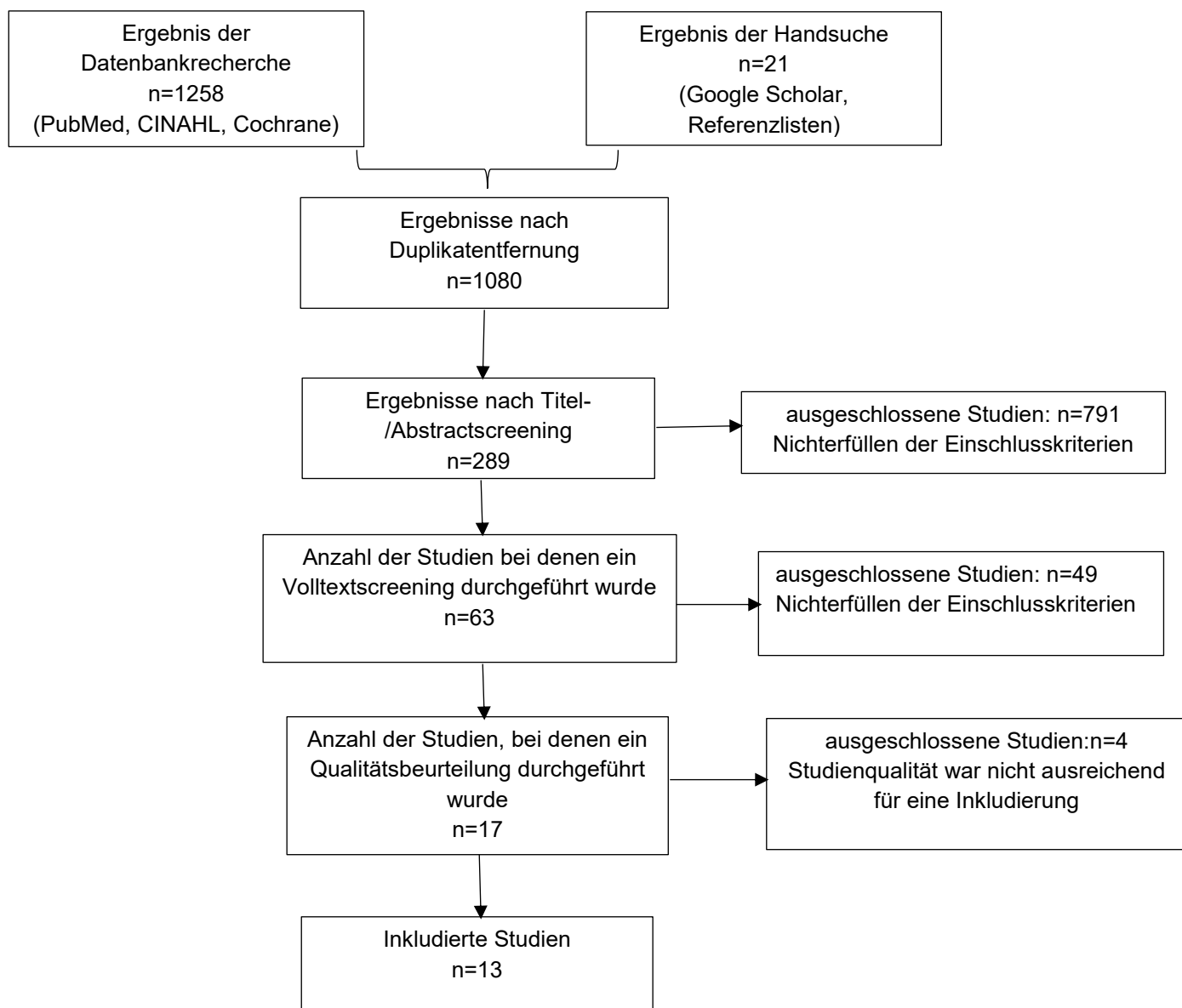


Abbildung 5: Flussdiagramm der Literaturrecherche, PRISMA Flow Chart (Moher et al. 2009)

2.2 Qualitätsbewertung

Die kritische Bewertung der inkludierten Studien wurde von der Autorin unter der Verwendung der „Critical Appraisal Tools“ des Joanna-Briggs-Institut durchgeführt¹². Diese Bewertungsinstrumente wurden ausgewählt, da dadurch die Relevanz und die Glaubwürdigkeit von wissenschaftlichen Arbeiten ermittelt werden kann. Für die unterschiedlichen Studiendesigns wurden die dementsprechenden Bewertungsinstrumente verwendet, sodass Aspekte der Nachvollziehbarkeit der Studien hinterfragt, sowie potentielle Verzerrungen detektiert werden konnten. Der Aufbau der Instrumente ist klar strukturiert und Erklärungs- bzw. Ausfüllhilfen sind für jedes Tool verfügbar (Joanne-Briggs-Institute 2020). Die detaillierten Ergebnisse können auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden.

Die einzelnen Bewertungsinstrumente enthalten Fragen zu den wichtigsten Kategorien des jeweiligen Studiendesigns, die mit „Yes“, „No“, „Unclear“ und „Not applicable“ zu beantworten sind. Die ausgewählten Studien wurden auf Titel, Abstract, Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion überprüft. Auf Grund der detaillierten Fragestellungen konnte ein Fazit darüber gezogen werden, ob die bewertete Studie zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet bzw. nicht verwendet werden kann oder ob noch weitere Informationen notwendig sind, um eine endgültige Entscheidung treffen zu können.

Die qualitativen Studien wurden mit der „Checklist for Qualitative Research“¹³ beurteilt. Die zehn Fragen erfassen dabei den adäquaten Einsatz der Forschungsmethode zur Beantwortung der Forschungsfrage, die Methode der Datensammlung, der Datenanalyse und die Interpretation der Ergebnisse (Joanne Briggs Institute 2020).

Die „Checklist for Cohort Studies“¹³ wurde für die Beurteilung der quantitativen Studien verwendet. Diese Checkliste umfasst 11 Fragen. Dabei stehen Validität und Reliabilität der bewerteten Studie im Fokus (Joanne Briggs Institute 2020).

Für die Beurteilung der Literaturreviews wurde der Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) verwendet. Anhand von 9 Unterkapiteln wird hierbei die methodische

¹² Das Joanna-Briggs-Institut ist eine internationale Forschungsorganisation, die unter anderem evidenzbasiertes Wissen entwickelt und zur Verfügung stellt um so die Gesundheitsversorgung positiv zu beeinflussen zu (Joanne Briggs Institute 2020).

¹³ Sowohl die „Checklist for Qualitative Research“ als auch die „Cecklist for Cohort Studies“ ist Teil des „Critical Appraisal Tools“ (Joanne Briggs Institute 2020).

Sorgfalt von Studien beurteilt. Dabei wird eine Benotung mittels 4 Kategorien durchgeführt („good“ = 4 Punkte, „fair“ = 3 Punkte, „poor“ = 2 Punkte und „lower scores = poor quality“) vorgenommen.

3 Ergebnisse

Um die Forschungsfragen zu beantworten wurden insgesamt 13 Studien mit unterschiedlichen Forschungsdesigns inkludiert. Im Detail handelt es sich um

- zwei qualitative Studien, davon eine Pilotstudie (Apelt et al. 2013, Apelt et al. 2014),
- zwei Reviews (Bradway et al. 2008 – critical review; Zanandrea et al. 2013 – narrative review),
- neun Beobachtungsstudien (Ankuda et al. 2017; Apelt et al. 2012; Bradway et al. 2010; Cai et al. 2013; Kosar et al. 2018; Felix 2008; Harris et al. 2018; Rose 2007),

Im nachfolgenden Kapitel werden die Hauptergebnisse zuerst in Tabellenform dargestellt und anschließend detailliert beschrieben. Im Fließtext werden zunächst die potentiellen Herausforderungen, mit denen Pflegepersonen bei der Pflege von adipösen PflegeheimbewohnerInnen, konfrontiert sind, dargestellt. Im Anschluss daran wird die Frage geklärt, welche Maßnahmen gesetzt werden können, um diesen Herausforderungen adäquat zu begegnen.

Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Artikel

Autor und Land	Design	Sampling	Hauptziel(e)/ Forschungsfrage(n)	Hauptergebnisse
Ankuda, C. K. et al. 2017 (USA)	Retrospektive Querschnittsstudie	Daten der National Health and Aging Trends Study 2011– 2015 n=5.612 bzw. 10.535 Beobachtungen	Erhalten adipösen ältere Menschen dieselbe Unterstützung bei der Durchführung der ATLS ¹⁴ wie nicht adipöse ältere Menschen?	Ältere, adipöse Personen erhalten seltener Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit als nicht adipöse, ältere Menschen.
Apelt, G. 2014 (Deutschland)	Pilotstudie mit leitfadengestützte Interviews	35 Pflegemitarbeiter- Innen eines Pflege- heimes	Die Versorgung adipöser PflegeheimbewohnerInnen aus der Sicht der Pflege darzustellen.	Die Einstellung gegenüber adipösen BewohnerInnen ist tendenziell negativ behaftet. Die Pflege und Versorgung der Betroffenen erfordert körperlichen, personellen und zeitlichen Mehraufwand.

¹⁴ ATL: Wiederkehrende Tätigkeiten zur Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse. Die Ausführung dieser kann auf Grund von z.B. Krankheit oder durch den physiologischen Alterungsprozess, eingeschränkt sein (Psychrembel 2017).

Autor und Land	Design	Sampling	Hauptziel(e)/ Forschungsfrage(n)	Hauptergebnisse
Apelt, G. et al. 2012 (Deutschland)	Strukturierte Beobachtung der Pflegetätigkeit „Ankleiden“ mittels Kategorienschema	4 Pflegeheime, 593 BewohnerInnen	<p>Benötigen Pflegende für die Pflegetätigkeit des Ankleidens bei adipösen BewohnerInnen mehr Zeit als bei nicht-adipösen?</p> <p>Gibt es Unterschiede in der Abfolge einzelner aufeinanderfolgender Tätigkeitssequenzen bei der Pflegetätigkeit des Ankleidens bei adipösen BewohnerInnen im Vergleich zu nicht adipösen?</p> <p>Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem BMI und der Dauer des Ankleidens?</p>	Bezogen auf die Pflegetätigkeit des Ankleidens zeigen sich zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht adipöser PflegeheimbewohnerInnen

Autor und Land	Design	Sampling	Hauptziel(e)/ Forschungsfrage(n)	Hauptergebnisse
Apelt, G. et al. 2013 (Deutschland)	Qualitative ExpertInneninterviews	15 Führungskräfte	<p>Inwiefern verbinden Führungskräfte von vollstationären Pflegeeinrichtungen die fachgerechte Versorgung von adipösen BewohnerInnen mit Mehraufwendungen?</p> <p>Wie werden adipöse BewohnerInnen in der Einrichtung wahrgenommen und welche Bedeutung wird der Adipositas beimessen?</p>	<p>Leitungskräfte nehmen adipöse PflegeheimbewohnerInnen kaum wahr, da sie der Adipositas per se wenig Bedeutung beimessen.</p> <p>Die Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen assoziieren Führungskräfte mit einem erhöhten instrumentellen und personellen Mehraufwand.</p> <p>Adipositas bleibt als aktuelles Pflegeproblem momentan unerkannt.</p>
Bradway, C. 2010 et al. (USA)	Strukturierte Beobachtungen und Leitfadeninterviews	5 Pflegeheim- bewohnerInnen, 8 Pflegepersonen	Welchen Einfluss hat eine vorliegende Adipositas auf die adäquate Versorgung von harn- oder stuhlinkontinenten BewohnerInnen?	Aufgrund der begrenzten räumlichen Möglichkeiten ist die Durchführung einer angemessenen Pflege und Unterstützung bei adipösen, harn- oder stuhlinkontinenten Personen nur eingeschränkt möglich.

Autor und Land	Design	Sampling	Hauptziel(e)/ Forschungsfrage(n)	Hauptergebnisse
Bradway, C. et al. 2008 (USA)	Critical review	Literaturrecherche (1990–2007) Setting: Pflegeheim Sample: adipöse Pflegeheimbewohner- Innen Datenbanken: CINAHL, MedLine, PubMed, Cochrane Library	Aktuellen Wissensstand zum Thema Adipositas in Pflegeheimen aufzeigen umso die Heraus- forderungen für die Pflege von adipösen Be- wohnerInnen besser verstehen zu können.	Adipositas erhöht das Risiko für einen Pflegeheimeintritt. Ein höherer BMI ist ein Prädiktor für Mortalität. Adipositas kann vorhandene Begleiterkrankungen negativ beeinflussen. Es gibt keine datenbasierten Publikationen bezüglich der Umgebungsgestaltung in Hinsicht Sicherheit und höhere Pflegeeffizienz. Es gibt keine evidenzbasierte Leitlinie zum Einsatz von adäquaten Hilfsmitteln für die Pflege von adipösen PflegeheimbewohnerInnen.
Cai, S. et al. 2013 (USA)	Retrospektive Querschnittstudie mit Follow-up	Daten von Pflegeheim- bewohnerInnen aus dem Minimum Data Set (n=2.217.961)	Wie beeinflusst vorhandene Adipositas bei Pflegeheim- bewohnerInnen die Entstehung eines Druckgeschwürs?	BewohnerInnen mit einer moderaten/schweren Adipositas haben im Vergleich zu normalgewichtigen ein höheres Risiko ein Druckgeschwür zu entwickeln.

Autor und Land	Design	Sampling	Hauptziel(e)/ Forschungsfrage(n)	Hauptergebnisse
Felix, H. C. 2008 (USA)	Retrospektive Querschnittstudie	Daten von 47 932 neu aufgenommen Personen (≥65 Jahre) in Pflegeheimen in Arkansas	Welchen Unterstützungsbedarf, im Vergleich zu normal- gewichtigen, haben ältere, adipöse Pflegeheim- bewohnerInnen?	Ältere, adipöse BewohnerInnen haben eine signifikant höhere Chance, dass sie eine umfassendere Unterstützung bei der Durchführung der ATLS benötigen.
Harris, J. A. et al. 2018 (USA)	Retrospektive Querschnittstudie	1.627.141 Datensätze von Pflegeheim- bewohnerInnen aus dem Minimum Data Set 2013	Wie verändert sich der Unterstützungsbedarf von BewohnerInnen mit einem höheren BMI, im Vergleich zu normalgewichtigen, bei der Verrichtung von ATLS?	Mit zunehmenden BMI haben betroffene Personen in allen ATLS einen erhöhten Unterstützungsbedarf. Das Ausmaß der benötigten Hilfestellung steigt mit der Höhe des BMI.
Rose, M. 2007 (USA)	Einzelfallstudie/Be- obachtungsstudie	Ein 72-jähriger, adipöser, multimorbider Pflegeheimbewohner	Wie zeit- und personalintensiv ist der Prozess des Badens eines adipösen Pflegeheim- bewohners?	Zwei Pflegepersonen benötigten, unter Einsatz adäquater Hilfsmittel 105 Minuten für das Baden des Bewohners.

Autor und Land	Design	Sampling	Hauptziel(e)/ Forschungsfrage(n)	Hauptergebnisse
Zanandrea, V. et al. 2013 (USA)	Literaturreview	Literaturrecherche (keine genauen Angaben bezüglich verwendeter Datenbanken, Zeitraum der Suche)	Darstellung des aktuellen Forschungsfortschrittes bezüglich der Pflege und Betreuung adipöser PflegeheimbewohnerInnen.	<p>Für die Pflege von adipösen BewohnerInnen werden mehr Ressourcen benötigt, als für die Pflege nicht adipöser.</p> <p>Adipöse ältere Personen haben grundsätzlich dieselbe Lebenserwartung wie nicht adipöse, jedoch sind die notwendigen Gesundheitsausgaben höher.</p> <p>Für eine sichere und effiziente Pflege muss die Umgebung in Pflegeheimen für adipöse Personen angepasst werden (breitere Türen, spezielle Toiletten, etc.).</p> <p>Gewichtsreduktion kann sich positiv auf die individuelle Lebensqualität auswirken.</p> <p>Die aktuelle Datenlage bezüglich baratischer Chirurgie bietet momentan keine Evidenz im Hinblick auf den Einsatz bei adipösen PflegeheimbewohnerInnen.</p>

Für eine übersichtlichere Darstellung werden die Resultate in Unterkapitel subsumiert.

3.1 Einfluss einer vorliegenden Adipositas auf den tatsächlichen Pflegeaufwand

Bezugnehmend auf die Versorgung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen gibt es einige Bereiche im täglichen Leben, die für Betroffene, im Vergleich zu BewohnerInnen mit Normal- oder Untergewicht, komplexer in ihrer Bewältigung sind (Harris, Castle 2017). Nachfolgende Ergebnisse setzen sich mit dieser Problematik auseinander.

In einer retrospektiven Querschnittsstudie wurden Daten von 47.932 älteren Personen (≥ 65 Jahre), die zwischen 1999–2004 in Pflegeheimen in Arkansas, USA aufgenommen worden sind, analysiert. Ziel dieser Untersuchung war es, den Unterstützungsbedarf von adipösen Personen bei der Neuaufnahme in ein Pflegeheim einzuschätzen. Dabei zeigten sich folgende Ergebnisse: 14,6% der Personen ($n=6.998$) waren bei ihrer Aufnahme in eine stationäre Langzeiteinrichtung adipös, dabei betrug der durchschnittliche BMI-Wert dieser Gruppe 35,0. Darüber hinaus waren adipöse BewohnerInnen bei ihrer Aufnahme, im Vergleich zu nicht-adipösen, signifikant jünger (78,5 Jahre versus 82,5 Jahre, $p < 0,001$). Adipöse ältere Menschen haben, im Vergleich zu nicht adipösen, eine signifikant höhere Chance eine umfassendere Unterstützung (Assistenz von zwei oder mehr Pflegepersonen) zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zu benötigen (Felix 2008).

Nachfolgende Tabelle präsentiert die Wahrscheinlichkeiten, mit welcher adipöse, im Vergleich zu nicht-adipösen BewohnerInnen, einen erhöhten Unterstützungsbedarf benötigen.

Tabelle 3: Darstellung der Wahrscheinlichkeit einen höheren Unterstützungsbedarf aufzuweisen: Adipöse versus nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen (Felix 2008)

ATL	Odds ratio	95%KI	p
Mobilität im Bett	1,7	1,57–1,85	<0,001
Transfer	1,53	1,43–1,63	<0,001
Gehen in geschlossenen Räumen	1,20	1,09–1,33	0,004
Gehen in Korridoren	1,18	1,04–1,33	0,09
Fortbewegung innerhalb der Station	1,34	1,12–1,61	0,01
Fortbewegung außerhalb der Station	1,38	1,13–1,68	0,02
Anziehen	1,46	1,30–1,64	<0,001
Toilettengang	1,65	1,53–1,79	<0,001
Persönliche Hygiene	1,43	1,23–1,66	<0,001
Baden/Duschen	1,32	1,22–1,43	<0,001

Da adipöse BewohnerInnen bei der Durchführung aller ATLs einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen, resultiert daraus ein pflegerischer Mehraufwand (Felix 2008).

Weitere Studien (Harris et al. 2018, Kosar et al. 2018) präsentierten ähnliche Ergebnisse. Auch hier wurden die Auswirkungen von Adipositas auf die selbstständige Durchführung der ATLS¹⁵ untersucht.

Harris et al. (2018) analysierten in ihrer Untersuchung Daten von 1.627.141 US-amerikanischen PflegeheimbewohnerInnen, die 2013 erhoben wurden. In dieser Kohorte waren 14,6% der Personen adipös. Die Erhebung dieser Daten fand durch die U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services Minimum Data Set (MDS) statt. Ziel dieser Analyse war es, herauszufinden wie sich ein steigender BMI-Wert unter PflegeheimbewohnerInnen auf deren Unterstützungsbedarf bei der Ausführung von ATLS auswirkt (Harris et al. 2018).

Zur Auswertung der Daten wurde Adipositas in vier Untergruppen unterteilt (siehe Tabelle 3). Die Wahrscheinlichkeit, intensive Unterstützung (zwei oder mehr Pflegepersonen) bei der Verrichtung von ATLS zu benötigen, ist generell mit zunehmenden BMI-Wert gestiegen. Im Speziellen war BMI-Werten ≥ 40 kg/m² der Unterstützungsbedarf der betroffenen Personen wesentlich erhöht. Pflegepersonen haben dabei nicht nur über den personellen Mehraufwand berichtet, sondern auch über einen größeren Zeitaufwand für die Verrichtung einzelnen Tätigkeiten (Harris et al. 2018). Die nachfolgende Tabelle zeigt das Risiko, mit welchem adipöse BewohnerInnen im Vergleich zu nicht-adipösen vermehrt Unterstützung benötigen.

¹⁵ Die ATLS nach Harris et al. (2018) und Kosar et al. (2016) sind ident mit den ATLS von Felix (2008); siehe Tabelle 3.

Tabelle 4: Darstellung der Wahrscheinlichkeit einen höheren Unterstützungsbedarf aufzuweisen: PflegeheimbewohnerInnen aufgeteilt in Adipositasgruppen versus nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen (Harris et al. 2018)

Adipositasgrad	Odds ratio¹⁶	95%KI
Grad I: BMI ≥ 30 und < 35 kg/m ²	1,07	1,06–1,08
Grad II: BMI ≥ 35 und < 40 kg/m ²	1,16	1,14–1,17
Grad IIIA: BMI ≥ 40 und < 50 kg/m ³	1,33	1,31–1,35
Grad IIIB: BMI ≥ 50 kg/m ³	1,90	1,86–1,95

Eine weitere retrospektive Querschnittsstudie, im Zuge welcher ebenfalls Daten der U.S. Centers for Medicare ausgewertet wurden, hatte zum Ziel, aufzuzeigen, wie sich unterschiedliche Grade von Adipositas auf den Unterstützungsbedarf bei der Durchführung unterschiedlicher ATLS auswirkt. Insgesamt wurden Daten von 1.063.383 US-amerikanischen PflegeheimbewohnerInnen aus dem Jahr 2015 analysiert. Die Adipositasprävalenz in der Kohorte lag bei 29%. Mit Ausnahme der ATL „Essen“ zeigte sich bei den restlichen neun ATLS eine statistisch signifikante Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, dass für die Durchführung dieser, zwei oder mehr Pflegepersonen benötigt werden (Kosar et al 2018).

Daten der National Health and Aging Trends Study (Erhebungszeitraum von 2011 bis 2015), die repräsentativ für AmerikanerInnen, welche älter als 65 Jahre und beeinträchtigt in der Durchführung bestimmter ATLS¹⁷ sind, wurden im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie untersucht. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum 10.535 Beobachtungen durchgeführt. Ziel dieser Studie war es, aufzuzeigen, ob es einen Unterschied im Erhalt von Unterstützung bei der Verrichtung von ATLS zwischen

¹⁶ Die hierangeführte Odds ratio summiert alle ATLS und wird als Gesamtwert betrachtet.

¹⁷ Dabei handelt es sich folgende ATLS: Gehen in geschlossenen Räumen, Gehen im Freien, Mobilität im Bett – Transfer in/aus dem Bett, Toilettengang, Baden/Duschen und Essen.

adipösen (BMI ≥ 30 kg/m²) und nicht-adipösen PflegeheimbewohnerInnen gibt. Grundsätzlich haben adipöse, ältere Personen ein höheres Risiko, im Vergleich zu über-, beziehungsweise normalgewichtigen Personen, bei der selbstständigen Durchführung aller ATLS eine Beeinträchtigung vorzuweisen. Bezugnehmend auf die Ergebnisse der Studie erhalten adipöse, ältere Menschen, mit bereits vorhandenen Beeinträchtigungen, im Vergleich zu normalgewichtigen, weniger adäquate Unterstützung bei der Durchführung der ATLS. Die Ergebnisse wurden anhand demographischen Charakteristika (Alter, Geschlecht, Rasse) stratifiziert (Ankuda et al. 2017).

Tabelle 5: Die Wahrscheinlichkeit, weniger Unterstützung bei der Verrichtung von ATLS zu erhalten: Adipöse versus nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen_(Ankuda et al. 2017)

ATL	Odds ratio	95%KI
Gehen in geschlossenen Räumen	0,63	0,50–0,81
Gehen im Freien	0,76	0,59–0,97
Toilettengang	0,68	0,52–0,89
Mobilität im Bett – Transfer in/aus dem Bett	0,67	0,50–0,87
Baden/Duschen	0,91	0,69–1,21
Essen	0,73	0,52–1,03

Diese Resultate weisen darauf hin, dass adipöse, ältere Personen weniger Unterstützung für die Verrichtung von ATLS erhalten als normalgewichtige Personen, mit vergleichbaren Charakteristika (Ankuda et al. 2017).

Im Zuge einer vollstrukturierten Beobachtungsstudie, welche im Zeitraum von Jänner 2009 bis Februar 2010 durchgeführt worden war, wurde in fünf Berliner Pflegeheimen die Durchführung des Ankleidens bei BewohnerInnen im Alter ab 65 Jahren erfasst. Demographische Angaben und relevante Diagnosen der BewohnerInnen wurden anhand der Pflegedokumentation erhoben. Die Pflegenden wurden bezüglich ihres Alters, Geschlecht, berufliche Qualifikation und Berufserfahrung befragt. Insgesamt wurden 48 Pflegepersonen beim Ankleiden von 70 BewohnerInnen beobachtet. Die BewohnerInnen wurden in eine Untersuchungs- (UG) (34 BewohnerInnen mit einem BMI ≥ 30 kg/m² beziehungsweise einem Körpergewicht ≥ 100 kg) und eine Vergleichsgruppe (VG) (36 BewohnerInnen mit einem BMI 24,0–29,9 kg/m²) unterteilt. Ein Beobachtungsprotokoll diente zur Erfassung der Tätigkeit, wobei das Ankleiden in Vorbereitung, Pflegehandlung und Nachbereitung unterteilt wurde. Darüber hinaus wurden Umgebungsfaktoren wie zum Beispiel Kommunikation und Transfereinsatz erfasst. Mittels Stoppuhr wurde die Tätigkeitsdauer erhoben. Im Durchschnitt wurden pro Person 1,5 Kleidungsstücke (Nachtwäsche) aus- und 7 Kleidungsstücke angezogen. 61 von 70 TeilnehmerInnen waren weiblich. Im Mittel war die Untersuchungsgruppe (UG) 79,53 Jahre alt (VG: 84,56 Jahre) und hatte einen Durchschnitts-BMI-Wert von 34,31 kg/m² (VG: 25,56 kg/m²). Die Untersuchungsgruppe war signifikant jünger ($p=0,003$) als die Vergleichsgruppe. Das Pflegepersonal hat für die Tätigkeit des Ankleidens von adipösen BewohnerInnen im Vergleich zu nicht-adipösen signifikant mehr Zeit benötigt (UG-Mittelwert: 9,26 Minuten, VG-Mittelwert: 7,44 Minuten, $p=0,004$). Bei genauerer Betrachtung hat sich kein zeitlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen bei der Vorbereitung der Tätigkeit gezeigt. Die signifikanten Zeitunterschiede sind bei der Pflegehandlung selbst und bei der Nachbereitung der Tätigkeit aufgetreten. Mittels einer Regressionsanalyse wurde der Zusammenhang zwischen BMI (unabhängige Variable) und der Dauer des Ankleidens (abhängige Variable) untersucht. Der BMI zeigte sich als ein potentieller Einflussfaktor auf die Dauer der Tätigkeit (Regressionskoeffizient BMI=0,24, $p<0,001$, 95%KI 0,13–0,34) (Apelt et al. 2012).

Adipöse PflegeheimbewohnerInnen – Einstellungen/Wahrnehmung aus der Sicht des Pflegepersonals

In einer Pilotstudie wurde die Versorgung von adipösen Menschen aus der Sicht professioneller Pfleger untersucht. Die Gelegenheitsstichprobe umfasste 35 PflegemitarbeiterInnen einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung in Berlin. 16 leitfadengestützte Interviews mit Pflegepersonen wurden im Zeitraum von April bis Mai 2010 durchgeführt. Von den Interviewten waren 13 weiblich und drei männlich. Das Alter betrug im Mittel 36,5 Jahre. Bei den Interviewten handelte es sich um je fünf examinierte Gesundheits-/und KrankenpflegerInnen beziehungsweise AltenpflegerInnen und sechs PflegehelferInnen. Erfasst wurden bei dieser Untersuchung Ergebnisse bezüglich „Verständnis der Adipositas“, „Einstellungen gegenüber adipösen Menschen“, „Ursachen der Adipositas“ und „zeitliche Mehraufwendungen“ (Apelt 2014).

Einstellungen seitens des Pflegepersonals:

In nahezu allen Interviews hat ein laienhaftes Verständnis von Seiten der Pflegepersonengegen bezüglich der Thematik überwogen. Oftmals wurden umgangssprachliche Beschreibungen eingesetzt. Die Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“ wurden vielfach synonym verwendet (Apelt 2014).

Einstellungen gegenüber adipösen Menschen:

Aufgrund der Beschreibungen der Pflegepersonen, wie sich ihr Umgang mit adipösen Pflegebedürftigen gestaltet, konnte festgehalten werden, dass die Einstellung von Pflegepersonen gegenüber adipösen Menschen grundsätzlich negativ geprägt ist. Vor allem bei der Durchführung der Grundpflege schilderten die Befragten ihre Abneigung gegenüber adipösen Menschen (Apelt 2014).

Ursachen der Adipositas

Falsche Ernährung wurde von den Befragten als primäre Ursache für die Entstehung beziehungsweise für das Vorhandensein von Adipositas angesehen. Pflegepersonen waren zum Teil der Meinung, Betroffene haben diesen Umstand vollkommen alleine zu verantworten. Im Rahmen der Interviews haben Pflegepersonen Maßnahmen beschrieben, die sie einsetzen, um adipöse BewohnerInnen aktiv zu unterstützen. Ernährungsumstellung, Nahrungsreduktion sowie gesteigerte körperliche Aktivität

zählten zu den genannten Maßnahmen. Um diese umzusetzen, führten die Pflegepersonen Gespräche, wobei sie dies als wenig erfolgreich einstufen. Vor allem fehlende Einsicht von Seiten der betroffenen BewohnerInnen wurde als Grund für dieses Scheitern angegeben. In weitere Folge war eine Resignation der Befragten feststellbar, da sie vermeintlich nur wenig Einfluss auf die Umsetzung spezieller Maßnahmen im Allgemeinen haben (Apelt 2014).

Zeitliche Mehraufwendungen

Es wurde ein grundsätzlicher Mehraufwand in der pflegerischen Versorgung von adipösen BewohnerInnen im Vergleich zu normalgewichtigen beschrieben. Am relevantesten war für Pflegepersonen der erhebliche Mehraufwand bei der Durchführung der Grundpflege. Des Weiteren wurde die körperliche Zusatzbeanspruchung der Pflegepersonen erwähnt (Apelt 2014).

Eine qualitative Studie aus Deutschland untersuchte ob und in welchem Ausmaß Führungspersonen (PflegedienstleiterInnen, HeimleiterInnen, QualitätsmangerInnen) von vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Mehraufwand durch die Betreuung von adipösen BewohnerInnen erkennen können. 15 ExpertInneninterviews wurden in unterschiedlichen Einrichtungen (sieben privatwirtschaftliche, acht freigemeinnützige Einrichtungen), verteilt über drei Bundesländer (Bayern, Sachsen, Berlin), im Zeitraum Dezember 2010 bis Juni 2011 durchgeführt. Die Ergebnisse wurden dabei in die Kategorien „Wahrnehmung“, „Bedeutung“ und „versorgungsspezifische Aufwendungen“ unterteilt (Apelt et al. 2013).

Wahrnehmung:

Führungskräfte von stationären Pflegeeinrichtungen haben Adipositas bei BewohnerInnen als Randthematik beschrieben. Wahrgenommen wurde die Problematik erst, wenn zum Beispiel MitarbeiterInnen persönlich über die „aufwendige“ Betreuung der Betroffenen berichten haben. Das Hauptaugenmerk in der ernährungstechnischen Versorgung von PflegeheimbewohnerInnen lag auf Vermeidung von Untergewicht. Genaue Angaben über die Anzahl an adipösen BewohnerInnen konnten nicht gemacht werden (Apelt et al. 2013).

Bedeutung:

Adipositas wurde von den Führungskräften als ein in der Gesellschaft verankertes Problem gesehen. Daher haben sie sich nicht in der Verpflichtung gesehen, bei der Bewältigung dieses Problems unterstützend zu fungieren. Sie waren der Überzeugung, dass bereits vorhandene Adipositas im Pflegeheim nicht mehr beeinflusst werden kann. Lediglich zwei PflegedienstleiterInnen erfassten krankhaftes Übergewicht als ein komplexes Geschehen. Genetische Faktoren, Medikamentennebenwirkungen und Stoffwechselerkrankungen wurden als potentielle Ursachen, denen mittels Ernährungsumstellung und/oder Nahrungsreduktion entgegengewirkt werden kann/soll, gesehen. Jedoch berichteten diese beiden Personen auch über die herausfordernde Umsetzung solcher Maßnahmen. Oftmals wurden gesetzte Interventionen von den Betroffenen nicht akzeptiert und konnten daher nicht durchgeführt werden (Apelt et al. 2013).

In einem Fallbericht, in dem Prozess des Badens eines 72-jährigen, multimorbiden Pflegeheimbewohners (BMI=50,2 kg/m²) beschrieben wurde, geht hervor, dass zwei Pflegepersonen, unter dem Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln 105 Minuten für die Durchführung dieser Tätigkeit benötigen. Vergleichsdaten für nicht-adipöse PflegeheimbewohnerInnen lagen nicht vor (Felix et al. 2010). Als potentiellen Vergleichswert können die 45,1 Minuten angesehen werden, die es im Durchschnitt dauert, um einen nicht-adipösen Patienten in einem Krankenhaus zu baden (Rose et al. 2007).

3.2 Einfluss einer vorhandenen Adipositas auf andere potentielle Pflegeprobleme

Vorhandenes krankhaftes Übergewicht begünstigt die Entstehung diverser Begleiterkrankungen wie z.B. Erkrankungen der Atemwege, Herz-, Kreislaufferkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechselsystems. Darüber hinaus kann Adipositas die Entstehung eines Druckgeschwürs beeinflussen (Harris, Castle 2017).

Ob ein Zusammenhang zwischen vorhandenem, krankhaftem Übergewicht und der Entstehung eines Dekubitus besteht und ob die Qualifikation der Pflegeperson ebenso einen Einfluss auf diese Entstehung hat, versuchten ForscherInnen im Zuge einer retrospektiven Querschnittstudie herauszufinden. Dabei wurden Daten aus dem Minimum-Datenset verwendet. Dieses Datenset umfasste Informationen von allen U.S.-amerikanischen PflegeheimbewohnerInnen, die in Medicare- oder Medicaidzertifizierten, stationären Langzeitpflegeeinrichtungen leben. Die Datensammlung fand im Zeitraum von 1999 bis 2009 statt. Dabei wurde bei jeder Aufnahme einer Person in ein Pflegeheim ein Assessment zur Erfassung der soziodemographischen und gesundheitsrelevanten Charakteristika durchgeführt. Im weiteren Verlauf der Studie wurde diese Datenerfassung vierteljährlich wiederholt. Informationen bezüglich Qualifikationen und Anzahl der Pflegepersonen in den einzelnen Pflegeeinrichtungen bezogen die AutorInnen über das Online Survey, Certification and Reporting-System (OSCAR). In die Studienpopulation wurden alle Personen eingeschlossen, die zwischen 2000 und 2008 in einem Pflegeheim als Neuzugang¹⁸ aufgenommen worden sind. Von 2008 bis 2009 fand eine Follow-up-Untersuchung statt. Die Kohorte umfasste Daten von 2 217 961 Personen (Cai et al. 2013).

¹⁸ Neuzugang: Die betroffene Person durfte keinen Pflegeheimaufenthalt im vergangenen Jahr aufweisen.

Im Zuge des Assessments und während der Follow-up-Phase wurden unterschiedliche, vorab definierte, Variablen erfasst. Dabei war die „Outcomevariable“ als das Vorhandensein eines Druckgeschwürs definiert. Die unabhängige Variable war der BMI-Wert der PflegeheimbewohnerInnen. Hier fand eine Unterteilung in folgende Gruppen statt:

- nicht-adipöse (BMI 18,5–29,9 kg/m²)
- leicht adipöse (BMI 30–34,9 kg/m²) und
- moderat/schwer adipöse (BMI \geq 35 kg/m²) Personen.

Untergewichtige Personen mit einem BMI unter 18,5 kg/m² wurden in die Studie nicht inkludiert (Cai et al. 2013).

Als Kontrollvariable wurde erfasst, ob bei der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung bereits ein Druckgeschwür oder andere Parameter, die die Entstehung eines solchen begünstigen könnten (zum Beispiel Bettlägerigkeit, kognitive Einschränkungen, terminale Erkrankungen), vorhanden war. Der Pflegepersonaleinsatz wurde anhand der Stunden, welche eine qualifizierte Pflegeassistenz pro Tag pro BewohnerIn zum Einsatz kommt, ermittelt (Cai et al. 2013).

BewohnerInnen mit moderater beziehungsweise schwerer Adipositas hatten, im Vergleich zu nicht-adipösen, eine 15,8%ige höhere Wahrscheinlichkeit ein Druckgeschwür zu entwickeln. Darüber hinaus zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von qualifiziertem Pflegepersonal und der Entstehung eines Dekubitus: Ein Druckgeschwür zu entwickeln, war in Pflegeheimen mit einer geringen Stundenanzahl (\leq 1,76 Stunden/BewohnerIn/Tag) qualifizierter Pflege für moderat/schwer adipöse BewohnerInnen im Vergleich zu nicht-adipösen, am höchsten (OR=1,24). Bei einem mittleren Einsatz von qualifiziertem Personal ($>$ 1,76–2,51 Stunden/BewohnerIn/Tag) war das Risiko für adipöse Personen im Vergleich zu nicht-adipösen 1,19-fach höher einen Dekubitus zu entwickeln. Hatte qualifiziertes Personal einen durchschnittlichen täglichen Einsatz von \geq 2,52 Stunden pro BewohnerIn so war dieses Risiko 1,15-fach erhöht (Cai et al. 2013).

Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem Qualifikationsniveau des Pflegepersonals und der Entstehung von Druckgeschwüren nachgewiesen werden. In Pflegeheimen mit einer niedrigen Anzahl an qualifiziertem Pflegepersonal hatten stark adipöse BewohnerInnen, im Vergleich zu nicht-adipösen, ein 1,24-fach höheres Risiko einen Dekubitus zu entwickeln. In Einrichtungen mit einer durchschnittlichen/überdurchschnittlich hohen Anzahl an qualifizierten Pflegepersonen war das Risiko 1,19-fach beziehungsweise 1,15-fach erhöht (Cai et al. 2013).

Auf Grund von strukturierten Beobachtungen und durchgeführten Interviews kamen Bradway et al. (2010) in ihrer Untersuchung zu folgendem Ergebnis: Pflegepersonen ist es oftmals nicht möglich, adipöse PflegeheimbewohnerInnen mit Harn- oder Stuhlinkontinenz adäquat zu versorgen. Die Räumlichkeiten vor Ort waren zu klein um den Betroffenen die Möglichkeit einer angemessenen Versorgung (Toilettengang, Waschmöglichkeit) anzubieten. Dadurch hatten Pflegepersonen nicht die Möglichkeit, die Würde bzw. die Intimsphäre des/der Einzelnen entsprechend zu wahren (Bradway et al. 2010).

3.3 Infrastrukturelle Herausforderungen und potentielle Verbesserungsmaßnahmen für die Pflegepraxis

Versorgungsspezifische Aufwendungen:

Aus der Studie von Apelt et al. (2013) ging eindeutig hervor, dass PflegedienstleiterInnen auf den personellen Mehraufwand hinweisen, der für die Betreuung von adipösen BewohnerInnen notwendig ist. Die Problematik wurde dabei vor allem bei der Verrichtung von alltäglichen Pfl egetätigkeiten (Transfer, Lagerung, Mobilisation, Grundpflege) gesehen. Sie haben den oftmaligen Einsatz von zwei, an Stelle einer Pflegeperson, für die Durchführung dieser Tätigkeiten beschrieben. QualitätsmangerInnen und HeimleiterInnen sind von einer Verdopplung des Personalaufwandes ausgegangen. Diesem wollen Sie in Zukunft durch einen intensivierten Einsatz von Hilfs- und Ausbildungskräften und gegebenenfalls durch die Umstrukturierung von Arbeitsabläufen entgegenwirken. Aus den Ergebnissen ist auch die Forderung der MitarbeiterInnen nach geeignete Hilfsmitteln hervorgegangen (Apelt et al. 2013).

Adäquater Umgang mit den identifizierten Herausforderungen im Pflegealltag:

Potentielle Maßnahmen

Es konnten keine Publikationen ausfindig gemacht werden, die belegen, ob und wie sich Veränderungen in der physischen Umgebung positiv in Bezug auf eine sichere und effizientere Pflege von adipösen PflegeheimbewohnerInnen auswirken. Jedoch wurden in einigen Studien unterschiedliche Empfehlungen detektiert. Dazu zählt unter anderem die Schaffung/Bereitstellung von mehr Platz, sodass Pflegepersonen in der Ausübung ihrer Tätigkeit räumlich nicht eingeschränkt sind. Breitere Türen, eine Adaptierung der Badezimmer und Toiletten und das Verwenden von geeigneten Duschesseln werden ebenfalls empfohlen. Grundsätzlich sollen Hilfsmittel, welche nicht für den Einsatz bei adipösen Personen geeignet sind, ausgetauscht werden. Diese Empfehlung umfasste unter anderem die Anschaffung von bariatrischen Rollstühlen und Gehhilfen. Auch das Vorhandensein von adäquaten Betten stellte einen wichtigen Aspekt in der Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen dar. Darüber hinaus zeigte sich, dass geeignete Hebehilfen sowie verstärkte Handläufe beziehungsweise Haltevorrichtungen zur

Unterstützung bei der Mobilisation unumgänglich für die Gewährleistung einer adäquaten Pflege sind. Des Weiteren sollen Messgeräte, die zur Erfassung der Vitalparameter dienen, adaptiert beziehungsweise ausgetauscht werden (Blutdruckmessgerät, Pulsoxymetrie, etc.) (Bradway et al. 2008, Zanandrea et al. 2013).

Durch den Einsatz von speziellen Druckentlastungsmatratzen konnte das Risiko, ein Druckgeschwür zu entwickeln, bei adipösen PflegeheimbewohnerInnen verringert werden (Cai et al. 2013).

Da es aktuell noch keine evidenzbasierte Guideline für den Einsatz von speziellen Hilfsmitteln bei der Pflege und Unterstützung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen gibt, ist die Praxis angehalten, nach den Prinzipien einer guten gerontologischen Pflege zu handeln. Auch sind Ergebnisse von Studien, welche sich nicht explizit dem Setting Pflegeheim widmen, grundsätzlich für die Pflege und Betreuung adipöse Personen anwendbar (Bradway et al. 2008, Zanandrea et al. 2013).

In der bereits vorhin erwähnten Studie von Apelt et al. 2013 berichteten Führungskräfte von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, dass unter anderem folgende Hilfsmittel für die Pflege von adipösen BewohnerInnen zum Einsatz kommen sollen:

- Belastungsfähige Stühle/Sessel,
- extrabreite Rollstühle, Hebelifter und Toilettenstühle,
- angemessene Gehhilfen,
- Pflegebetten, die für adipösen Personen konzipiert sind,
- extrabreite Badewannen inklusive Hebevorrichtung.

Um den pflegerischen Mehraufwand bewältigen zu können, haben sie es nicht in Betracht gezogen, zusätzlich qualifizierte Pflegekräfte bereitzustellen. Stattdessen soll ein intensiver Einsatz der Hilfs- und Ausbildungskräfte stattfinden. Darüber hinaus sei es möglich, die Tagesstruktur zu adaptieren. Die Grundpflege adipöser

BewohnerInnen könnte am Nachmittag und nicht wie sonst üblich, am Morgen durchgeführt werden (Apelt et al. 2013).

Unterschiedliche gewichtsreduzierende Maßnahmen, wie z.B. die Erhöhung des Aktivitätsniveaus oder die aktive Verminderung der Kalorienzufuhr konnte im Setting Pflegeheim oftmals nicht adäquat umgesetzt werden. Mangelnde Compliance der Betroffenen oder eine bestehende Bettlägerigkeit waren dafür potentielle Ursachen (Zanandrea et al. 2013)

Bezüglich des Einsatzes, der Effizienz und der Sicherheit von medikamentösen Interventionen zur Gewichtsreduktion im Setting Pflegeheim sind keine klinischen Studien vorhanden (Bradway et al. 2008, Zanandrea et al. 2013).

Auch der Einsatz von chirurgischen Interventionen ist in dieser Population nicht erforscht, obwohl bariatrische Chirurgie in den letzten Jahren einen starken Aufschwung erlebt (Zanandrea et al. 2013).

4 Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Masterarbeit war einerseits die Identifikation von pflegerischen und infrastrukturellen Herausforderungen, mit denen Pflegepersonal bei der Betreuung von adipösen BewohnerInnen in Pflegeheimen konfrontiert ist. Andererseits wurden Maßnahmen aufgezeigt, die gesetzt werden können, um die zuvor identifizierten Herausforderungen im Pflegealltag bewältigen zu können.

Die Ergebnisse der drei erarbeiteten Themengebiete werden nachfolgend zusammengefasst und im Anschluss diskutiert.

Auf Grund der Ergebnisse dieses Reviews zeigte sich ein tatsächlicher versorgungstechnischer Mehraufwand in der Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen. Dieser Mehraufwand setzte sich aus einer zeitlichen und einer personellen Komponente zusammen: Es bedarf mehr Pflegepersonen und mehr Zeit, um Pflegehandlungen bei adipösen BewohnerInnen angemessen durchführen zu können (Ankuda et al. 2017, Apelt et al. 2012, Apelt 2014, Kosar et al. 2018, Felix 2008, Harris et al. 2018, Rose et al. 2007).

Harris et al. (2018) und Kosar et al. (2018) verwendeten jeweils Daten der U.S. Centers of Medicare (Minimum Data Set) für ihre Untersuchungen und kamen bei ihren Auswertungen, bezugnehmend auf den erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Verrichtung von ATLS, zu ähnlichen Ergebnissen. Adipöse PflegeheimbewohnerInnen benötigen, im Vergleich zu nicht-adipösen vermehrt Unterstützung bei der Durchführung aller ATLS. Wie groß der tatsächliche Zeitaufwand war und ob mehr als zwei Pflegepersonen Unterstützung leisten mussten, geht aus den Ergebnissen nicht hervor. Die in den Studien verwendeten Datensätze umfassen lediglich Pflegeheime, die vom US Government zertifiziert worden sind. Einrichtungen anderer Institutionen oder privatgeführte Pflegeheime wurden dadurch nicht erfasst. Auch konnte im Zuge der Recherche keine Literatur ausfindig gemacht werden, die sich mit der Situation in nicht-staatlichen Einrichtungen auseinandersetzt.

Ältere, adipöse Personen, die eine Neuaufnahme in ein Pflegeheim erfahren haben, weisen signifikant mehr Unterstützungsbedarf auf als nicht-adipöse. Auch für diese Untersuchung wurden Daten aus dem Minimum Data Set verwendet, jedoch umfasste dieses Sample lediglich Pflegeheime in Arkansas (Felix 2008).

Obwohl Studien den pflegerischen Mehraufwand in der Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen belegen, zeigte sich, dass sie im Vergleich zu nicht-adipösen seltener adäquat Unterstützung erhalten (Ankuda 2017). In den ATLS Mobilität und Transfer erhielten sie die geringste Unterstützung. Die körperliche Zusatzbelastung der Pflegepersonen könnte einen Grund für dieses Ergebnis darstellen (Apelt et al. 2012).

Lediglich eine Studie hat sich mit dem tatsächlichen quantitativen zeitlichen Mehraufwand die das Ankleiden in Anspruch nimmt, beschäftigt. Pflegepersonen benötigten für das Ankleiden eines/einer adipösen Pflegeheimbewohners/Pflegeheimbewohnerin statistisch signifikant mehr Zeit als für nicht-adipöse (Apelt et al. 2012). Bezugnehmend auf die Tatsache, dass adipöse BewohnerInnen in allen ATLS einen erhöhten Unterstützungsbedarf (zeitlich als auch personell) aufweisen, kann dadurch ein potentieller Personalmangel in Pflegeheimen erklärt werden.

Diese Ergebnisse gehen mit Resultaten anderer Untersuchungen konform. Lapane und Resnik (2006) zeigten in ihrer Untersuchung einen erhöhten personellen Mehraufwand in der Pflege und Betreuung adipöser PflegeheimbewohnerInnen auf. Im weiteren Verlauf entstand durch diese personelle Zusatzbelastung ein wesentliches Problem. Der Personalbedarf in Pflegeheimen wurde anhand von Stunden pro BewohnerInnen pro Tag ermittelt. Dabei wurde nicht berücksichtigt, ob der/die BewohnerIn potentielle zusätzliche Beeinträchtigungen (wie z.B. Adipositas) aufweist und dadurch ein erhöhter Pflegeaufwand vorlag (Tyler et al. 2013). Dem gegenüber steht die Verdopplung der Adipositasprävalenz seit der Jahrhundertwende und der deutliche Anstieg der Adipositasrate in Pflegeheimen¹⁹ (Cai et al. 2013). Darüber hinaus zeigte sich eine beinahe Verdopplung des Personalaufwands bei alltäglichen Pflegetätigkeiten wie z.B. Grundpflege, Mobilisation, Transfer (Felix et al 2008). Unter

¹⁹ Anstieg von 16,9% (2000) auf 30,7% (2013) in U.S.-amerikanischen Pflegeheimen.

diesen Umständen eine angemessene Pflege bei adipösen BewohnerInnen zu gewährleisten stellte das Pflegepersonal vor eine große Herausforderung. Diese Tatsache wurde durch eine Studie bekräftigt, im Zuge derer eine Befragung von PflegeheimadministratorInnen stattfand. Diese gaben an, dass in 31 % der Fälle die Pflege von adipösen BewohnerInnen nicht adäquat durchgeführt werden konnte (Felix et al. 2016). Grundsätzlich sollte dieses Missverhältnis durch den Einsatz von neuen, verbesserten Methoden oder Technologien ausgeglichen werden. Momentan findet dieser Ausgleich durch einen erhöhten Einsatz des vorhandenen Pflegepersonals statt (Harris et al. 2018). Durch den pflegerischen Mehraufwand hat auch die Koordinierung der Tätigkeiten und Handlungsabläufe innerhalb des Pflorgeteams an enormer Bedeutung gewonnen, da diverse Tätigkeiten bei adipösen BewohnerInnen lediglich zu zweit durchgeführt werden können (Lapane & Resnik 2006). Jedoch kann festhalten werden, dass Führungspersonen von Pflegeheimen Adipositas lediglich als Randthematik wahrnehmen. Aktuell wird vorhandene Adipositas überwiegend als individuelles Gesundheitsproblem betrachtet. Dies könnte mit ein Grund sein, weshalb dieses Thema in der Praxis noch nicht ausreichend Aufmerksamkeit erfährt (Apelt et al. 2013).

Die in diesem Review verwendete Literatur bildet kein ganzheitliches Bild der betroffenen Personen ab. Die den Studien zugrundeliegenden ATLS umfassen primär Tätigkeiten der Bereiche Transfer, Mobilität und der Körperpflege. Die detektierten potentiell einsetzbaren Pflegemaßnahmen zielen genau auf diese Bereiche ab. Dabei werden psychische Belange völlig außer Acht gelassen, z.B. wie sich vorhandene Adipositas auf die seelische Gesundheit der betroffenen Personen auswirkt. Weitere Aspekte, ob und wie weit adipöse PflegeheimbewohnerInnen auf Grund ihrer Adipositas in ihren Interaktionen mit anderen Personen eingeschränkt sind, werden in aktuellen Untersuchungen nicht betrachtet. Um die betroffene Person ganzheitlich zu erfassen, soll der/die PflegeheimbewohnerIn adäquat über ihren Zustand informiert und beraten werden. Individuelle Handlungsempfehlungen, wie z.B. langsamer zu essen, das Essen von Süßigkeiten zu reduzieren, die Portionsgröße zu verkleinern, sollen abgegeben werden. Es soll evaluiert werden, ob gegebenenfalls psychologische Betreuung hilfreich sein könnte. Nach Möglichkeit können begleitende Maßnahmen eingesetzt werden. Dazu zählen unter anderem eine Steigerung der körperlichen

Aktivität und Mobilität. Gruppenaktivitäten können eine zusätzliche Motivation sein. Beim Essen soll jegliche Ablenkung (fernsehen, lesen, etc.) vermieden werden – stattdessen soll den BewohnerInnen ermöglicht werden, die Mahlzeiten in Gesellschaft einzunehmen (Altenpflegemagazin 2015).

Die Wichtigkeit der Raumgestaltung und die Tatsache, dass ausreichend Platz vorhanden sein soll wurde in unterschiedlichen Studien festgehalten (Bradway et al. 2008, Zanandrea et al. 2013). Um die Durchführung von Pflögetätigkeiten zu erleichtern sollen ausreichend geeignete Hilfsmittel bereitgestellt werden (Rollstühle, Pflögebetten, Hebe- und Gehilfen etc.) (Marhart et al. 2015). Geeignete Handläufe und Haltevorrichtungen sollen bei der Mobilisation zum Einsatz kommen (Bradway et al. 2008, Zanandrea et al. 2013). Ob und in welchem Ausmaß diese Möglichkeiten bereits in Pflögeheimen umgesetzt werden, geht aus der Literatur nicht hervor. Lediglich das Fehlen von geeigneten Hilfsmittel wurde in einer Studie thematisiert (Apelt et al. 2012). Es gibt es diverse Empfehlungen die eine angemessene Pflöge von adipösen PflögeheimbewohnerInnen gewährleisten sollen, jedoch keine evidenzbasierten Guidelines. Auch können Ergebnisse von Untersuchungen, die zwar die Pflöge von adipösen Personen als Forschungsgegenstand, nicht jedoch stationäre Langzeitpflögeeinrichtungen als Setting haben, für die Anwendung in Pflögeheimen herangezogen werden (Zanandrea et al. 2013). Grundsätzlich stellt eine Gewichtsreduktion eine weitere potentielle Maßnahme dar, um die pflögerischen Herausforderungen zu verringern. Dementsprechende Interventionen können jedoch oftmals auf Grund mangelnder Compliance nicht durchgeführt werden (Zanandrea et al. 2013). Angesichts dieser Tatsache wären gewichtsreduzierende Medikamente oder bariatrische Eingriffe mögliche Optionen um das Körpergewicht zu reduzieren. Der Einsatz von gewichtsreduzierende Medikamenten ist bei adipösen PflögeheimbewohnerInnen jedoch nicht erforscht. Ein Grund dafür könnten die Nebenwirkungen und potentiellen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sein (Mathys 2005). Bezüglich dem Einsatz von bariatrischen Operationen gibt es wenig Information darüber, ob es angemessen ist, solche Eingriffe zur Behandlung von Adipositas bei PflögeheimbewohnerInnen durchzuführen (Flum et al. 2005, Varela et al. 2006). Ein höheres bzw. hohes Alter allein soll kein Hindernis für die Durchführung einer bariatrischen Operation darstellen (Calleo-Cross et al. 2005). Doch dieser Ansatz

ist für adipöse BewohnerInnen eines Pflegeheimes nur bedingt anwendbar, da diese, möglicherweise auf Grund von vorhandenen Komorbiditäten und eventuell bereits bestehender Beeinträchtigungen keine geeigneten KandidatenInnen darstellen (Bradway et al. 2008).

Bestimmte klassische Pflegeprobleme können durch eine vorhandene Adipositas negativ beeinflusst werden. PflegeheimbewohnerInnen mit einer moderaten bzw. schweren Adipositas haben im Vergleich zu nicht-adipösen BewohnerInnen, eine höhere Wahrscheinlichkeit, ein Druckgeschwür zu entwickeln (Cai et al. 2013). Darüber hinaus kann vorhandene Adipositas negative Auswirkungen auf die adäquate Versorgung von PflegeheimbewohnerInnen mit Harn- oder Stuhlinkontinenz haben (Bradway et al. 2010). Des Weiteren begünstigt eine vorhandene Adipositas das vermehrte Auftreten diverser anderer Begleiterkrankungen²⁰ (Apelt et al. 2012, Lapane & Resnik 2006). Diese Tatsache führt wiederum zu einem erhöhten Pflegeaufwand und kann eine Verlängerung des Pflegeheimaufenthaltes bedingen (Yang & Zhang 2014).

Die Studien wurden zwischen den Jahren 2007 und 2018 durchgeführt. Lediglich drei Studien stammen aus dem deutschsprachigen Raum (Deutschland), die übrigen Untersuchungen wurden in den USA durchgeführt. Die hohen Adipositasprävalenzzahlen in den USA, im Vergleich zu europäischen Ländern²¹, und die damit einhergehenden gesundheitspolitischen Herausforderungen können eine mögliche Ursache für die intensivierete Forschung sein. Zur Beantwortung der Forschungsfragen konnten lediglich wissenschaftliche Untersuchungen mit einem schwachen Evidenzgrad herangezogen werden. Beim Großteil der verwendeten Publikationen handelt es sich um retrospektive Querschnittsstudien, die anhand einer Auswertung von bereits vorhandenen Datensätzen die jeweiligen Forschungsfragen beantworten. Wie bereits erwähnt, wurde in drei Studien als Datengrundlage dasselbe

²⁰ Dazu zählen unter anderem Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Hypertension etc (Apelt et al. 2012, Lapane & Resnik 2006).

²¹ 40% der US-amerikanischen Bevölkerung (Personen >15 Jahre) sind adipös, 23,6% der deutschen, 18,6% der belgischen, 14,7% der österreichischen und 9,8% der italienischen Bevölkerung (OECD Health Statistics 2018).

Datenset verwendet, lediglich die Untersuchungszeiträume variieren. Die Fragestellungen der einzelnen Untersuchungen ähneln sich, folglich auch die durchgeführten Berechnungen und im weiteren Verlauf die Ergebnisse. In vier Studien (Apelt 2014, Apelt et al. 2012, Apelt et al. 2013, Rose 2007) wurden strukturierte Interviews und/oder Beobachtungen durchgeführt. Erwähnenswert dabei ist, dass in drei Studien das Sample eher klein war und womöglich dadurch die Repräsentativität begrenzt ist. Im Zuge der Recherche konnten keine Studien mit hohem Evidenzgrad, wie z.B. ein randomisiertes, kontrolliertes Design, ausfindig gemacht werden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Darstellung der pflegerischen und infrastrukturellen Herausforderungen, mit welchen das Pflegepersonal bei der Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen konfrontiert sind, aus ethischen Gründen, nicht anhand von experimentellen Studiendesigns erfasst werden kann. Auch werden potentielle Maßnahmen, die eingesetzt werden können, um dieser Herausforderungen zu bewältigen, nicht durch Versuchsreihen identifiziert. Experimentelle Designs könnten dann eingesetzt werden, wenn die Effektivität einer bestimmten Intervention untersucht werden soll.

5 Stärken und Limitationen

Diese Arbeit ist nach Wissensstand der Autorin der erste deutschsprachige Scoping Review, welcher die pflegerischen und infrastrukturellen Herausforderungen, mit denen das Pflegepersonal bei der Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen konfrontiert ist, darstellt und zugleich Maßnahmen aufzeigt, um diese Herausforderungen bewältigen zu können. Durch dieses Vorgehen ist es möglich einen sehr umfassenden Einblick in die derzeit vorhandenen Ergebnisse darzustellen, da prinzipiell unterschiedlichste Studiendesigns zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden können. Auch wenn detektierte Literatur lediglich einen schwachen Evidenzgrad aufweist wird sie auf Grund der Designwahl der vorliegenden Untersuchung nicht ausgeschlossen. Die Wissenschaftlichkeit der inkludierten Studien wird durch die erläuterten Einschluss- und Suchkriterien gewährleistet.

Die Literaturrecherche wurde auf deutsch- und englischsprachige Literatur limitiert. Dadurch kann das Vorhandensein potentiell relevanter Literatur in anderen Sprachen nicht ausgeschlossen werden. Eine weitere mögliche Limitation stellt die Tatsache dar, dass die Studienqualität lediglich von der Autorin beurteilt worden ist. Durch die Beurteilung von zwei oder mehreren BegutachterInnen wäre gegebenenfalls eine objektivere Darstellung der Ergebnisse möglich.

6 Empfehlungen für potentielle zukünftige Forschung

Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit zeigt, dass zwar Literatur vorhanden ist, die sich mit den pflegerischen Herausforderungen in der Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen beschäftigt, diese sich jedoch vorwiegend aus dem U.S.-amerikanischen Raum stammt. Folglich wäre es erstrebenswert, vermehrt Forschung in diesem Bereich im europäischen Raum zu betreiben.

Umfangreichere Beobachtungsstudien sind erforderlich, um die demographischen Charakteristika von adipösen Personen genauer zu erfassen. Dadurch können BewohnerInnenprofile erstellt werden die z.B. Alter, Geschlecht, Aufnahmegrund und Komorbiditäten abbilden umso Pflege gewährleisten zu können, die die betroffene Person ganzheitlich wahrnimmt.

Forschung im Bereich Personalbedarf und –ressourcen ist notwendig, um die aktuelle Situation in Pflegeheimen darzustellen. Diese Ergebnisse können die Grundlage für eine adäquate Personalbedarfseinschätzung sein. Im Zuge dessen zeigt sich auch eine Notwendigkeit den potentiellen finanziellen Mehraufwand darzustellen, den die Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen bedingt. Auch zeigt sich eine Bedeutsamkeit der Darstellung von Wünschen und Bedürfnissen seitens des Pflegepersonals, welches für die adäquate Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen eingesetzt wird.

Bezüglich arbeitsbedingter Verletzungen, die durch die körperliche Zusatzbelastung bei der Pflege von adipösen BewohnerInnen entstehen können, sind nur wenige Daten vorhanden. Forschungsergebnisse aus diesem Bereich könnten in Präventionsprogramme zur Vermeidung von Arbeitsunfällen miteinfließen.

Weitere mögliche Forschungsbereiche sind einerseits die Erfassung von bewohnerInnenbezogenen Outcomes, welche auf eine vorhandene Adipositas zurückzuführen sind. Dazu zählen unter anderem tatsächlicher Pflegebedarf (potentieller pflegerischer Mehraufwand, potentieller zeitlicher Mehraufwand, etc.), Einsatz von adäquaten Hilfsmitteln, potentielle individuelle gesundheitliche Komplikationen. Andererseits könnten die Auswirkungen von gewichtsreduzierten

Maßnahmen für adipöse PflegeheimbewohnerInnen einen Forschungsschwerpunkt darstellen.

Des Weiteren zeigt sich eine Notwendigkeit, die Bedürfnisse, Wünsche und Einstellungen der Betroffenen zu erforschen, da aktuelle Forschung primär auf die Grundbedürfnisse abzielt. Empfehlenswert ist außerdem, zu erforschen, wie die Betroffenen ihre Versorgung wahrnehmen und ob bzw. wie sich die Einstellung von Pflegepersonen gegenüber adipöse PflegeheimbewohnerInnen auf die Betreuung der betroffenen auswirkt.

7 Empfehlungen für die Praxis

In Hinblick auf die LA von Roper et al. 2016 gibt die nachfolgende Tabelle einen Überblick über die unterschiedlichen Lebensaktivitäten und, bezugnehmend auf die Ergebnisse dieser Arbeit, potentielle Maßnahmen, die eingesetzt werden können um eine adäquate Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen gewährleisten zu können.

Tabelle 6: Darstellung der Lebensaktivitäten und potentielle Maßnahmen

Lebensaktivität	Ergebnisse
Für eine sichere Umgebung sorgen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Umfeld soll bewohnerInnen-gerecht adaptiert werden (Einsatz von breiteren Türen, Anpassung von diversen Räumlichkeiten wie z.B. Toiletten und Bäder, etc.) (Cai et al. 2013, Zanandrea et al. 2013). • Adäquate Hilfsmittel (Gehilfen, Rollstühle Hebelifter, Pflegebetten etc.) sollen eingesetzt werden (Apelt et al. 2013, Bradway et al. 2008).
Kommunizieren Sich als Mann und Frauen fühlen/verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Obwohl die Einstellung von Pflegepersonen gegenüber adipösen PflegeheimbewohnerInnen in der Literatur als negativ beschrieben wird, darf keine Diskriminierung dieser Population stattfinden (Apelt 2014).
Atmen Die Körpertemperatur regulieren Arbeiten und spielen Sterben	<ul style="list-style-type: none"> • Hierzu finden sich in der Literatur keine eindeutig übertragbaren Ergebnisse.

<p>Essen und Trinken</p> <p>Ausscheiden</p> <p>Sich sauber halten und kleiden</p> <p>Sich bewegen</p> <p>Schlafen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hier lässt sich aus den Ergebnissen ein, zum Teil erheblicher pflegerischer Mehraufwand in der Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen ableiten (Felix 2008, Harris et al. 2018, Kosar et al. 2018). • Der Einsatz von qualifiziertem Personal kann sich positiv auf die Entstehung von potentiellen Pflegeproblemen auswirken (Cai et al. 2013). • Da es für das Setting Pflegeheim noch keine evidenzbasierten Ergebnisse gibt, können Resultate von Studien, welche zwar die Betreuung von adipösen Personen, jedoch nicht das Setting Pflegeheim als Untersuchungsgegenstand haben, für die Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen herangezogen werden (Bradway et al. 2008, Zanandrea et al. 2013).
---	--

Um Pflegepersonen bezüglich Adipositas und den damit einhergehenden Herausforderungen zu sensibilisieren, sollte diese Thematik in den Ausbildungen der unterschiedlichen Pflegeberufe verankert werden. Darüber hinaus wäre die Einführung einer Weiterbildung, die die Ausbildung zur Bariatric Nurse (USA) zum Vorbild hat, durchaus empfehlenswert.

Adäquate Schulungsmaßnahmen für Pflegepersonen könnten einer potentiellen Diskriminierung von Seiten der MitarbeiterInnen entgegenwirken. Zugleich könnte durch solche Interventionen eine erforderliche Sensibilisierung bezüglich dieser Thematik stattfinden.

8 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Scoping Reviews zeigen, dass die Pflege und Betreuung von adipösen PflegeheimbewohnerInnen unterschiedliche Herausforderungen mit sich bringt: Die Betreuung und Versorgung verursacht einen pflegerischen und personellen Mehraufwand. Für eine angemessene Pflege der Betroffenen ist zum einen der Einsatz von qualifiziertem Personal und zum anderen der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln erforderlich. Darüber hinaus kann eine Umgestaltung des pflegerischen Umfeldes notwendig sein. Die Einstellung von Pflegepersonen und Führungskräften gegenüber adipösen BewohnerInnen kann auf Grund der Ergebnisse grundsätzlich als eher negativ eingeschätzt werden. Darüber hinaus erfährt diese Thematik in der Praxis zum Teil noch geringe Beachtung und wird als Randthema klassifiziert.

Adipositas im Setting Pflegeheim wird auch in Zukunft Pflegepersonen vor große Herausforderungen stellen. Daher ist es unerlässlich, dieser Thematik die Notwendigkeit Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Im Optimalfall entsteht durch Information, Aufklärung, dem Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln, einer angepassten Raumgestaltung, der Adaptierung von Pflegetätigkeiten und der Anpassung von Tätigkeitsabläufen, sowie dem Einsatz von ausreichend Pflegepersonal eine Symbiose zwischen den Pflegenden und den PflegeempfängerInnen um den Pflegealltag angemessen gestalten zu können

9 Literaturverzeichnis

Altenpflegemagazin 2015, Standard „Pflege von adipösen Senioren“
<https://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-adipositas.htm>

(Zugriff: 01.09.2020).

American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS) 2015,
<https://asmbs.org/wp/uploads/2015/11/2016-CBN-Handbook.pdf>

(Zugriff: 20.06.2020).

Ankuda, C. K., Harris, J., Ornstein, K., Levine, D. A., Langa, K. M., Kelley, A. S. 2017, Caregiving for older adults with obesity in the United States, *The American Geriatrics Society*, 65: 1939–1945.

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(4): 271–283.

Apelt, G., Kuhlmeier, A., Garms-Homolova, V. 2014, Versorgung adipöser Menschen aus der Perspektive von Führungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47: 673–679.

Apelt, G 2014, Versorgung adipöser Menschen aus der Sicht professionell Pflegenden, Dissertation: Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen – Pilotstudien zur Erfassung von versorgungsspezifischen Mehraufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Bradway, C., DiResta, J., Fleshner, I., Polomano R. C. 2008. Obesity in nursing homes: a critical review, *Journal of the American Geriatrics*, Volume 56: 1528–1535.

Bradway, C., Miller, E., Heivly, A., Fleshner, I. 2010, Continence care for obese nursing home residents, *Urologic Nursing*, 30, 121–129.

Borgiel, U. M., 2020: Maßnahmenplanung und Dokumentation in der Pflege. Richtig mit dem Strukturmodell und SIS arbeiten.

Cai, S, Rahman, M., Intrator, O 2013, 'Obesity and Pressure Ulcers Among Nursing Home Residents', *Medical Care*, Volume 51, Number.6: 478 – 486.

Calleo-Cross, A., Sharma, N., Aronne L. J. 2005, Medical assessment of obese older patients, *Clinics in Geriatric Medicine*, 21: 689–699.

Childhood Obesity Surveillance (COSI) 2018, Initiative Highlights 2015-2017, Factsheet.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI) 2020, ICD-10-GM Version 2017, <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2017/block-e65-e68.htm> (Zugriff am 14.06.2020).

Dorner, T. E. 2016, Adipositasepidemiologie in Österreich, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. 166, pp 79-87.

Elkins, J. S., Whitmer, R. A., Sidney, S., Sorel, M., Yaffe K., Johnston, S. C. 2005, Midlife obesity and long-term risk of nursing home admission, *OBESITY*, Volume 14, Number 8.

European Association for the Study of Obesity (EASO) 2018, Adipositas: Ursache für NCDs.

Eurostat 2016, Europäische Gesundheitsbefragung, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700903/3-20102016-BP-DE.pdf/70d4d04a-f24b-47dc-b69d-e3a677774480> (Zugriff 17.06.2020).

Felix, H. C. 2008, Personal care assistance needs of obese elders entering nursing homes, *Journal of the American Medical Directors Association*.

Felix, H. C., Bradway, C., Miller, E., Powell, L. 2010, Obese nursing home residents: a call to research action, *Journal of American Geriatrics Society*, Volume 58, Number 6.

Felix, H. C., Bradway, C., Ali, M. M., Li, X 2016, Nursing home perspectives on the admission of morbidly obese patients from hospitals to nursing homes, *Journal of Applied Gerontology*, 35: 286–302.

Fent, T., Fürnkranz, A. 2019, Demographischer Wandel – geänderte Rahmenbedingungen für den Sozialstaat?

Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H., Graubard, B., I. 2013, Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 309 (1):71–82.

Fleischmann, E., Teal, N., Dudley, J., May, W., Bower, J. D., Salahudeen, A., K. 1999 Influence of excess weight on mortality and hospital stay in 1346 hemodialysis patients. *Kidney International*; 55: 1560–1567.

Flum, D. R., Salem, L. Elrod J. A. B. 2005, Early mortality among Medicare beneficiaries undergoing bariatric surgical procedures, *Journal of the American Medical Association*, 294: 1903–1905.

Gfrerer, C., Lohr, C. Reitter-Pfoertner, S. Ruda, R. Trischak, C 2016, Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter. Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich.

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

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

Joanna Briggs Institut, 2020 <http://joannabriggs-webdev.org/research/critical-appraisal-tools.html> (Zugriff: 15.06.2020).

Kohler, M., Ziese, T. 2004, Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen.

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: 1015–1019.

Kuhlmei, A. 2009, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention, *Pflege & Gesellschaft*, 14. Jahrgang.

Lapane K.L. & Resnik, L. 2006, Weighing the relevant issues: obesity in nursing homes. *Journal of Aging and Social Policy*, 18:1–9.

Lechleitner, M. 2016, Adipositas im Alter – Obesity in elderly, *Wiener Medizinische Wochenschrift*, Volume 166, 143–146.

Leichsenring, K., Schulmann, K., Gasior, K. 2015, Gute Pflege aus der Sicht der Beschäftigten. Bedingungen, Ziele und Perspektiven der Qualitätsverbesserung in der Langzeitpflege.

Lohmer, E., Ulbrich V. 2013, Pflege und Betreuung adipöser Patienten.

Marihart, C. L., Brunt, A. R., Geraci A. A. 2015, The high price of obesity in nursing homes. *Care Management Journals*, 16: 14–19.

Mathys, M. 2005, Pharmacologic agents for the treatment of obesity, *Clinics in Geriatric Medicine*, 21: 735–746.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. The PRISMA Group 2009, Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement, *PLOS Medicine*, 6(7).

Munn, Z., Peters M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., Aromataris, E. 2018, Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach, *BMC Medical Research Methodology*.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2017, Obesity Update.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Statistics 2018, Obesity rates, <https://www.oecd.org/berlin/presse/fettleibigkeit-und-uebergewicht-nehmen-in-oecd-laendern-weiter-zu-18052017.htm> (Zugriff: 05.09.2020).

Österreichische Adipositas Gesellschaft (ÖAG) 2015, https://www.adipositas-austria.org/1510_neue_zahlen.html (Zugriff 17.06.2020).

Psychrembel – Klinisches Wörterbuch 267. Auflage, 2017

Roper Nancy, Logan Winifried, W., Tierney Alison, J. (2016): Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA).

Rose M., Baker G., Drake D., 2007 A comparison of nurse staffing requirements for the care of morbidly obese and non-obese patients in the acute care setting, *Bariatric Nursing and Surgical Patient Care*, Volume 2, Number 1.

Rust, P., Hasenegger, V., König, J. 2017, Österreichischer Ernährungsbericht 2017, erste Edition, Wien.

Rzehak, P., Covic, M., Saffery, R., Reischl, E., Wahl, S., Grote, V., Weber, M., Xhonneux, A., Langhendries, J.-P., Ferre, N., Closa-Monasteriol, R., Escribano, J., Verduci, E., Riva, E., Socha, P., Dariusz Gruszfeld, D., Koletzko, B. 2017, DNA-Methylation and Body Composition in Preschool Children: Epigenome-Wide-Analysis in the European Childhood Obesity Project (CHOP)-Study Scientific Reports.

Scherer, M., Wagner, H.-O., Lühmann, D., Muche-Borowski, C., Schäfer, I., Dubben, H.-H., Hansen, H., Thiesemann, R., von Renteln-Kruse, W., Hofmann, W., Fessler, J., van den Bussche, H. 2017, Multimorbidität – S3-Leitlinie, *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.*

Siegenthaler, W., Blum, H. E., 2006 Klinische Pathophysiologie.

Statistik Austria 2018, Betreuungs- und Pflegedienste, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html

(Zugriff: 14.06.2020). Statistik Austria 2019, Ergebnisse im Überblick: Lebenserwartung in Sterbetafeln, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/index.html (Zugriff: 14.06.2020).

The Global BMI Collaboration, 2016 Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents, *The Lancet*.

Wabitsch, M., Kunze, D. 2015, Konsensbasierte Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, https://aga.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/AGA_S2_Leitlinie.pdf (Zugriff: 14.06.2020).

Tyler, D. A., Feng, Z., Leland, N. E., Gozalo, P., Intrator, O. Mor, V. 2013, Trends in postacute care and staffing in US nursing homes 2001–2010, *Journal of the American Medical Directors Association*.

Varela, J. E., Wilson, S. E., Nguyen, N. T. 2006, Outcomes of bariatric surgery in the elderly. *The American Journal of Surgery*, 72: 865–869.

Valiyeva, E., Russell, L., B., Miller, J., E., Safford, M., M. 2006, Lifestyle-related risk factors and risk of future nursing home admission, *Archives of Internal Medicine*, 166: 985–990.

von Elm, E., Schreiber, G., Haupt C. C., (2019) Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie).

Wirth, A. 2018, Adipositas-Paradoxon II: Haben dicke Herzpatienten doch keinen Vorteil? *CardioVasc*, Volume 18: 48–49.

Wirth, A., Hauner, H. 2017, Adipositas – Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie.

World Health Organization (WHO) 2000, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series*. Band 894. World Health Organization (WHO) 2018, Obesity and overweight: Fact sheet No 311. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Zugriff: 20.06.2020).

Yang, Z., Zhang, N. 2014, The Burden of Overweight and Obesity on Long-term Care and Medicaid Financing, *Medical Care*, Volume 52, Number 7.

Zanandrea, V., de Souto, P. B., Cesari, M., Vellas, Br. 2013, Obesity and nursing home: a review and an update, *Clinical Nutrition*, Volume 32: 679–658.