

Masterarbeit

Adipositas - pflegerische Herausforderungen und Pflegeprobleme im Setting Krankenhaus

Ein Scoping Review

eingereicht von

Julia Rescher, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Priv. Doz.ⁱⁿ Sen. Lect. Dr.ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, MSc, BSc

Univ. Prof.ⁱⁿ Dipl. Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer cur Christa Lohrmann, FEANS, DGKS

Graz, 11. August 2021

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig 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.“

Julia Rescher, BScN eh

Graz, 11. August 2021

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Kosten.....	2
1.2	Adipositas.....	2
1.2.1	Definition.....	3
1.2.2	Messmethoden.....	3
1.2.3	Begleiterkrankungen.....	5
1.3	Adipositas im Krankenhaus.....	6
1.4	Pflegerelevante Aspekte.....	8
1.4.1	Pflegetheorie nach Virginia Henderson.....	8
1.4.2	Pflegerische Herausforderungen.....	10
1.4.3	Pflegeprobleme.....	12
1.5	Forschungslücke.....	13
1.6	Forschungsziel und Forschungsfrage.....	14
2	Methode.....	15
2.1	Forschungsdesign.....	15
2.2	Datensammlung.....	16
2.2.1	Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
2.2.2	Suchstrategie.....	17
2.3	Studienauswahl.....	19
2.4	Studienqualitätsbewertung.....	21
2.5	Studienqualität.....	22
2.6	Datenextraktion und Analyse.....	24
3	Ergebnisse.....	25
3.1	Studiencharakteristika.....	25
3.2	Pflegerische Herausforderungen.....	32
3.2.1	Infrastrukturelle Herausforderungen.....	32

3.2.2	Herausforderungen für das Pflegepersonal	36
3.3	Pflegeprobleme	42
4	Diskussion	46
4.1	Diskussion der Hauptergebnisse.....	46
4.2	Studienqualität	52
4.3	Stärken und Limitationen.....	54
4.4	Empfehlungen für die Forschung	55
4.5	Empfehlungen für die Praxis	57
5	Schlussfolgerung	60
6	Literaturverzeichnis.....	61
7	Anhang	XII
7.1	Details zu den Suchstrategien.....	XII
7.2	Details zur Studienqualitätsbewertung	XIV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Suchstrategie in den Literaturdatenbanken	19
Abbildung 2 PRISMA-Statement nach Moher et al. (2009); adaptierte Darstellung	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Adipositasprävalenz in % (WHO 2017).....	1
Tabelle 2 Klassifikation einer Adipositas nach BMI (WHO 2021a)	4
Tabelle 3 Schlüsselwörter, Synonyme und Schlagwörter zur Literaturrecherche.	18
Tabelle 4 Jahr, Setting und Land der Studiendurchführung (alphabetische Reihung nach Autor*innen).....	26
Tabelle 5 Studiencharakteristika (alphabetische Reihung nach Autor*innen)	27
Tabelle 6 Suchstrategien je Datenbank.....	XII
Tabelle 7 Qualitätsbewertung Beitz (2015)	XIV
Tabelle 8 Qualitätsbewertung Broome et al. (2015)	XIV
Tabelle 9 Qualitätsbewertung Gallagher, Shaver und Cole (2007)	XV
Tabelle 10 Qualitätsbewertung Muir et al. (2007).....	XV
Tabelle 11 Qualitätsbewertung Boza et al. (2012).....	XVI
Tabelle 12 Qualitätsbewertung Foroozesh et al. (2017).....	XVI
Tabelle 13 Qualitätsbewertung Großschädl und Bauer (2020)	XVII
Tabelle 14 Qualitätsbewertung Kam und Taylor (2010)	XVII
Tabelle 15 Qualitätsbewertung Ness et al. (2018).....	XVIII
Tabelle 16 Qualitätsbewertung Drake et al. (2005)	XVIII
Tabelle 17 Qualitätsbewertung Hales, Coombs und de Vries (2018).....	XIX
Tabelle 18 Qualitätsbewertung Hales, de Vries und Coombs (2016).....	XX
Tabelle 19 Qualitätsbewertung Robstad, Söderhamn und Fegran (2018)	XXI
Tabelle 20 Qualitätsbewertung Shea und Gangon (2015)	XXII
Tabelle 21 Qualitätsbewertung Compher et al. (2007).....	XXIII
Tabelle 22 Qualitätsbewertung McClean, Cross und Reed (2021).....	XXIV
Tabelle 23 Qualitätsbewertung Twaij et al. (2013)	XXV

Abkürzungsverzeichnis

AUS	Australia
AUT	Austria
BMI	Body Mass Index
BRA	Brazil
CAN	Canada
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
Covid-19	Coronavirus-Krankheit-2019
HDL	High-Density-Lipoprotein
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IRN	Iran
ISI	Institute for Scientific Information
JBI	Joanna Briggs Institute
MeSH	Medical Subject Headings
MH	Medical Headings
NOR	Norway
NZL	New Zealand
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	Public Medical Literature OnLine
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
WHR	Waist-to-hip ratio
WHtR	Waist-to-height ratio

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Anzahl an Menschen mit Adipositas ist weltweit steigend. Durch die Folge- und Begleiterkrankungen von Adipositas nimmt auch die Anzahl an Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaussektor zu. Pflegepersonen werden durch diese Entwicklung mit neuen pflegerischen Herausforderungen und Pflegeproblemen im Setting Krankenhaus konfrontiert sein.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es anhand einer Literaturrecherche, pflegerische Herausforderungen und Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus aufzuzeigen.

Methode: Das Scoping Review wurde als Forschungsdesign zur Beantwortung der Forschungsfrage gewählt. Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum von April bis Mai 2021 in fünf wissenschaftlichen Datenbanken und mittels Handsuche. Aufgrund der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien konnten 17 qualitative und quantitative Studien inkludiert und einer kritischen Qualitätsbewertung unterzogen werden. Die Ergebnisse wurden tabellarisch und narrativ dargestellt.

Ergebnisse: Aus den Studienergebnissen konnten pflegerische Herausforderungen und Pflegeprobleme hinsichtlich Adipositas im Setting Krankenhaus als Hauptkategorien identifiziert und dazugehörige Unterkategorien gebildet werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Krankenzimmer zu klein und entsprechende Hilfsmittel entweder nicht vorhanden oder nicht passend für die Körperformen der Patient*innen mit Adipositas waren. Zudem wurde mehr Personal für die Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten, wie der Körper- und Hautpflege oder der Mobilisation benötigt. Zu den identifizierten Pflegeproblemen zählen Mangelernährung, Dekubitus, Wundheilungsstörung, Intertrigo, Sturz und Schmerz.

Schlussfolgerung: Diese Arbeit konnte den Umfang der bestehenden Literatur zum Thema Adipositas in der Pflege im Krankenhaussetting aufzeigen. Die Ergebnisse zeigen, dass durch das Bereitstellen von geeigneten Hilfsmitteln und einer ausreichenden Größe der Krankenzimmer die Pflegepersonen entlastet und die Sicherheit der Patient*innen erhöht werden kann. Durch gezielte Fort- und

Weiterbildungen können Pflegepersonen Wissen zu den Pflegeproblemen und den damit verbundenen Herausforderungen erlangen, um pflegerische Interventionen und Präventionsmaßnahmen setzen zu können. Bis dato wurde diese Thematik in der Pflegewissenschaft selten untersucht. Daher sollte in diesem spezifischen Bereich weitere qualitative und quantitative Forschung durchgeführt werden, damit die daraus gewonnenen Ergebnisse für die Pflegepraxis genutzt werden können.

Abstract

Background: The number of people living with obesity is increasing worldwide. Because of the secondary and concomitant diseases of obesity, the number of patients with obesity in the hospital sector is also increasing. Nurses will be confronted with new nursing challenges and nursing care problems in the hospital setting as a result of this development.

Aim: The aim of this paper is to identify nursing challenges and nursing care problems related to patients living with obesity in hospitals based on a literature review.

Methods: The scoping review was chosen as the research design to answer the research question. The literature search was conducted in the period from April to May 2021 using five scientific databases and by hand search. Based on the previously defined inclusion and exclusion criteria, 17 qualitative and quantitative studies were included and subjected to a critical quality assessment. The results were presented in tabular and narrative form.

Results: From the study results, nursing challenges and nursing care problems regarding obesity in the hospital setting could be identified as main categories and associated subcategories were formed. The results show that the hospital rooms were too small and the corresponding equipment were either not available or not suitable for the body shapes of the patients with obesity. Furthermore, more staff was needed to perform nursing activities such as body and skin care or mobilization. Identified nursing care problems include malnutrition, pressure ulcer, wound healing disorder, intertrigo, fall and pain.

Conclusion: This work was able to show the extent of existing literature on the topic of obesity in nursing care in the hospital setting. The results show that the provision of appropriate equipment and sufficient size of hospital rooms, caregivers can be relieved and patient safety can be increased. Through targeted training and continuing education, caregivers can gain knowledge about nursing care problems and the associated challenges in order to be able to implement nursing interventions

and preventions. To date, this topic has rarely been studied in nursing science. Therefore, further qualitative and quantitative research should be conducted in this specific area so that the results obtained can be used for nursing practice.

1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berichtet, dass sich seit dem Jahr 1975 die Anzahl an Personen mit Adipositas weltweit fast verdreifacht hat. Im Jahr 2016 waren 650 Millionen Erwachsene adipös. Dies entspricht 13 % der erwachsenen Weltbevölkerung. Adipositas betrifft nicht nur Erwachsene sondern auch Kinder. Die Adipositasprävalenz ist in den letzten Jahrzehnten unter den Kindern und Jugendlichen sehr stark angestiegen. Knapp über 18 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von fünf bis 19 Jahren waren im Jahr 2016 übergewichtig oder adipös. Im Gegensatz dazu waren es 1975 nur knapp 4 %. Zudem bedingt Übergewicht und Fettleibigkeit mehr Todesfälle als Untergewicht. Adipositas war einst nur in Hocheinkommensländern ein großes Gesundheitsproblem, jedoch nehmen Übergewicht und Adipositas nun auch in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen drastisch zu. Global betrachtet gibt es in jeder Region mehr Menschen mit Adipositas als jene die an Untergewicht leiden. Ausnahmen sind die Regionen südlich der Sahara und Asien (WHO 2021c).

In Tabelle 1 wird die Adipositasprävalenz für Erwachsene aus einzelnen Ländern in den Jahren 1985, 2000 und 2016 dargestellt, um zu verdeutlichen, dass die Prävalenz weltweit ansteigt. Ausgewählt wurden Länder, welche sich hinsichtlich der geografischen Lage und den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unterscheiden.

Tabelle 1 Adipositasprävalenz in % (WHO 2017)

Land	1985	2000	2016
Österreich	9,3	14,0	20,1
USA	16,0	25,5	36,2
Zentralafrika	2,0	3,9	7,5
Australien	13,5	20,2	29,0
China	0,9	2,4	6,2

In Österreich zeigt die national repräsentative „Österreichische Gesundheitsbefragung 2019“, dass im Jahr 2019 16,5 % der österreichischen Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr an Adipositas litt. Im Vergleich zum Jahr

2006/07 gab es einen Anstieg von rund 3,7 %. 15 % der Frauen und 17,9 % der Männer galten 2019 als adipös. Insgesamt wurde bei beiden Geschlechtern die Krankheit Adipositas in den höheren Altersklassen häufiger diagnostiziert im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen. In der Altersgruppe der 45 bis 75-jährigen Männer und in der Altersgruppe der 60 bis 74-jährigen Frauen wurde am häufigsten eine Fettleibigkeit beobachtet (Statistik Austria 2020).

1.1 Kosten

Adipositas verursacht erhebliche Kosten für die Behandlung der Folge- und Begleiterkrankungen und für die medizinische, ambulante und stationäre Versorgung der Personen mit Adipositas (Kiefer et al. 2006). In den OECD-Ländern entfallen durchschnittlich 8,4 % der Gesundheitsausgaben auf Adipositas und die damit einhergehenden Krankheiten. 70 % der Therapiekosten für Diabetes mellitus und 23 % der Therapiekosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind auf Adipositas zurückzuführen. In Deutschland werden 10,7 % der Gesundheitsausgaben für Krankheiten, die im engen Zusammenhang mit Adipositas stehen aufgewendet. Damit liegt Deutschland zusammen mit den Niederlanden und den USA über dem OECD-Durchschnitt (OECD 2019). In Österreich sind keine Daten für Adipositas und die damit verbundenen Kosten vorhanden, jedoch kann eine Kostenschätzung aufgrund von internationalen Daten durchgeführt werden. Dieser Schätzung nach sind 222,7 – 1138,5 Millionen € der Gesundheitskosten in Österreich auf Adipositas zurückzuführen (Kiefer et al. 2006).

1.2 Adipositas

Im folgenden Kapitel wird die Adipositasdefinition der WHO vorgestellt. Zudem werden Klassifikationsmöglichkeiten und unterschiedliche Messmethoden des Körpergewichts näher erläutert. Weiteres werden die Folge- und Begleiterkrankungen der Adipositas aufgezeigt und beschrieben. Im Anschluss an dieses Unterkapitel wird auf die Bedeutung der Adipositas im Krankenhaussektor und auf die pflegerischen Herausforderungen und Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas Bezug genommen.

1.2.1 Definition

Adipositas wird laut der WHO (2021b) wie folgt definiert:

“Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health” (WHO 2021b).

Adipositas wird laut dem ICD-10 klassifiziert als Adipositas und sonstige Überernährung (E65- E68) (ICD-Code 2021). Im Gegensatz zu Übergewicht ist Adipositas eine anerkannte chronische Erkrankung. Die Ursachen für Adipositas sind vielfältig. Faktoren wie das Ernährungsverhalten, die körperliche Aktivität, die psychische Situation, Stress, Genetik, Hormone und Umweltfaktoren können eine Rolle bei der Entstehung von Adipositas spielen (ÖAG 2021). Synonyme, welche für Adipositas häufig Anwendung finden sind Fettleibigkeit oder Fettsucht (Hauner 2013).

1.2.2 Messmethoden

Für die Adipositasdiagnostik können einfache Mess- und Wiegemethoden angewendet werden (Hauner 2013).

Body Mass Index

Der Body Mass Index (BMI) ist ein Messinstrument zur Beurteilung des Ernährungszustandes und dient zur Klassifizierung des Körpergewichts. Dieser wird wie folgt berechnet: $BMI = \frac{\text{Körpergewicht (in kg)}}{\text{Körpergröße (in m}^2\text{)}}$ (Hauner 2013). Zudem kann der BMI als Risikoindikator für Krankheiten verwendet werden. Mit steigendem BMI erhöht sich das Risiko an Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken. Bei Kindern und Jugendlichen kann der BMI ebenfalls zur Klassifikation des Ernährungszustandes angewendet werden. Die Berechnung erfolgt mit der gleichen Formel. Im Gegensatz zu den Erwachsenen wird der BMI nach der Berechnung mittels Perzentile angeglichen (WHO 2021a). Der BMI kann nur indirekt zur Abschätzung des Körperfetts beitragen, da er nicht zwischen Körperfett und fettfreier Körpermasse unterscheidet. Als Alternative zum BMI können noch weitere Messmethoden verwendet werden (Hauner 2013). In

Tabelle 2 wird die Klassifikation nach dem BMI für Erwachsene über 20 Jahren laut der WHO (2021a) dargestellt.

Tabelle 2 Klassifikation einer Adipositas nach BMI (WHO 2021a)

BMI (kg/m²)	Klassifikation
< 18,5	Untergewicht
18,5 – 24,9	Normalgewicht
25,0 – 29,9	Präadipositas
30,0 – 34,9	Adipositas Grad I
35,0 – 39,9	Adipositas Grad II
> 40,0	Adipositas Grad III

Taillenumfang

Eine weitere Messmethode ist die Messung des Taillenumfangs. Dieser wird bei einer stehenden Person mit einem Maßband zwischen dem Oberrand des Rippenbogens und des Beckenkamms gemessen (Wirth 2013). Mittels dieser Messmethode kann eine abdominale Adipositas charakterisiert werden (Bosy-Westphal & Müller 2013). Männer mit einem Taillenumfang > 102 cm und Frauen mit einem Taillenumfang > 88 cm haben ein deutlich erhöhtes Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen (Hauner 2013).

Waist-to-height ratio (Taille-Größe-Quotient)

Der Taille-Größe-Quotient kann einen Zusammenhang zwischen Gesundheitsrisiken, wie einem metabolischen und kardiovaskulären Risiko und Adipositas herstellen. Bei dieser Messmethode wird der Taillenumfang auf die Körpergröße bezogen. Liegt beispielsweise der Waist-to-height ratio (WHtR) bei 0,57 entspricht dies einem BMI von 30 kg/m² (Bosy-Westphal & Müller 2013).

Waist-to-hip ratio (Taille-Hüft-Quotient)

Mittels der Waist-to-hip ratio (WHR) kann die Körperfettverteilung (Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang) gemessen werden. Der Quotient kann ebenfalls das kardiovaskuläre Risiko abschätzen. Grenzwerte für den WHR zur Identifikation einer Adipositaserkrankung variieren je nach Geschlecht (Frauen < 0,85 und Männer < 1,00) (Bosy-Westphal & Müller 2013).

1.2.3 Begleiterkrankungen

Adipositas geht mit einer Reihe an Begleit- und Folgeerkrankungen einher. Dazu zählen überwiegend internistische, orthopädische und neoplastische Erkrankungen. Nachfolgend werden mögliche Begleiterkrankungen der Adipositas beschrieben (Wirth et al. 2013).

Metabolisches Syndrom

Der Ausdruck „Metabolisches Syndrom“ fasst eine Vielzahl an Risikofaktoren zusammen, welche atherosklerotische Erkrankungen begünstigen. Dazu zählen ein erhöhter HDL-Cholesterin-Wert, Blutdruck, Blutzucker, sowie erhöhte Triglyzeride und Adipositas. Treten drei dieser fünf Risikofaktoren gleichzeitig auf, wird dies als „Metabolisches Syndrom“ bezeichnet. Zudem wird durch das „Metabolische Syndrom“ das kardiovaskuläre Risiko deutlich erhöht (Wirth et al. 2013).

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus geht mit einem erhöhten Blutzuckerspiegel einher. Eine Person mit Diabetes mellitus Typ 2 leidet an einer Kombination aus Insulinresistenz und defekter Insulinsekretion. Die Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2 wird durch Adipositas deutlich begünstigt. Jeder/Jede zweite an Diabetes mellitus Typ 2 Erkrankte leidet an einem BMI ≥ 30 kg/m² (Wirth et al. 2013).

Fettleber

Zur Erkrankung der nicht-alkoholischen Fettleber gehören die einfache Fettleber und die Fettleberentzündung. Diese Krankheiten erhöhen wiederum das Risiko für eine Leberzirrhose und für ein hepatozelluläres Syndrom. Ca. 75 % aller Personen mit Adipositas erkranken an einer nicht-alkoholischen Fettleber (Wirth et al. 2013).

Dyslipidämien

Dyslipidämien sind gekennzeichnet durch ein erhöhtes Gesamtcholesterin, eine erhöhte Triglyzeridkonzentration, eine niedrige HDL-Cholesterinkonzentration, sowie eine gesteigerte Konzentration an freien Fettsäuren. Durch die enge Beziehung zwischen Körpergewicht und Triglyzerid- und HDL-Cholesterinspiegel sind Personen mit Adipositas häufiger von Dyslipidämien betroffen (Wirth et al. 2013).

Hypertonie

Körpergewicht und Bluthochdruck stehen in enger Beziehung zueinander, wobei auch Patient*innen mit Adipositas einen normalen Blutdruck aufweisen können. Sind Personen mit Adipositas von einer Hypertonie betroffen, ist diese meist nur schwer zu behandeln und die kardiovaskulären Risiken sind aufgrund dessen erhöht (Wirth et al. 2013).

Weitere Erkrankungen

Weitere Folgeerkrankungen, welche in Beziehung zu einer Adipositas stehen sind unter anderem gastrointestinale Erkrankungen, Erkrankungen des respiratorischen Systems, des Bewegungsapparates, ein erhöhtes Krebsrisiko, pränatale sowie geburtsmedizinische Komplikationen und psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Depressionen (Wirth et al. 2013).

Anzumerken ist, dass sich eine Adipositas auch positiv auf das Überleben bestimmter Patient*innen auswirken kann (Patel et al. 2016). Die Literatur zeigt, dass vor allem im intensivmedizinischen Setting Patient*innen mit Adipositas bessere medizinische Endergebnisse zeigen und das Adipositas kein Risikofaktor für Mortalität darstellt (Diaz et al. 2009), sondern sogar mit einer reduzierten Sterblichkeit auf der Intensivstation und im Krankenhaus assoziiert wird (Hogue et al. 2009). Dieses Phänomen wird als „Adipositas- (Überlebens-) Paradoxon“ bezeichnet (Patel et al. 2016). Das „Adipositas- (Überlebens-) Paradoxon“ wird jedoch auch kritisch betrachtet, da Adipositas auch mit Nachteilen, wie beispielsweise die bereits erwähnten Begleit- und Folgeerkrankungen verbunden ist und das Risiko für Komplikationen bei kritischen Erkrankungen dadurch erhöht sein kann (Hogue et al. 2009; Patel et al. 2016).

1.3 Adipositas im Krankenhaus

Mit dem Anstieg der Adipositas in der Bevölkerung erhöht sich auch der Anteil an Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus (Hackl et al. 2010; Lehnert et al. 2012). Wie bereits erwähnt, leiden Personen mit Adipositas an einer Vielzahl an Begleit- und Folgeerkrankungen (VanGilder et al. 2009; Wirth et al. 2013). Durch diese Folge- und Begleiterkrankungen erhöht sich zusätzlich der Anteil an

Patient*innen mit Adipositas im stationären Bereich. Dies bedeutet eine enorme Krankheitslast für das Gesundheitssystem und eine große Herausforderung für das Gesundheitspersonal besonders aber für die Pflege (Lehnert et al. 2012; VanGilder et al. 2009). Personen mit Adipositas benötigen nicht nur mehr Arzt*innenbesuche und erhalten häufiger Arzneimittelverschreibungen als Normalgewichtige (Lehnert et al. 2012), sondern haben auch eine höhere Anzahl an stationären Krankenhaustagen (Hackl et al. 2010; Lehnert et al. 2012). Beispielsweise verbringen in Vorarlberg Personen mit Adipositas pro Jahr im Durchschnitt 2,5 Tage im Krankenhaus. Im Gegensatz dazu liegt die durchschnittliche Krankenhausverweildauer für Normalgewichtige bei 1,5 Tagen pro Jahr (Hackl et al. 2010). Oftmals sind im Krankenhaus die Grundvoraussetzungen für eine optimale Therapie, Pflege und Betreuung nicht gegeben. Für die Versorgung der Patient*innen mit Adipositas müssen sowohl infrastrukturelle als auch personelle Ressourcen verfügbar sein. Eine adäquate räumliche Ausstattung sollte in allen Bereichen des Krankenhauses vorhanden sein. Dies beginnt bei der Ambulanz, den diagnostischen Abteilungen, dem stationären und operativen Bereich bis hin zu den intensivmedizinischen Betreuungseinheiten (Stork 2012).

Die Herausforderungen für die im Krankenhaus tätigen Pflegepersonen sind vor allem bedingt durch den erhöhten BMI und der eingeschränkten Mobilität, die Patient*innen mit Adipositas oftmals aufweisen. Diese Patient*innengruppe verfügt über eine große Pflegebreite, von „Normalpatient*innen“, bis hin zur Gruppe der „Hochrisikopatient*innen“. Die Hauptaufgabe der Pflegepersonen besteht zunächst in der Erhebung des Pflegebedarfs im Hinblick auf die benötigten Prophylaxen und Pflegemaßnahmen. Eine Verhaltensänderung speziell zu Lebensstilfaktoren, wie Ernährung und körperliche Aktivität kann während eines zeitlich begrenzten stationären Aufenthalts bei Patient*innen mit Adipositas durch Pflegepersonen (meist) nicht erreicht werden. Deswegen sollte der Fokus der Pflege auf einem respektvollen Umgang, der Wahrung der Würde und an erster Stelle einer angemessenen Kommunikation liegen (Lohmer & Ulbrich 2013).

1.4 Pflegerelevante Aspekte

Im vorhergehenden Unterkapitel wurde kurz auf die speziellen Herausforderungen für die Pflegepersonen, welche sich bei der Pflege und Betreuung von Patient*innen mit Adipositas ergeben, hingewiesen. Zur Vertiefung wird in diesem Kapitel näher auf diese pflegerischen Herausforderungen und auf Pflegeprobleme eingegangen.

Zu beachtende Aspekte bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas sind vor allem die pflegerische Unterstützung zur Erreichung beziehungsweise Erhaltung der physiologischen und emotionalen Balance. Die Pflegepersonen haben die Aufgabe die Patient*innen bei der Ausführung ihrer Tätigkeiten, beispielsweise bei der Mobilisation zu unterstützen (Lohmer & Ulbrich 2013). Diese Aspekte finden sich auch in der Theorie von Virginia Henderson (1969) wieder.

1.4.1 Pflegetheorie nach Virginia Henderson

Die Pflegetheorie nach Virginia Henderson (1969) fokussiert eine Pflege, welche sowohl das physiologische, als auch das emotionale Gleichgewicht der pflegebedürftigen Personen als untrennbar ansieht. Sie definierte die Krankenpflege wie folgt:

“The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible” (Henderson 1969, p. 15).

Die Pflege soll das ergänzen, was an Wissen, Willen oder Kraft der zu betreuenden Person fehlt, um die täglichen Aktivitäten durchführen zu können. Zudem sollen Pflegepersonen die verordnete ärztliche Behandlung realisieren. Nach Henderson (1969) wird der Mensch nicht isoliert betrachtet, sondern auch die Familie findet immer einen Platz im Betreuungsteam. Als Grundlage der Pflege dient eine Beurteilung des individuellen Pflegebedarfs der zu betreuenden Personen, welche den Pflegepersonen hilft, die menschlichen Bedürfnisse zu erfüllen. Der Definition von Virginia Henderson nach hat die Pflege zum Ziel, dass die Betroffenen eine

Eigenständigkeit und Unabhängigkeit, vor allem bei den folgenden 14 Aktivitäten und Bedürfnissen erlangen:

1. normal atmen
2. ausreichend essen und trinken
3. Ausscheidung mittels aller Ausscheidungsorgane
4. Bewegung und Einnahme der gewünschten Haltung
5. Schlaf und Ruhe
6. geeignete Kleidung, an- und ausziehen
7. Aufrechterhaltung normaler Körpertemperatur durch Anpassung der Kleidung
8. Sauberkeit, Körperpflege und Schutz des Äußeren
9. Vermeidung von Gefahren in der Umgebung und andere zu verletzen
10. Kommunikation mit anderen, um Gefühle, Ängste, Bedürfnisse oder Meinungen auszudrücken
11. Anbetung entsprechend des persönlichen Glaubens
12. erfüllende Arbeitsweise
13. Spiel oder Teilnahme an verschiedenen Formen der Freizeitgestaltung
14. Lernen die Neugierde zu entdecken und zu befriedigen, die zu einer normalen Entwicklung und Gesundheit führt und dazu die verfügbaren Gesundheitseinrichtungen nützen

Diese Aktivitäten und Bedürfnisse reichen von den physiologischen Funktionen eines Menschen über seine Gefühle und Empfindungen bis hin zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sie dienen der Beurteilung des Unterstützungsbedarfs und verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz (Henderson 1969).

Auch bei Personen mit Adipositas ist eine ganzheitliche Betreuung unerlässlich. Die Entstehung einer Adipositas ist von physischen, psychischen, sozialen und umgebungsbedingten Faktoren abhängig. Diese Faktoren müssen beim Adipositasmanagement einfließen und in Kombination betrachtet werden, damit eine personenzentrierte Versorgung und Behandlung von Patient*innen mit Adipositas gewährleistet werden kann (Brown & Wimpenny 2011).

1.4.2 Pflegerische Herausforderungen

Im Zusammenhang mit der steigenden Anzahl an Patient*innen mit Adipositas werden Pflegepersonen vermehrt mit neuen pflegerischen Herausforderungen konfrontiert. Mit dieser Patient*innengruppe einhergehend sind Herausforderungen in den Bereichen Therapie, Transport, Diagnostik und Pflege (Hofmann & Krajl 2012). Das Pflegepersonal ist gefordert die Pflegeprozesse an die besonderen Anforderungen der Patient*innen mit Adipositas anzupassen (Smigelski-Theiss, Gampong & Kurasaki 2017). Es werden mehr Zeit, Personal und Ressourcen benötigt um die Herausforderungen im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas bewältigen zu können (Stork 2012).

Infrastrukturelle Herausforderungen im Krankenhaus

Infrastrukturelle Gegebenheiten können die Krankenpflegepersonen vor eine Herausforderung bei der Pflege und Betreuung von Patient*innen mit Adipositas stellen. Dazu zählen strukturelle Erfordernisse und spezielle Hilfsmittel (Bender & Gerbershagen 2012).

Strukturelle Erfordernisse

Krankenhäuser sind oftmals nicht auf Patient*innen mit Adipositas spezialisiert (Bender & Gerbershagen 2012; Stork 2012). Die Standardzimmer in den Krankenhäusern sind zu klein und bieten nicht genügend Platz für das Personal und die Hilfsmittel. Badezimmerarmaturen, die zum Anlehnen oder Abstützen verwendet werden, benötigen zusätzliche Untermauerungen (Barr & Cunneen 2001; Blackett et al. 2011). Problemstellen beim Patient*innentransport können zu schmale Türen und Gänge sein, da hier beispielsweise das spezielle Krankenbett zu breit für diese sein könnte (Bender & Gerbershagen 2012; Stork 2012). Strukturelle Anforderungen können durch einen Bau von bariatrischen Suiten im Krankenhaus, welche speziell für Patient*innen mit Adipositas entwickelt wurden, erfüllt werden (Barr & Cunneen 2001).

Hilfsmittel

Patient*innen mit Adipositas benötigen für eine Pflege spezielle Hilfsmittel, welche geeignet für ihr Körpergewicht, aber auch für ihre Körperform sind. Bei der pflegerischen Versorgung auf der Station muss bei der Anwendung der Hilfsmittel

auf eine Vielzahl an Dingen geachtet werden. Häufig notwendige Hilfsmittel im stationären Bereich sind beispielsweise große Blutdruckmanschetten, Leibstühle, Rollstühle, spezielle Betten oder Hebelifter (Bender & Gerbershagen 2012; Blackett et al. 2011). Werden Patient*innen mit Adipositas stationär aufgenommen, müssen die Pflegepersonen über die Gewichtsgrenzen der Hilfsmittel Bescheid wissen (Bender & Gerbershagen 2012; Blackett et al. 2011; Stork 2012). Informationen dazu können von den Hersteller*innen angefordert werden (Barr & Cunneen 2001). Weiteres wird empfohlen, die Hilfsmittel mit geeigneten Beschriftungen für die Maximalbelastungen auszustatten. Der konsequente Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln kann die Sicherheit für die Patient*innen und die Pflegepersonen erhöhen (Blackett et al. 2011).

Herausforderungen für das Pflegepersonal

Neben baulichen Voraussetzungen und speziellen Hilfsmitteln muss bei der Pflege der Patient*innen mit Adipositas auf ihre speziellen Bedürfnisse eingegangen werden. Dabei können zusätzliche Herausforderungen für das Pflegepersonal entstehen (Stork 2012). Dazu zählen die personellen und zeitlichen Ressourcen und die Konflikte im professionellen Handeln.

Personelle und zeitlichen Ressourcen

Für eine adäquate Pflege der Patient*innen mit Adipositas müssen mehr personelle und zeitliche Ressourcen eingeplant werden (Stork 2012). Dieser gesteigerte Bedarf ist zum einen durch häufig fehlende infrastrukturelle Voraussetzungen, zum anderen durch eine Kombination aus Personalmangel und einem erhöhten Arbeitsaufwand bedingt (Blackett et al. 2011). Für die Mobilisation, die Durchführung von Prophylaxen, die stationäre Überwachung beziehungsweise Betreuung der Patient*innen mit Adipositas wird mehr Zeit und Personal benötigt. Diese Faktoren müssen vor allem in der Dienstplangestaltung beachtet werden, um Verletzungen durch Überlastung und Zeitmangel bei den Pflegepersonen und Patient*innen vorzubeugen (Stork 2012). Wirbelsäulenverletzungen können bei Pflegepersonen beispielsweise aufgrund der hohen körperlichen Belastung und durch das Fehlen von Hilfsmitteln entstehen und können zu langen Krankenständen führen. Die Anschaffung von motorisierten Betten und Hebeliftern ist auf lange Sicht weniger kostspielig als der Ausfall von Personal (Blackett et al. 2011).

Konflikte im professionellen Handeln

Patient*innen mit Adipositas erleben häufig Vorurteile. Nicht nur die Gesellschaft, sondern auch Pflegepersonen können diese Patient*innengruppe stigmatisieren. Professionalität hat in der Pflege höchste Priorität und darf auch bei Adipositas nicht außer Acht gelassen werden. Es wird ein hohes Maß an Kompetenz und Kreativität von den Pflegepersonen verlangt, damit Patient*innen mit Adipositas sich bei der Pflege wohl und gut versorgt fühlen. Arbeiten Pflegepersonen mit Patient*innen mit Adipositas ist es unerlässlich vorab an Fortbildungen und Sensibilitätstrainings zum Thema Adipositas teilzunehmen (Blackett et al. 2011; Stork 2012). Diese Ausbildungen fördern nicht nur den professionellen Umgang, sondern erhöhen dadurch maßgeblich das Patient*innenwohlbefinden (Blackett et al. 2011).

1.4.3 Pflegeprobleme

Häufig sind Pflegepersonen im Krankenhaus mit einer Vielzahl an unterschiedlichsten Pflegeproblemen, welche bei Patient*innen mit Adipositas auftreten können, konfrontiert (Camden-Gallagher 2006). Die Pflegequalität kann durch einen Mangel an adäquaten Maßnahmen zur Prävention von Pflegeproblemen sowie einer Fehleinschätzung von Bedürfnissen, negativ beeinträchtigt werden. Zu diesen Pflegeproblemen zählen unter anderem Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, Schmerz, Inkontinenz oder die eingeschränkte Mobilität (Stewig et al. 2013). Zudem kann der Heilungsprozess und die Lebensqualität durch das Auftreten von Pflegeproblemen beeinflusst werden (Lohrmann, Eglseer & Hödl 2018). Beispielsweise kann durch den Verlust der Hautintegrität eine Gefahr für Hautinfektionen entstehen. Zudem kann durch verstärkten Körpergeruch das Selbstwertgefühl der Patient*innen mit Adipositas negativ beeinträchtigt werden (Blackett et al. 2011).

Die Adipositas erschwert für Pflegepersonen die Bewältigung auftretender Pflegeprobleme. Im Rahmen des Patient*innenmanagements können zusätzliche spezifische Pflegeprobleme, wie das erhöhte Risiko für Hautinfektionen und eine stark eingeschränkte Mobilität auftreten, welche auf Adipositas zurückzuführen sind. Die Pflegepersonen sind gefordert diese Pflegeprobleme zu erkennen und

Interventionen zur Behandlung beziehungsweise Präventionsmaßnahmen zu setzen (Barr & Cunneen 2001; Blackett et al. 2011).

1.5 Forschungslücke

Wie bereits erwähnt, steigt die Anzahl an Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus an (Hackl et al. 2010; Lehnert et al. 2012). Nicht nur große, sondern auch kleinere Krankenhäuser ohne spezielle Ausstattung für Personen mit Adipositas werden zukünftig mit Patient*innen mit Adipositas konfrontiert sein. Die Pflegepersonen werden durch diese Entwicklung zunehmend mit pflegerischen Herausforderungen und Pflegeproblemen im Setting Krankenhaus konfrontiert. Eine besondere Herausforderung sind die diversen Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas. Zudem werden nicht nur spezielle Hilfsmittel und bauliche Voraussetzungen benötigt, sondern auch pflegerisches Fachwissen, um dieser Patient*innengruppe gerecht werden zu können (Stork 2012).

Weiteres kommen die Patient*innen mit Adipositas mit zahlreichen Pflegeproblemen zur stationären Aufnahme (Camden-Gallagher 2006). Diese Pflegeprobleme beeinflussen nicht nur die Lebensqualität, sondern auch den Heilungsprozess (Lohrmann, Eglseer & Hödl 2018). Adipositas kann die Schwierigkeit im Umgang mit diesen Pflegeproblemen für die Pflegepersonen erhöhen (Barr & Cunneen 2001; Blackett et al. 2011).

Eine erste Vorabrecherche in diversen Datenbanken hat gezeigt, dass es derzeit kaum nationale und internationale Publikationen zum Thema Adipositas und die damit verbundenen pflegerischen Herausforderungen und Pflegeprobleme gibt. Aktuelle Studien wurden in den meisten Fällen in den USA und/oder Kanada publiziert. In Europa wird das Thema Adipositas in pflegewissenschaftlichen Studien nur selten behandelt. Häufiger untersuchte Settings in diesem Bereich sind das Pflegeheim oder Langzeitpflegeeinrichtungen. Zudem konnten Studien gefunden werden, welche spezifische Bereiche des Krankenhauses, wie Intensivstationen vor allem im Hinblick auf das „Adipositas- (Überlebens-) Paradoxon“ untersuchen. Jedoch konnte keine Studie identifiziert werden, welche

explizit pflegerische Herausforderungen und Pflegeprobleme in Beziehung zu Adipositas im Setting Krankenhaus untersucht.

Zukünftig wird Adipositas die Pflege und den Krankenhausesektor vor enorme Herausforderungen stellen (Stork 2012). Daher ist es notwendig, den momentanen Forschungsstand in diesem spezifischen Bereich aufzuzeigen und festzustellen, mit welchen Herausforderungen und Pflegeproblemen Pflegepersonen im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Setting Krankenhaus konfrontiert sind. Dadurch könnten mögliche Lösungsstrategien zur Bewältigung der Herausforderungen und Pflegeprobleme identifiziert werden.

1.6 Forschungsziel und Forschungsfrage

Das Ziel dieser Arbeit ist es, pflegerische Herausforderungen und Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Setting Krankenhaus aufzuzeigen.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

*Welche pflegerischen Herausforderungen und Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Setting Krankenhaus werden in der internationalen Literatur beschrieben?*

2 Methode

Im folgenden Kapitel wird das gewählte Forschungsdesign, sowie der Prozess der Datensammlung und die Datenanalyse beschrieben.

2.1 Forschungsdesign

Zur angemessenen Beantwortung der genannten Forschungsfrage und um die vorhandene Literatur dazu zusammenzufassen, wurde als Forschungsdesign ein Scoping Review gewählt.

Scoping Reviews sind ebenfalls bekannt als „Mapping Review“ oder auch „Scoping Study“ (Von Elm, Schreiber & Haupt 2019) und dienen dazu, den Umfang und die Art der bereits bestehenden Literatur zu einem gewissen Thema aufzuzeigen. Die wesentlichen Merkmale dieser Reviewart sind das Abbilden von Schlüsselkonzepten und die inhaltliche Abgrenzung der zu untersuchenden Thematik. Im Gegensatz zu einer systematischen Übersichtsarbeit behandelt ein Scoping Review eine breit angelegte Forschungsfrage und nützt dazu Wissen aus unterschiedlichen Quellen und Disziplinen. Zur Anwendung kommen flexible Verfahren (Arksey & O'Malley 2005; Levac, Colquhoun & O'Brien 2010; Peters et al. 2020; Polit & Beck 2017; Von Elm, Schreiber & Haupt 2019).

Das Joanna Briggs Institut (JBI) hat ein Manual für Evidenzsynthesen entwickelt, welches das Vorgehen für die Durchführung eines Scoping Reviews beinhaltet. Dieses Manual beschreibt im Detail den Prozess der Planung, Durchführung und Erstellung eines Scoping Reviews und eignet sich daher ideal als Orientierung für das methodische Vorgehen in dieser Arbeit. Das beschriebene Vorgehen gründet auf den Rahmenmodellen von Arksey und O'Malley (2005) und Levac, Colquhoun und O'Brien (2010). Das Scoping Review gliedert sich laut dem JBI in folgende neun Schritte: (1) Definition von Forschungsfrage und –ziel; (2) Entwicklung der Einschlusskriterien; (3) Definition des geplanten Vorgehens; (4) Suche nach Evidenz; (5) Auswahl der Evidenz; (6) Datenextraktion; (7) Datenanalyse; (8) Zusammenfassung der Evidenz; (9) Diskussion und Schlussfolgerung. Im Manual wird die Konsultation von Expert*innen bezüglich der Planung, Durchführung und

Verbreitung der Arbeit empfohlen (Peters et al. 2020). Bei auftretenden Fragen bezüglich dieser Aspekte, werden die beiden Betreuerinnen dieser Arbeit zu Rate gezogen.

2.2 Datensammlung

Zu Beginn dieser Arbeit wurde eine Vorabrecherche durchgeführt, um einen ersten Überblick über die zu untersuchende Thematik zu erlangen. Dazu wurde eine Literatursuche in diversen Datenbanken wie „Public Medical Literature OnLine“ (PubMed), „Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature“ (CINAHL) sowie in „Google Scholar“ durchgeführt. Durch die erste Sichtung der Literatur konnte das Thema weiter spezifiziert werden. Im Zuge der Vorabrecherche konnten Synonyme identifiziert werden, welche für die spätere Literaturrecherche herangezogen werden konnten.

Zur Beantwortung der oben definierten Forschungsfrage wurde im Zeitraum von 25. April 2021 bis 19. Mai 2021 eine Literaturrecherche in den Datenbanken „PubMed“, „CINAHL“, „Cochrane Central Register of Controlled Trials“ über Ovid, „Cochrane Database of Systematic Reviews“ über Ovid und „Institute for Scientific Information (ISI) Web of Knowledge: Datenbankportal“ durchgeführt. Diese Datenbanken wurden aufgrund ihrer pflegerischen und medizinischen inhaltlichen Schwerpunkte gewählt. Zusätzlich fand eine Handsuche mittels „Google Scholar“ und über Referenzlistenscreening statt, um einen möglichst großen Umfang an verfügbarer Literatur zu finden. In „Google Scholar“ wurden die ersten 150 Treffer gesichtet. Das Referenzlistenscreening wurde bei jenen Studien durchgeführt, welche nach dem Volltextscreening in diese Arbeit inkludiert wurden.

2.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Vor der eigentlichen Literaturrecherche wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Es wurden nur Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage inkludiert, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Die definierten Ein- und Ausschlusskriterien

beziehen sich auf die Population, das Setting und auf inhaltliche Kriterien. Nachfolgend werden diese Kriterien aufgezählt.

Einschlusskriterien

- Alle Arten von qualitativen, quantitativen, sowie mixed-method Studien
- Population: Patient*innen mit Adipositas
- Setting: Krankenhaus
- Inhaltliche Kriterien: Studien, welche die pflegerischen Herausforderungen und/oder Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaussektor beschreiben

Ausschlusskriterien

- Personen mit Präadipositas, Normalgewicht oder Untergewicht
- Settings: Primärversorgungszentren, Langzeitpflegeeinrichtungen oder Pflegeheime
- Studien mit Programmen zum Abnehmen
- Studien im Zusammenhang mit Adipositas und dem damit verknüpften Risiko an COVID-19 zu erkranken
- Studien im Bereich der Schwangerschaft und Geburt

2.2.2 Suchstrategie

Mithilfe von Schlüsselwörtern, Synonymen, Trunkierungen und Booleschen Operatoren wurde eine passende Suchstrategie zur bestmöglichen Beantwortung der Forschungsfrage generiert. Zu Beginn wurden die Schlüsselbegriffe festgelegt und ins Englische übersetzt. Anschließend wurde für jedes Schlüsselwort, eine allgemeine Recherche nach Synonymen durchgeführt. Zusätzlich wurde in den Datenbanken nach Schlagwörtern, sogenannten „Medical Subject Headings“ (MeSH-Terms) und „Medical Headings“ (MH), gesucht. Dabei handelt es sich um festgelegte Begriffe denen Synonyme untergeordnet sind, welche bei der Suche automatisch inkludiert werden. Die Trunkierungen dienen dazu den Suchbegriff auf alle Worte des Wortstammes zu erweitern. Dafür wurde das Symbol „*“ verwendet

(Polit & Beck 2017). In Tabelle 3 sind die Schlüsselbegriffe in deutscher und englischer Sprache als auch die Synonyme, sowie passende MeSH-Terms für die Datenbank „PubMed“ angeführt.

Tabelle 3 Schlüsselwörter, Synonyme und Schlagwörter zur Literaturrecherche

Schlüsselwörter	Keywords	Synonyme	MeSH-Terms (PubMed)
Adipositas	obesity	adiposity	"Obesity"[Mesh] "Adiposity"[Mesh]
Krankenhaus	hospital*	clinic* patient* inpatient*	"Hospitals"[Mesh]
Pflege	nurs*	care* caring	"Nursing"[Mesh] "Nurses"[Mesh]
Herausforderungen	challenge*	problem* issue*	
Pflegeprobleme	"nursing care problem*"	"nursing care challenge*"	

Nach der Definierung der Begrifflichkeiten wurden diese mit den Booleschen Operatoren „AND“ oder „OR“ verknüpft. Der Boolesche Operator „NOT“ wurde verwendet, um Studien im Bereich der Schwangerschaft auszuschließen. Weiteres wurden die Schlagwörter an die jeweilige Datenbank angepasst. In der Abbildung 1 ist die daraus generierte Suchstrategie ersichtlich. Aufgrund der genannten Abweichungen in den Datenbanken sind die einzelnen Suchstrategien nicht ident. Die exakte Darstellung befindet sich im Anhang (Tab.6).

Zudem wurden in den Datenbanken Limitationen gesetzt, welche ebenfalls je nach Datenbank variierten. Die Suche wurde auf englisch- und deutschsprachige Literatur limitiert. Als Spezies wurde der Filter „humans“ gesetzt, da die gesuchte Population „Mensch“ ist. Zudem wurde der Suchbefehl „Title/Abstract“ in der Datenbank „PubMed“ und „AB“ für Abstract in „ISI Web of Knowledge: Datenbankportal“ gewählt. Auf eine Begrenzung des Publikationszeitraumes wurde verzichtet, um möglichst jegliche vorhandene Evidenz finden zu können.

obesity OR adiposity	AND
hospital* OR clinic* OR patient* OR inpatient*	
nurs* OR care* OR caring	
challenge* OR problem* OR issue*	
“nursing care problem*” OR “nursing care challenge*”	
pregnancy	NOT

Abbildung 1 Suchstrategie in den Literaturdatenbanken

2.3 Studienauswahl

Insgesamt konnten bei der Literaturrecherche 8.805 Studien identifiziert werden. Die Studien wurden in das Literaturverwaltungsprogramm „EndNote X9“ exportiert. Danach wurden 3.098 Duplikate entfernt. Somit konnten 5.707 Studien gesichtet werden. Zu Beginn wurde ein Titel- und Abstractscreening anhand der zuvor festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Es konnten nach dem Titel- und Abstractscreening 64 Studien gefunden werden, welche den Einschlusskriterien entsprachen. Diese 64 Studien wurden einem Volltextscreening unterzogen. Dabei konnten 15 Studien die Einschlusskriterien erfüllen. Bei diesen 15 Studien wurde das Referenzlistenscreening durchgeführt und zwei weitere Studien konnten nach Titel-, Abstract- und Volltextscreening eingeschlossen werden. Diese 17 Studien wurden anschließend einer Qualitätsbewertung unterzogen. Das Vorgehen, sowie die Ergebnisse der Qualitätsbewertungen werden im nächsten Unterkapitel genauer erläutert. Anschließend wird das Literaturauswahlverfahren mittels PRISMA-Statement nach Moher et al. (2009) dargestellt (Abb.2).

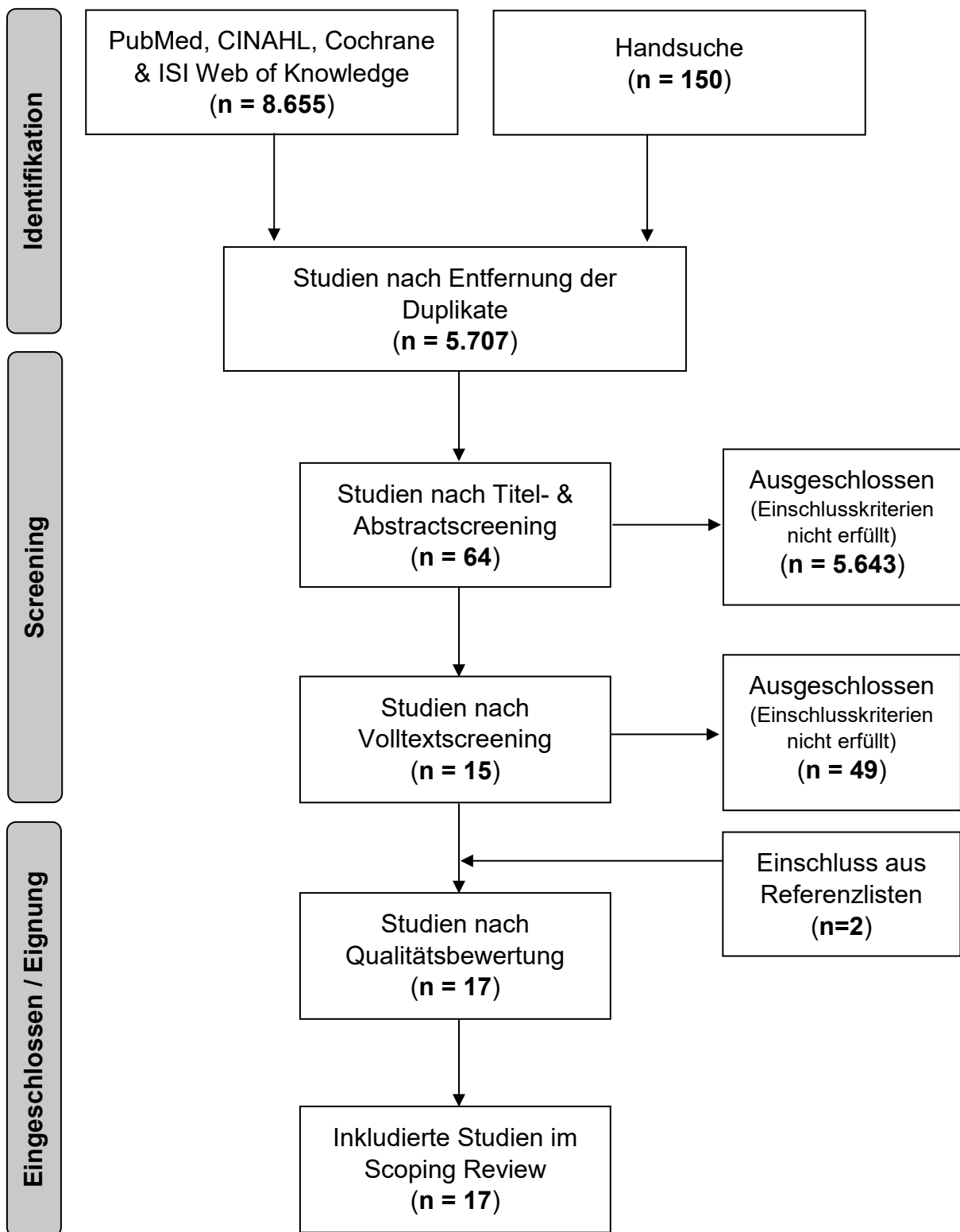


Abbildung 2 PRISMA-Statement nach Moher et al. (2009); adaptierte Darstellung

2.4 Studienqualitätsbewertung

Nach Titel-, Abstract- und Volltextscreening erfüllten 17 Studien die zuvor festgelegten Einschlusskriterien. Diese wurden anschließend einer Qualitätsüberprüfung unterzogen. Das Ziel dieser Bewertung war es, die methodische Qualität der Studien zu identifizieren. Die Qualitätsbewertung beurteilt inwieweit die Möglichkeiten von Verzerrungen im Studiendesign, in der Durchführung und in der Analyse in der Studie berücksichtigt wurden (Munn et al. 2015). Drei wesentliche Aspekte werden bei der Studienqualitätsbewertung berücksichtigt: die interne Validität (Gültigkeit), die Präzision und die Übertragbarkeit bzw. Anwendbarkeit der Ergebnisse (The Cochrane Collaboration 2021).

Je nach Studiendesign wurde ein passendes Bewertungsinstrument des JBI gewählt. Damit sollten ähnliche Voraussetzungen für die kritische Bewertung der Studien gewährleistet werden. Die „Checklist for Case Reports“ (JBI 2020a) wurde für Fallstudien (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007), die „Checklist for Prevalence Studies“ (JBI 2020c) für Prävalenzstudien (Boza et al. 2012; Foroozesh et al. 2017; Großschädl & Bauer 2020; Kam & Taylor 2010; Ness et al. 2018), die „Checklist for Qualitative Research“ (JBI 2020d) für qualitative Studiendesigns (Drake et al. 2005; Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015) und die „Checklist for Cohort Studies“ (JBI 2020b) für die sekundäre Datenanalyse einer Kohortenstudie (Compher et al. 2007), gewählt. Bei zwei Studien (McClellan, Cross & Reed 2021; Twaij et al. 2013) wurde ein „Literatur Review“ durchgeführt. Das JBI hat kein Bewertungsinstrument dafür festgelegt, daher wurde folgendes Instrument ausgewählt: „Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA“ (Baethge, Goldbeck-Wood & Mertens 2019).

Die Bewertungsinstrumente des JBI bestehen aus acht bis elf verschiedenen Fragen (JBI 2020a, 2020b, 2020c, 2020d). Die Antwortmöglichkeiten reichen von „Ja“, „Nein“, „Unklar“ bis „Nicht anwendbar“. Zudem ist in jedem Instrument eine genaue Beschreibung der Fragen enthalten, welche bei Unklarheiten herangezogen werden, kann (Lockwood, Munn & Porritt 2015; Moola et al. 2020; Munn et al. 2015). Der Bewertungsbogen für die Literaturübersichtsarbeiten besteht aus sechs

Fragen. Es gibt drei Bewertungsoptionen 0, 1 und 2 (niedrige bis hohe Qualität). Die einzelnen Fragen und die dazugehörigen Bewertungsoptionen werden ebenfalls beschrieben. Am Ende der Bewertung kann ein Summenscore errechnet werden (Baethge, Goldbeck-Wood & Mertens 2019). Die Fragen der einzelnen Bewertungsbögen können aus den Studienqualitätsbewertungen im Anhang entnommen werden (Tab.7, Tab.8, Tab.9, Tab.10, Tab.11, Tab.12, Tab.13, Tab.14, Tab.15, Tab.16, Tab.17, Tab.18, Tab.19, Tab.20, Tab.21, Tab.22, Tab.23).

2.5 Studienqualität

In diesem Kapitel wird eine Übersicht über die methodologische Qualität der inkludierten Studien gegeben. Da es sich bei dieser Arbeit um ein Scoping Review handelt, wurden keine Studien aufgrund mangelnder Qualität ausgeschlossen (Peters et al. 2020). Im Anhang befindet sich die genaue Darstellung der Qualitätsbewertungen.

Fallstudien

Keine der Fallstudien beinhaltete genaue Angaben zu diagnostischen Tests oder zu diagnostischen Methoden (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007). In der Studie von Gallagher, Shaver und Cole (2007) wurde weder die medizinische, familiäre noch die psychosoziale Vorgeschichte deutlich dargelegt. Daher wurden die Fragen dazu jeweils mit der Kategorie „Unklar“ bewertet.

Prävalenzstudien

In den beiden Prävalenzstudien von Foroozesh et al. (2017) und Ness et al. (2018) wurden keine genauen Angaben gemacht, ob die Stichprobengröße angemessen war oder diese berechnet wurde. In der Studie von Kam und Taylor (2010) wurden die Gütekriterien der Messinstrumente nicht klar dargelegt. Weiteres gab es keine eindeutigen Angaben zur Durchführung der Messungen. In der Studie von Boza et al. (2012) wurde die Rekrutierung der Teilnehmer*innen nicht klar beschrieben. Aufgrund der fehlenden Informationen wurden diese Punkte mit „Unklar“ eingestuft.

In der Studie von Großschädl und Bauer (2020) wurden sedierte Patient*innen, welche nicht in der Lage waren in die Studie einzuwilligen, ausgeschlossen. Somit könnte die Stichprobe weniger repräsentativ für die Population der Intensivpatient*innen in Österreich sein. Daher wurde dies mit „Unklar“ beurteilt.

Qualitative Studien

In allen qualitativen Studien wurden die kulturellen beziehungsweise theoretischen Positionen der Forschenden nicht deutlich beschrieben und deshalb mit „Unklar“ eingestuft (Drake et al. 2005; Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015). Zusätzlich wurde die Frage nach dem möglichen Einfluss der Forschenden auf die Forschung und umgekehrt für die beiden Studien von Hales, de Vries und Coombs (2016) und Drake et al. (2005) mit „Unklar“ bewertet, da diese keine Angaben diesbezüglich enthielten. Aus der Studie von Drake et al. (2005) geht nicht deutlich hervor, dass es ein positives Ethikvotum gab. Hier wurde die Kategorie „Unklar“ gewählt, da eine Einhaltung der ethischen Kriterien fraglich war.

Kohortenstudie

Die Studie von Compher et al. (2007) wies einige methodologische Einschränkungen auf. Es gab keine Informationen dazu, ob die Teilnehmer*innen zu Beginn der Studie bereits an einem Dekubitus litten oder nicht. Eine Nachuntersuchung, sowie Strategien bei unvollständiger Nachuntersuchung wurden nicht genannt. Daher wurden die Fragen mit „Unklar“ bewertet. Zudem wurde weder die Exposition noch der Endpunkt auf eine gültige und zuverlässige Weise gemessen. Daher wurde auf die beiden dazugehörigen Fragen „Nein“ als Antwort gegeben.

Literaturübersichtsarbeiten

Die Literaturübersichtsarbeit von McClean, Cross und Reed (2021) konnte 100 % bei der Studienqualitätsbewertung erreichen. Twaij et al. (2013) zeigten keine Evidenzlücken auf, jedoch wurde das klinische Problem gut beschrieben. Dafür wurde 1 Punkt abgezogen.

2.6 Datenextraktion und Analyse

Die Extraktion der Daten erfolgte entsprechend den Vorgaben des Manuals für Evidenzsynthesen des JBI (Peters et al. 2020). Es wurden alle Daten extrahiert, welche für die Zielsetzung und die Fragestellung dieser Arbeit relevant waren. Dazu wurde die empfohlene tabellarische Darstellung gewählt. Die Studieninhalte wurden nach Autor*innen (Jahr), Studiendesign, Zielsetzung, Teilnehmer*innen, Setting, Datenerhebung und den zentralen Ergebnissen gegliedert. Zur besseren Übersicht wurden dazu die Studieninhalte auf zwei Tabellen (Tab.4, Tab.5) aufgeteilt. Das Studiendesign und das Setting wurden in Tabelle 4 getrennt von den anderen Inhalten dargestellt (Tab.5). Diese Übersichtstabellen sind zu Beginn des Ergebnisteils ersichtlich.

Die extrahierten Ergebnisse werden anschließend im Rahmen der Datenanalyse narrativ dargestellt. Für die narrative Darstellung wurden die 17 inkludierten Studien sorgfältig und mehrere Male gelesen. Im Zuge dessen erfolgte die vom JBI empfohlene Einteilung in konzeptionelle Hauptkategorien (Peters et al. 2020). Diese kategorische Einteilung ist im Ergebnisteil ersichtlich und orientiert sich an der in der Einleitung getroffenen Gliederung.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der inkludierten Studien dargestellt. Zu Beginn werden die Studiencharakteristika beschrieben und anschließend erfolgt die narrative Darstellung der Ergebnisse.

3.1 Studiencharakteristika

Im Zuge der Literaturrecherche konnten vier Fallstudien (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007), fünf qualitative Studien (Drake et al. 2005; Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015), vier Prävalenzstudien (Boza et al. 2012; Foroozesh et al. 2017; Kam & Taylor 2010; Ness et al. 2018), eine sekundäre Datenanalyse einer Prävalenzstudie (Großschädl & Bauer 2020), eine sekundäre Datenanalyse einer Kohortenstudie (Compher et al. 2007), sowie zwei Literaturübersichtsarbeiten (McClellan, Cross & Reed 2021; Twaij et al. 2013) identifiziert werden.

Die Studien wurden in acht unterschiedlichen Ländern im Zeitraum zwischen 2005 und 2021 durchgeführt. Es wurden unterschiedliche Abteilungen im Krankenhaus untersucht, wobei in sechs Studien keine genaue Abteilung genannt wurde, da die Forschenden bei diesen Daten aus dem gesamten Krankenhaus analysierten (Beitz 2015; Compher et al. 2007; Drake et al. 2005; McClellan, Cross & Reed 2021; Ness et al. 2018; Twaij et al. 2013).

Untersucht wurden entweder Patient*innen mit Adipositas oder Pflegepersonen, welche Patient*innen mit Adipositas betreuten. Die Anzahl der Studienteilnehmer*innen unterschied sich. Die kleinste Samplegröße war in den Fallstudien zu finden, in denen jeweils nur ein/eine Patient*in mit Adipositas untersucht wurde (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007). Die größte Anzahl an Teilnehmer*innen gab es mit 3.214 Patient*innen in der Studie von Compher et al. (2007).

Die wesentlichen Studiencharakteristika sind in Tabelle 4 und Tabelle 5 ersichtlich.

Tabelle 4 Jahr, Setting und Land der Studiendurchführung (alphabetische Reihung nach Autor*innen)

Autor*innen	Jahr	Setting	Land
Beitz	2015	Akutkrankenhaus	USA
Boza et al.	2012	Dermatologie eines Krankenhauses	BRA
Broome et al.	2015	Intensivstation	USA
Compher et al.	2007	Zwei Krankenhäuser	USA
Drake et al.	2005	Akutkrankenhaus	USA
Foroozesh et al.	2017	Chirurgische Abteilungen & Operationssäle	IRN
Gallagher, Shaver und Cole	2007	Intensivstation	USA
Großschädl und Bauer	2020	Intensivstationen	AUT
Hales, Coombs und de Vries	2018	Intensivstation	NZL
Hales, de Vries und Coombs	2016	Intensivstation	NZL
Kam und Taylor	2010	Notfallabteilung	AUS
McClellan, Cross und Reed	2021	Krankenhaus	/
Muir et al.	2007	Intensivstation	CAN
Ness et al.	2018	Tertiärkrankenhaus	AUS
Robstad, Söderhamn und Fegran	2018	Intensivstationen	NOR
Shea und Gangon	2015	Intensivstation	CAN
Twajj et al.	2013	Krankenhaus	/

Anhand der 17 inkludierten Studien konnten Ergebnisse zu den pflegerischen Herausforderungen und Pflegeproblemen von Patient*innen mit Adipositas extrahiert und in Unterkategorien unterteilt werden. In Tabelle 5 werden die Kategorien sowie weitere Studiencharakteristika tabellarisch dargestellt

Tabelle 5 Studiencharakteristika (alphabetische Reihung nach Autor*innen)

Autor*innen	Zielsetzung	Design Teilnehmer*innen Setting (Land)	Datenerhebung	Zentrale Ergebnisse nach Hauptkategorien
Beitz (2015)	Beschreibung von auftretenden Versorgungsproblemen.	<ul style="list-style-type: none"> • Fallstudie • 1 Patientin mit Adipositas • Akutkrankenhaus (USA) 	<ul style="list-style-type: none"> • / 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege
Boza et al. (2012)	Untersuchung der Prävalenz von Hautmanifestationen bei Patient*innen mit Adipositas im Vergleich zu Normalgewichtigen.	<ul style="list-style-type: none"> • Querschnittsdesign • 76 Patient*innen mit Adipositas & 73 normalgewichtige Patient*innen • Dermatologie (BRA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hautuntersuchung durch Dermatolog*innen • Messung von klinischen Parametern • Laboruntersuchungen 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intertrigo
Broome et al. (2015)	Beschreibung der Versorgung eines "super bariatrischen" Patienten im Krankenhaus.	<ul style="list-style-type: none"> • Fallstudie • 1 Patient mit Adipositas • Intensivstation (USA) 	<ul style="list-style-type: none"> • / 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturelle Erfordernisse ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege ○ Personelle und zeitliche Ressourcen <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelernährung, Dekubitus, Sturz, Schmerz

<p>Compher et al. (2007)</p>	<p>Testung der Hypothese: „Untergewicht ist mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Erlangen eines Dekubitus assoziiert“.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sekundäre Datenanalyse • 3.214 Patient*innen • Krankenhäuser (USA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Visuelle Hautinspektion • Befragung oder Sichtung der Fieberkurve bzgl. Körpergewicht & Größe • Interview 	<p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus
<p>Drake et al. (2005)</p>	<p>Erhebung der Wahrnehmungen des Pflegepersonals, welche bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas entstehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitatives Design • 17 Pflegepersonen • Akutkrankenhaus (USA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview: offener Fragebogen • Fokusgruppensitzungen für je 90 Minuten 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturelle Erfordernisse • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege ○ Personelle und zeitliche Ressourcen
<p>Foroozesh et al. (2017)</p>	<p>Identifikation von Problemen, welche sich bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas aus der Perspektive des Personals ergeben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Querschnittsdesign • 200 Pflegepersonen • Chirurgische Abteilung & Operationssäle (IRN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstausfüller Fragebogen (4-Punkte Likert-Skala & offene Fragen) 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wundheilungsstörung
<p>Gallagher, Shaver und Cole (2007)</p>	<p>Bericht über die klinische Situation und die Rolle der Würde im Umgang mit einer Frau mit Adipositas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fallstudie • 1 Patientin mit Adipositas • Intensivstation (USA) 	<ul style="list-style-type: none"> • / 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturelle Erfordernisse ○ Hilfsmittel <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus

<p>Großschädl und Bauer (2020)</p>	<p>Beschreibung der Charakteristika und Pflegeprobleme von Intensivpflegepatient*innen mit Adipositas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sekundäre Datenanalyse • 460 Intensivpatient*innen (345 nicht adipöse & 115 Patient*innen mit Adipositas) • Intensivstation (AUT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen • Physische Untersuchung durch zwei DGKPs (Pflegeabhängigkeit: „Care Dependency Scale“, Dekubitus: „Braden Scale“) • Patient*innenakten 	<p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus, Sturz
<p>Hales, Coombs und de Vries (2018)</p>	<p>Beschreibung der körperlichen und sprachlichen Herausforderungen bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ethnographie • 67 Intensivpflegepersonen & 13 Ärzt*innen • Intensivstation (NZL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende Beobachtung • Ethnographische Interviews 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege ○ Konflikte im professionellen Handeln
<p>Hales, de Vries und Coombs (2016)</p>	<p>Erforschung des kulturellen Einflusses bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ethnographie • 67 Intensivpflegepersonen & 13 Ärzt*innen • Intensivstation (NZL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende Beobachtung • Ethnographische Interviews • Kulturelle Dokumente und Artefakte 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege ○ Konflikte im professionellen Handeln
<p>Kam und Taylor (2010)</p>	<p>Untersuchung der Aspekte des Notfallmanagements, welche durch Patient*innen mit Adipositas beeinträchtigt werden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Querschnittsdesign • 750 Patient*innen mit Adipositas und ihre Pflegepersonen • Notfallabteilung (AUS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Messungen mittels Maßband und Waage (Größe und Gewicht) • Selbstausfüller Fragebogen (5-Punkte Likert-Skala) 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege

<p>McClean, Cross und Reed (2021)</p>	<p>Untersuchung der Risiken, welche bei der Betreuung von Patient*innen mit Adipositas entstehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturübersicht • 74 inkludierte Studien 	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturrecherche zwischen 1999 und 2019 • Datenbanken: CINAHL, MEDLINE, Scopus, Web of Science 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Personelle und zeitliche Ressourcen <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelernährung, Dekubitus
<p>Muir et al. (2007)</p>	<p>Feststellung der medizinischen Probleme und Pflegeprobleme, welche bei einem Patienten mit Adipositas beachtet werden müssen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fallstudie • 1 Patient mit Adipositas • Intensivstation (CAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • / 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturelle Erfordernisse ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege ○ Personelle und zeitliche Ressourcen
<p>Ness et al. (2018)</p>	<p>Untersuchung, ob die Dekubitusprävalenz mit dem Grad der Adipositas zusammenhängt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Querschnittsdesign • 2.197 erwachsene Patient*innen • Tertiärkrankenhaus (AUS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audits • Mangelernährung: „<i>Malnutrition Screening Tool</i>“ & „<i>Subjective Global Assessment</i>“ • Dekubitus: „<i>International Pressure Ulcer Classification System</i>“ 	<p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus
<p>Robstad, Söderhamn und Fegran (2018)</p>	<p>Verständnis über die Erfahrungen des Pflegepersonals bei der Betreuung von Intensivpatient*innen mit Adipositas zu erlangen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hermeneutik • 13 Intensivpflegepersonen • Intensivstationen (NOR) 	<ul style="list-style-type: none"> • Semistrukturiertes Interview (face-to-face) 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konflikte im professionellen Handeln ○ Personelle und zeitliche Ressourcen

<p>Shea und Gangon (2015)</p>	<p>Beschreibung der Erfahrungen von Intensivpflegepersonen die mit Patient*innen mit Adipositas arbeiten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitative Studie: generisches Design laut Autor*innen • 11 Intensivpflegepersonen • Intensivstation (CAN) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview: offener Fragebogen 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturelle Erfordernisse • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelernährung, Wundheilungsstörung, Dekubitus
<p>Twaij et al. (2013)</p>	<p>Anforderungen an das Gesundheitssystem durch Traumapatient*innen mit Adipositas und Maßnahmen, die bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen, aufzuzeigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturübersicht • 44 inkludierte Studien 	<ul style="list-style-type: none"> • Literaturrecherche bis Dezember 2012 • Datenbanken: PubMed, EMBASE 	<p>Pflegerische Herausforderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Infrastrukturelle Herausforderungen</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturelle Erfordernisse ○ Hilfsmittel • <u>Herausforderungen für das Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Herausforderungen bei der Pflege <p>Behandelte Pflegeprobleme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangelernährung, Wundheilungsstörung, Dekubitus

3.2 Pflegerische Herausforderungen

Zu Beginn dieses Kapitels werden die infrastrukturellen Herausforderungen, welche einerseits die strukturellen Erfordernisse und andererseits die Hilfsmittel beinhalten, beschrieben. Anschließend werden die Herausforderungen für das Pflegepersonal welche, die Konflikte im professionellen Handeln, die zeitlichen und personellen Ressourcen und die Herausforderungen bei der direkten Pflege umfassen, charakterisiert.

3.2.1 Infrastrukturelle Herausforderungen

Strukturelle Erfordernisse

Fünf Studien konnten identifiziert werden, welche die strukturellen Anforderungen aufzeigen, die bei der Pflege und Betreuung von Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus gegeben sein sollten. Die Ergebnisse der inkludierten Studien legen einige Anforderungen an das Krankenhaus und die Patient*innenzimmer fest, die erfüllt werden müssen, um eine adäquate Pflege von Patient*innen mit Adipositas zu ermöglichen (Broome et al. 2015; Drake et al. 2005; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007; Twajj et al. 2013).

Das gesamte Krankenhaus, im Speziellen die Krankenzimmer inklusive des Krankenhausmobiliars müssen eine geeignete Größe für die Patient*innen mit Adipositas haben (Drake et al. 2005; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Twajj et al. 2013). Zu kleine und zu enge Räumlichkeiten können die Sicherheit der Patient*innen und des gesamten Pflegepersonals gefährden. Handläufe oder schwere Möbel und breite Wege dienen als Unterstützung für die Patient*innen mit Adipositas, um beim Gehen im Zimmer das Gleichgewicht halten zu können (Gallagher, Shaver & Cole 2007). Zudem muss darauf geachtet werden, dass die Toiletten und die Stühle ein erhöhtes Maximalgewicht tragen können (Twajj et al. 2013). Beim Krankentransport müssen Wege identifiziert werden, welche breit genug für die größeren Betten sind. Hier muss besonders auf die Aufzüge geachtet werden, da diese nicht breit genug sein könnten (Muir et al. 2007).

In der Fallstudie von Broome et al. (2015) wird die Problematik der zu kleinen Zimmer verdeutlicht. Für die Betreuung eines/einer Patient*in mit Adipositas musste im Krankenzimmer die Badezimmertüre entfernt werden, damit das spezielle Bett und die gesamten Hilfsmittel, sowie das Pflegepersonal Platz fanden. Aufgrund des Platzmangels mussten die Hilfsmittel während der Pflege mehrmals umgestellt werden. Dies bedeutete, dass die Pflegepersonen mehr Zeit für die pflegerischen Handlungen benötigten. Auch in der Studie von Drake et al. (2005) war die Raumgröße für die Durchführung der Pflege nicht ausreichend. Die Hilfsmittel mussten übereinandergestapelt werden. Als Lösungsstrategie für die zu kleinen Zimmer wurde die Einzelbelegung von Zweibettzimmern, um genügend Platz für die Hilfsmittel und im Besonderen für das bariatrische Bett zu schaffen, genannt. Ein bariatrisches Bett ist ein Krankenbett, welches ein erhöhtes maximales Körpergewicht tragen und sehr tief auf den Boden abgesenkt werden kann. Zudem kann dieses in der Breite verkleinert beziehungsweise vergrößert werden, um einen Patient*innentransport mit dem Bett durch schmale Türen zu ermöglichen. Im Krankenzimmer kann das Bett dann wiederum vergrößert werden, damit die Patient*innen ausreichend Platz im Bett finden. Neuere bariatrische Betten verfügen über eine elektrische Transportfunktion, damit der Transportdienst beim Bewegen des Bettes unterstützt wird (Muir et al. 2007).

Hilfsmittel

Neun Studien beschreiben, welche Hilfsmittel bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas zur Anwendung kommen und welche Probleme dabei auftreten können. Zudem werden die notwendigen Anforderungen an die Hilfsmittel genannt (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Foroozesh et al. 2017; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Hales, Coombs & de Vries 2018; Kam & Taylor 2010; Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015; Twaij et al. 2013).

Folgende spezielle Hilfsmittel wurden für die Pflege benötigt: Leib-, Dusch-beziehungsweise Rollstühle, bariatrische Patient*innenbetten, Lifter und große Blutdruckmanschetten (Foroozesh et al. 2017; Hales, Coombs & de Vries 2018; Kam & Taylor 2010; Twaij et al. 2013).

Drei Studien beschreiben die Anforderungen, welche die Lifter erfüllen sollten (Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015). Zum einen

sollten die Lifter so konstruiert sein, dass im Falle eines Sturzes die Patient*innen mit Adipositas damit aufgehoben werden können. Dadurch kann Verletzungen, wie beispielsweise Rücken-, Nacken- und Schulterverletzungen bei den Pflegepersonen vorgebeugt werden (Gallagher, Shaver & Cole 2007). Die Hebegurte, welche an den Liftern angebracht sind, sollten so konstruiert sein, dass damit einzelne Körperteile wie Beine, Arme oder auch der Kopf einzeln angehoben werden können. Durch das einzelne Anheben der Körperteile kann ein Wechseln des Kopfpolsters oder der Bettwäsche für die Pflegepersonen erleichtert werden (Shea & Gangon 2015). Zu enge Hebegurte können beim Transfer in die Haut der Patient*innen mit Adipositas einschneiden und beispielsweise stark gegen die Schultern der Pflegebedürftigen drücken und diese damit einengen. Damit dies nicht passiert, sollten die Hebegurte breit genug sein. Zudem sollten die Lifter als Unterstützung bei der Mobilisation dienen und die Pflegepersonen dadurch entlasten (Muir et al. 2007).

Muir et al. (2007) zeigen auf, dass die Größe der Patient*innen und der individuelle Körperbau das Finden passender Gurte in den Einrichtungen erschweren, da unterschiedliche Größen oftmals nicht vorhanden sind. Es wird empfohlen, unterschiedliche Größen von Hebegurten im Krankenhaus zu lagern, um den verschiedenen Körpertypen gerecht zu werden. Ein Hauptproblem, welches bei der Anwendung nicht passender Gurte auftrat, war, dass diese in die Haut der Patient*innen einschnitten (Foroozesh et al. 2017; Hales, Coombs & de Vries 2018). Durch die einschneidenden Schlingen der Patient*innenlifter war das Wohlbefinden für die Patient*innen mit Adipositas stark beeinträchtigt (Hales, Coombs & de Vries 2018).

Broome et al. (2015) und Hales, Coombs und de Vries (2018) identifizierten Probleme, welche bei der Anwendung von Roll-, Leib- und Duschstühlen auftraten. Ein Problem war, dass die Sitzflächen zu eng waren. Dadurch ragten die Hautfalten über die Enden der Flächen hinaus. Zudem waren die genannten Stühle zu hoch und die Patient*innen konnten mit den Füßen nicht den Boden erreichen. Um diesen Problemen entgegenzuwirken, wurden die Beinstützen angehoben und ein Kissen auf die Sitzfläche der Rollstühle gelegt, um die Sitzhöhe in Richtung der Armlehnen zu erhöhen. Dadurch konnte mehr Platz für die Patient*innen geschaffen werden (Hales, Coombs & de Vries 2018).

Vier Studien beschreiben die Anforderungen an bariatrische Betten. Zudem werden Lösungsstrategien für Probleme die auftreten können, wenn keine bariatrischen Betten vorhanden sind, aufgezeigt (Beitz 2015; Hales, Coombs & de Vries 2018; Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015). Aus den Studien von Hales, Coombs und de Vries (2018) und Muir et al. (2007) geht hervor, dass der Oberkörper der Patient*innen mit Adipositas durch die motorisierte Rückenlehne nicht angehoben werden konnte, da der Großteil des Körpergewichts auf dem Rückenteil ruhte. Zudem wurde beim Aufsetzen der Bauch in die Lunge gedrückt und das Atmen dadurch erschwert. Dies resultierte daraus, dass das Körpergewicht anstelle der Körperform für die Auswahl des Equipments herangezogen wurde (Hales, Coombs & de Vries 2018).

Eine Anforderung, welche das Krankenbett erfüllen sollte, ist beispielweise die Anpassbarkeit an die Körpergröße und die Körperform der Patient*innen mit Adipositas. Eine zu kleine Liegefläche ist einschränkend und eine zu breite führt dazu, dass die Pflegepersonen die Patient*innen nicht mehr erreichen können. Zudem führen zu hohe Betten dazu, dass die Patient*innen mit Adipositas nicht mit den Füßen den Boden berühren können (Muir et al. 2007). Patient*innen mit Adipositas müssen sich im Bett sicher bewegen können. Die Beweglichkeit darf nicht durch Seitengitter, welche gegen den Körper drücken, eingeschränkt werden (Beitz 2015). Damit keine Körperteile aus dem Bett ragen, können Pflegepersonen mithilfe von festgestellten Nachttischen, welche mit Pölster belegt werden, mehr Bewegungsraum für die Patient*innen schaffen (Hales, Coombs & de Vries 2018).

Für die Erhaltung der Hautintegrität müssen bariatrische Betten über spezielle Matratzen verfügen (Shea & Gangon 2015). Herkömmliche Matratzen sind nicht groß genug, um die Liegefläche der Spezialbetten auszufüllen und dadurch können Hautverletzungen entstehen. Es werden Wechseldruckmatratzen ohne großen Luftverlust benötigt. Jene Matratzen die mit Luft gefüllt werden, können sich unter großer Belastung nicht aufblasen. Somit muss der/die Patient*in zuvor aus dem Bett transferiert werden. Ist die Matratze nicht breit genug, können an den Rändern Nackenrollen als Verlängerung angebracht werden (Muir et al. 2007).

Große Blutdruckmanschetten werden ebenfalls bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas benötigt (Foroozesh et al. 2017; Kam & Taylor 2010; Twaij et al. 2013).

Twaij et al. (2013) beschreiben die Faktoren, welche bei der Blutdruckmessung bei Patient*innen mit Adipositas beachtet werden sollten. Für eine genaue Überwachung des Blutdruckes müssen Blutdruckmanschetten in geeigneten Größen verwendet werden. Wird der Blutdruck mit Standardmanschetten (12 cm x 23 cm) bei Patient*innen mit Adipositas gemessen, welche meist einen größeren Armumfang als Normalgewichtige aufweisen, kommt es zu ungenauen Blutdruckwerten. Sind nur Standardmanschetten vorhanden, wird empfohlen die Blutdruckmessung am Unterarm vorzunehmen. Foroozesh et al. (2017) berichten, dass 33,3 % der befragten Pflegepersonen in ihrer Studie angaben, keine geeigneten Blutdruckmanschetten zur Verfügung zu haben.

Aufgrund der Größe und der Körperform der Patient*innen mit Adipositas ist die Anpassung der Hilfsmittel erschwert (Hales, Coombs & de Vries 2018; Muir et al. 2007). Hilfsmittel, welche speziell für Patient*innen mit Adipositas konstruiert wurden, können unterschiedliche Gewichtskapazitäten haben. Oftmals sind die Hilfsmittel nicht ausreichend beziehungsweise uneinheitlich beschriftet. Dies führt zu Verwirrungen und Verzögerungen bei der Pflege vor allem dann, wenn sich ein Gerät als ungeeignet erweist und dieses gegen ein neues ausgetauscht werden muss (Broome et al. 2015). Hales, Coombs und de Vries (2018) beschreiben, dass passendes Equipment häufig aus den Zentrallagern angefordert oder bei einer Leihfirma angemietet werden musste und dadurch ein organisatorischer Mehraufwand für die Pflegepersonen entstand.

Der Einsatz von Hilfsmitteln, welche speziell für Patient*innen mit Adipositas entwickelt wurden, können die Qualität der Pflege verbessern, die Sicherheit erhöhen, die Krankenhausverweildauer reduzieren und auch die Würde der Patient*innen bewahren (Gallagher, Shaver & Cole 2007; Hales, Coombs & de Vries 2018; Shea & Gangon 2015).

3.2.2 Herausforderungen für das Pflegepersonal

Die Herausforderungen für das Pflegepersonal gliedern sich in folgende Unterkategorien: personelle und zeitliche Ressourcen, Konflikte im professionellen Handeln und Herausforderungen bei der direkten Pflege. Diese werden nachfolgend erläutert.

Personelle und zeitliche Ressourcen

Die Pflege von Personen mit Adipositas ist aufgrund des erhöhten Körpergewichts arbeitsintensiver als bei Normalgewichtigen und erfordert mehr Zeit und mehr Personal (Drake et al. 2005; McClean, Cross & Reed 2021; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015). Im Vergleich zur Pflege von Normalgewichtigen können bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas zusätzlich 1,5 Stunden pro Tag erforderlich sein, um pflegerische Tätigkeiten durchführen zu können (McClean, Cross & Reed 2021). Shea und Gangon (2015) verdeutlichen dies. Für die pflegerische Unterstützung beim Baden wurden für Normalgewichtige 15 Minuten benötigt. Im Vergleich dazu mussten für Patient*innen mit Adipositas 45 Minuten eingeplant werden.

Der erhöhte Personalbedarf wird durch die Ergebnisse der Studien von Broome et al. (2015), McClean, Cross und Reed (2021), Muir et al. (2007) und Shea und Gangon (2015) konkretisiert. Aus den Studien geht hervor, dass mindestens vier bis acht Pflegepersonen benötigt werden, um eine Positionierung, eine Umlagerung, einen Leintuchwechsel oder eine Mobilisation zu verwirklichen (Broome et al. 2015; McClean, Cross & Reed 2021; Muir et al. 2007). Beispielsweise erforderte das Anheben von einzelnen Körperteilen wie Arm, Bein oder Hautfalten mindestens drei Pflegepersonen (Shea & Gangon 2015). Weiteres wurden fünf bis sechs Pflegepersonen benötigt, um einen Verbandswechsel durchzuführen (Broome et al. 2015). McClean, Cross und Reed (2021) beschreiben, dass ca. 16 % des Körpergewichts beim Anheben eines Arms oder Beins zum Wechseln des Verbandes von den Pflegepersonen gehalten werden muss. Dies bedeutet, dass bei einem Körpergewicht von 250 kg in etwa 40 kg zu stützen sind.

Der Personalmangel vor allem auf stark frequentierten Stationen oder in kleineren Krankenhäusern, sowie während der Schichtwechsel und den Mittagspausen kann das Verletzungsrisiko für Muskelskelett-, Rücken-, Schulter- und Knieverletzungen für die Pflegepersonen zusätzlich erhöhen. Durch diesen Personalmangel sind nicht ausreichend Personen vorhanden, um beispielsweise die Patient*innen mit Adipositas sicher und ohne Verletzungsrisiko beiderseits zu mobilisieren (McClean, Cross & Reed 2021). Eine Möglichkeit den Arbeitsaufwand zu reduzieren besteht darin, während des Umlagens zahlreiche Pflegetätigkeiten durchzuführen.

Darunter beispielsweise die Körper- & Hautpflege, die Wundversorgung, das Wechseln der Bettwäsche und das Einlegen bzw. Entfernen der Hebegurte (Muir et al. 2007). Durch das Vorhandensein von passenden Hilfsmitteln kann die Zeitdauer und die Anzahl an benötigtem Personal reduziert werden. Müssen die Hilfsmittel erst organisiert werden, erhöht sich die Arbeitsbelastung für die Pflegepersonen aufgrund der organisatorischen Tätigkeiten (Shea & Gangon 2015).

Konflikte im professionellen Handeln

Insgesamt konnten vier Studien identifiziert werden, welche die Konflikte im professionellen Handeln, die bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas entstehen können, beschreiben (Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015). Zentrale Aspekte sind dabei einerseits die sprachlichen Herausforderungen hinsichtlich einer adäquaten Wortwahl (Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018) und andererseits die Vorurteile der Pflegepersonen gegenüber den Patient*innen mit Adipositas (Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015).

Drei Studien (Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018) zeigen, dass die Sprache eine der größten Herausforderungen für die Pflegepersonen war. Die Pflegepersonen wussten nicht wie sie die Patient*innen auf ihre Adipositaserkrankung ansprechen sollten. Diese Unbehaglichkeit resultierte aus der gesellschaftlichen Stigmatisierung dieser Patient*innengruppe und den persönlichen Vorurteilen der Pflegepersonen. Zudem wollten die Pflegepersonen nicht wertend erscheinen, wenn sie über das Körpergewicht der Patient*innen sprachen.

Es ist wichtig auf eine angemessene Sprache zu achten, da Begrifflichkeiten wie „fettleibig“ oder auch „krankhaft fettleibig“ Patient*innen mit Adipositas beleidigen könnten (Hales, Coombs & de Vries 2018). Für die in der Studie von Hales, Coombs und de Vries (2018) untersuchten Patient*innen mit Adipositas war die Bezeichnung „dick“ in Ordnung und sie fühlten sich dadurch auch nicht beleidigt. Häufig verwendete Begriffe, welche die befragten Pflegepersonen in Abwesenheit der

Patient*innen mit Adipositas nutzten, waren: „erhöhter BMI“, „bariatrisch“, „fettleibig“ oder „dick“.

Die Pflegepersonen wandten unterschiedlichste Strategien an, um keine unnötigen Peinlichkeiten und Belastungen bei den Patient*innen mit Adipositas hervorzurufen. Beispielsweise wurde bei der Dienstübergabe direkt am Krankenbett das Gewicht bewusst ignoriert. Meist wurde auf der Patient*innenakte „erhöhter BMI“ oder Adipositas vermerkt und bei der Übergabe mit einem Finger darauf gedeutet, um dies nicht laut aussprechen zu müssen. Die Pflegepersonen versuchten bei der Pflege nicht das Gewicht zu erwähnen. Unter anderem wurde als Grund für eine erschwerte Mobilisation nicht das Gewicht, sondern andere Erkrankungen unter denen die Patient*innen litten, genannt. Waren die Hilfsmittel nicht passend für die Körperformen, wurde nicht darüber gesprochen und die Pflege so gut als möglich weitergeführt (Hales, de Vries & Coombs 2016).

Schwierig war es für die Pflegepersonen über die Patient*innen mit Adipositas mit anderen Pflegepersonen, welche selbst an Adipositas litten, zu sprechen. Die Pflegepersonen wollten nicht, dass sich ihre Kolleg*innen unwohl fühlten. Die Pflegepersonen mit Adipositas versuchten dieses Unbehagen zu umgehen und machten Witze über ihr eigenes Gewicht oder versuchten dieser Thematik keine Beachtung zu schenken (Hales, de Vries & Coombs 2016).

In zwei Studien (Hales, de Vries & Coombs 2016; Shea & Gangon 2015) beschrieben die befragten Pflegepersonen, dass sie die Patient*innen mit Adipositas anders behandelten. Die Pflegepersonen hatten Angst sich bei der Pflege zu verletzen und Unbehagen bei der Interaktion mit den Patient*innen mit Adipositas, daraus resultierte eine Unbeholfenheit im zwischenmenschlichen Umgang. Diese soziale Unbeholfenheit gründete vor allem wieder auf den in der Gesellschaft vorhandenen Vorurteilen. Zudem empfanden die Pflegepersonen die Pflege von Patient*innen mit Adipositas aufgrund ihres Gewichtes und des erhöhten Arbeitsaufwandes als sehr unangenehm (Robstad, Söderhamn & Fegran 2018). Um diesen Vorurteilen entgegenwirken zu können, identifizierten Shea und Gangon (2015) drei Strategien: das „Abstand halten“, das „Kennenlernen“ und die „Rollenübernahme“. Das Vorgehen der Pflegepersonen bei der Anwendung dieser Strategien wird im Anschluss näher erläutert.

Während der Arbeit versuchten die Pflegepersonen nicht auf negative Kommentare der Kolleg*innen bezüglich der Patient*innen mit Adipositas zu hören. Die Pflegepersonen versuchten „professionell“ und „neutral“ zu bleiben und den Patient*innen ohne Vorurteile zu begegnen. Es war eine große Herausforderung für die Pflegepersonen von negativen Kommentaren und Meinungen Abstand zu nehmen und möglichst neutral zu bleiben. Zusätzlich zur Wahrung der Distanz bemühten sich die Pflegepersonen die Patient*innen auf einer persönlichen Ebene kennenzulernen. So konnten die Pflegepersonen über die physische Erscheinung hinausblicken und mit den Patient*innen auf einer menschlichen und persönlichen Ebene in Kontakt treten. Die Pflegepersonen versuchten sich in die Lage der Patient*innen zu versetzen. Sie reflektierten wie sie sich fühlen würden, wenn sie in der gleichen Situation wären. Das Hineinversetzen in die Patient*innen war der Schlüssel zu einer mitfühlenden und Patient*innenzentrierten Pflege. Jedoch konnten nicht alle Pflegepersonen diese Praktiken anwenden (Shea & Gangon 2015). Jene mit stark negativen Ansichten gegenüber Adipositas, die nicht verstehen konnten wie die Patient*innen ein so hohes Körpergewicht erlangen konnten, konnten die Situation nicht aus Sicht der Patient*innen sehen (Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015).

Pflegepersonen können sehr emotional reagieren, wenn Patient*innen mit Adipositas stationär aufgenommen werden. Sie haben Angst vor Verletzungen, empfinden Ekel oder Wut. Diese Gefühle können sich negativ auf die Pflege und die Patient*innen auswirken (Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015). Daher ist es wichtig, dass das Pflegepersonal geschult wird, um einen sensiblen Umgang mit den Patient*innen mit Adipositas zu ermöglichen (Muir et al. 2007). In der Studie von Robstad, Söderhamn und Fegran (2018) beschrieben die Pflegepersonen, dass sie versuchten ihre Einstellungen und Überzeugungen gegenüber den Patient*innen mit Adipositas zu verbessern. Dazu eigneten sie sich mehr Wissen über Adipositas an.

Herausforderungen bei der Pflege

Die Mobilisierung, die Positionierung sowie die Lagerung von Patient*innen mit Adipositas stellt Pflegepersonen vor eine enorme Herausforderung (Drake et al. 2005; Kam & Taylor 2010; Twaij et al. 2013). Vor allem eine seitliche Lagerung der

Patient*innen ist schwierig. Das Erreichen einer optimalen Position und Druckentlastung ist bei dieser Lagerung mühevoll für die Pflegepersonen (Hales, Coombs & de Vries 2018). Die Befragung von Foroozesh et al. (2017) hatte zum Ergebnis, dass für mehr als die Hälfte der Befragten das Umlagern der Patient*innen (56,1 %) und das zum Wechseln der Bettwäsche und der Patient*innenbekleidung notwendige Mobilisieren (51,8 %) eine der größten Herausforderungen bei der Pflege waren. Zudem beeinträchtigte die erschwerte Lagerung und Positionierung die Erhaltung der Hautintegrität (Drake et al. 2005; Twaij et al. 2013). Für eine korrekte Mobilisation wurden die oben genannten Hilfsmittel benötigt. Dazu zählten Lifter, Rollstühle und Rollbretter (Beitz 2015).

Die Körperhygiene ist ein zentraler Bestandteil bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas. Das Anbieten einer Waschschüssel, eines Waschbeckens oder von Reinigungstüchern ohne jegliche Hilfestellung seitens der Pflegepersonen ist meist nicht ausreichend. Hilfreich ist es hier die Patient*innen zu befragen, wie die Körperpflege zu Hause durchgeführt wird. Langstielige Bürsten und Duschen mit Schläuchen für Körperpflegeprodukte, welche beim Duschen das Duschgel direkt auf die Haut bringen, können die Pflege erleichtern und zur Motivation der Patient*innen beitragen aktiv an der Körperpflege mitzuhelfen (Beitz 2015).

Die Hautintegrität wird durch die Hautfalten, den meist schlechten Ernährungszustand und den Begleiterkrankungen, vor allem durch Diabetes mellitus stark beeinträchtigt (Foroozesh et al. 2017; Muir et al. 2007). Bei der Körperpflege müssen die Pflegepersonen auf eine korrekte Reinigung der Haut achten, da unter größeren Hautfalten Feuchtigkeit gespeichert wird und damit ein erhöhtes Risiko für Hautinfektionen besteht (Beitz 2015; Foroozesh et al. 2017; Twaij et al. 2013).

Boza et al. (2012) zeigen, dass 11,8 % der Patient*innen mit Adipositas und rund 2,7 % der normalgewichtigen Patient*innen eine bakterielle Hautinfektion hatten ($p = 0,05$). Zudem konnte nachgewiesen werden, dass es einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen bakteriellen Hautinfektionen und den Adipositasklassen gab. Die Prävalenz für Hautinfektionen stieg mit dem BMI. In der Adipositasklasse I hatten 4 % eine bakterielle Hautinfektion und in der Adipositasklasse III hatten 25 % diese Hautinfektion ($p = 0,025$).

Die Standardmaßnahme zur Vorbeugung von Hautinfektionen, also das Einlegen von Tupfern in die Hautfalten um die Feuchtigkeit zu regulieren, kann bei Patient*innen mit Adipositas nicht immer angewendet werden. Die Tupfer könnten zu klein sein und es besteht das Risiko, dass diese nicht vollständig entfernt werden. Abhilfe können Baumwoll-Kissenbezüge schaffen, welche anstelle der Tupfer eingelegt werden (Broome et al. 2015). Zudem können Haartrockner mit Kälteeinstellung verwendet werden, um die tiefen Hautareale zu trocknen (Beitz 2015). Durch eine gute Hautpflege können nicht nur Hautinfektionen verhindert, sondern auch unangenehme Gerüche vorgebeugt werden (Beitz 2015; Foroozesh et al. 2017). Die Kombination von herkömmlichen Hautreinigungsmitteln und Reinigungstüchern kann das Wohlbefinden der Patient*innen stärken. Trockene Produkte helfen die Hautfeuchtigkeit und unangenehme Gerüche zu reduzieren. Jedoch kann das Verwenden von trockenen Seifen und Pudern eine gute Hauthygiene behindern. Es sollte individuell entschieden werden, welche Pflegeprodukte Anwendung finden (Beitz 2015).

3.3 Pflegeprobleme

Im Folgenden werden die aus den eingeschlossenen Studien identifizierten Pflegeprobleme Mangelernährung, Dekubitus, Wundheilungsstörung, Intertrigo, Schmerz und Sturz, beschrieben.

Mangelernährung

Bei einem längeren Krankenhausaufenthalt besteht ein Risiko für eine Mangelernährung. Patient*innen mit Adipositas haben einen erhöhten Ruheenergiebedarf und benötigen mehr als 10.000 kJ/Tag (Normalgewichtige: 8.500 kJ/Tag) (Twaij et al. 2013). Die Mangelernährung führt zu einer Störung der Wundheilung, einer Abnahme der Muskelmasse, einer Störung der lebenswichtigen Organsysteme und einer Unfähigkeit die Rehabilitationsziele aufgrund der unzureichenden Energiezufuhr, zu erreichen (Broome et al. 2015). Mit einer hochglukosehaltigen Diät und einem zu Rate ziehen von Diätolog*innen kann einer Mangelernährung entgegengewirkt werden (Twaij et al. 2013).

Wundheilungsstörung

Die Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas wirken sich negativ auf eine Wundheilung aus und können diese verzögern. Es gibt ein erhöhtes Risiko für Wundkomplikationen. Daher sollten Wundversorgungsspezialist*innen für die Behandlung der Wunden konsultiert werden (Foroozesh et al. 2017; Twajj et al. 2013). Zudem müssen Patient*innen mit Adipositas, welche eine Wunde aufweisen, häufiger umgelagert werden als normalgewichtige Patient*innen, um die Wundheilung bestmöglich zu unterstützen (McClellan, Cross & Reed 2021).

Intertrigo

Eine Studie konnte identifiziert werden, welche die Prävalenz von Hautveränderungen bei Patient*innen mit Adipositas im Vergleich zu normalgewichtigen Patient*innen erhob. 44,7 % der Patient*innen mit Adipositas hatten Intertrigo. Im Vergleich dazu litten nur 6,8 % der Normalgewichtigen an Intertrigo. Damit waren die Patient*innen mit Adipositas signifikant häufiger von Intertrigo betroffen als Normalgewichtige ($p < 0.001$) (Boza et al. 2012).

Dekubitus

Die eingeschränkte Mobilität kann zu adipositasbedingten Hautverletzungen und Dekubitus führen. Im Akutkrankenhaus müssen Pflegepersonen in der Lage sein Hautveränderungen, zu erkennen. Bei Patient*innen mit Adipositas können atypische Druckgeschwüre in Hautfalten entstehen (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Katheter auf die Haut drückt oder, wenn ein zu enger Stuhl beziehungsweise Rollstuhl verwendet wird. Abhilfe schafft hier wieder geeignetes Equipment, Schlauch- und Katheterhalterungen und ein regelmäßiges Umlagern (mindestens alle zwei Stunden) (Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; McClellan, Cross & Reed 2021). Um den Patient*innen mit Adipositas während des Krankenhausaufenthaltes einen bestmöglichen Komfort zu bieten und um das Risiko von Druckgeschwüren zu reduzieren, sollten große Wechseldruckmatratzen bereitgestellt werden (Muir et al. 2007; Twajj et al. 2013).

Es konnten drei Studien in diese Arbeit eingeschlossen werden, welche die Dekubitusprävalenz bei Patient*innen mit Adipositas untersuchten (Compher et al. 2007; Großschädl & Bauer 2020; Ness et al. 2018).

Eine österreichische Studie beschreibt die Pflegeprobleme von Intensivpflegepatient*innen. Das Risiko für die Entstehung eines Dekubitus lag bei den Patient*innen mit Adipositas bei 80,4 % [95 % CI, 71,4 - 87,9], wobei das Risiko für die Patient*innen ohne Adipositas bei 87,3 % [95 % CI, 82,5 - 90,4] und damit höher war. 6,1 % [95 % CI, 0 - 7,7] der Patient*innen mit Adipositas litten unter einem Dekubitus. Im Gegensatz dazu hatten 9 % [95 % CI, 4,6 - 11,1] der Patient*innen ohne Adipositas einen Dekubitus. In dieser Studie hatten Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko eine geringere Chance an Adipositas zu leiden [OR = 0,544, 95 % CI, 0,301 - 0,981]. Alle gefundenen Unterschiede waren nicht signifikant ($p > 0,050$) (Großschädl & Bauer 2020).

In der Studie von Compher et al. (2007) war die Dekubitusprävalenz mit 27,3 % bei der Gruppe der untergewichtigen Patient*innen am größten und nahm mit steigendem BMI ab. Patient*innen mit Adipositas Grad III hatten eine Dekubitusprävalenz von 3,3 %. Es gab eine verringerte Chance für die Entwicklung eines Dekubitus mit steigendem BMI (Adipositas Grad II: [OR = 0,7, 95 % CI, 0,4 - 1,0] / Adipositas Grad III: [OR= 0,1, 95 % CI, 0,01 - 0,6]).

Ness et al. (2018) untersuchten, ob es einen Zusammenhang zwischen der Dekubitusprävalenz und dem Grad der Adipositas gab. 152 der stationär aufgenommenen Patient*innen ($n = 2.197$) hatten einen oder mehrere Dekubitus, wobei 12,7 % der Untergewichtigen und 12 % der Patient*innen mit Adipositas Grad III die höchste Dekubitusprävalenz aufwiesen ($p = 0,001$). Die Patient*innen mit einem BMI zwischen 30,0 bis 39,9 kg/m² (Adipositas Grad II) hatten die niedrigste Dekubitusprävalenz (4,8 %). Patient*innen mit Adipositas Grad II hatten im Vergleich zu den Normalgewichtigen eine signifikant geringere Chance für die Entwicklung eines Dekubitus [OR = 0,596, 95 % CI, 0,367 - 0,968, $p = 0,036$].

Sturz

In der Studie von Großschädl und Bauer (2020) stürzten 9,5 % [95 % CI, 3,3 - 13,2] der Intensivpatient*innen mit Adipositas während ihres Aufenthaltes. Die

Sturzprävalenz für Patient*innen ohne Adipositas lag bei 13,4 % [95 % CI, 9,6 - 17,9]. Der gefundene Unterschied war nicht signifikant ($p = 0,320$).

In der Fallstudie von Broome et al. (2015) wurde die Schwierigkeit der Sturzprävention bei Patient*innen mit Adipositas beschrieben. Die Patient*innen überschätzten oft ihre Fähigkeiten und waren sich ihrer Einschränkungen nicht bewusst. Eine erhöhte Observanz war nicht möglich, da es im Bereich des Stützpunktes kein ausreichend großes Zimmer gab. Das bariatrische Bett war nicht mit einem Bettalarm ausgestattet und der tragbare Alarm funktionierte oft nicht.

Schmerz

Das Schmerzmanagement bei Patient*innen mit Adipositas kann sehr umfangreich und herausfordernd sein, weil die Aufnahme und die Verteilung von Medikamenten im Körper durch die hohe Menge an Fettgewebe beeinträchtigt sein kann. Zudem muss eine Balance zwischen der Schmerzkontrolle und den Veränderungen des mentalen Zustandes gefunden werden. Zur Linderung von akuten und chronischen Schmerzen können neben der medikamentösen Therapie auch Wärme- und Kälteanwendungen, Ablenkung, Lagerungswechsel und Positionspölster von den Pflegepersonen eingesetzt werden (Broome et al. 2015).

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, im Rahmen eines Scoping Reviews die pflegerischen Herausforderungen und Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Setting Krankenhaus darzustellen. Insgesamt konnten 17 internationale Studien zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen und bewertet werden. Im Anschluss werden die gefundenen Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. Weiteres werden die Stärken und Schwächen dieser Arbeit erläutert sowie Empfehlungen für die Forschung und Praxis aus den Ergebnissen abgeleitet.

4.1 Diskussion der Hauptergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Pflegepersonen mit den unterschiedlichsten pflegerischen Herausforderungen und Pflegeproblemen im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus konfrontiert sind. Bereits bei der Aufnahme in den stationären Bereich können die ersten Probleme auftreten. Fünf Studien (Broome et al. 2015; Drake et al. 2005; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007; Twaij et al. 2013) beschreiben, dass sowohl im stationären Akutpflegebereich als auch auf den Intensivstationen die Raumgröße und die Raumausstattung eine wesentliche Rolle bei der Pflege spielten. Die Krankenzimmer waren in allen fünf Studien zu klein, um die pflegerischen Tätigkeiten ohne räumliche Einschränkungen durchzuführen. Die räumlichen Einschränkungen resultierten daraus, dass ein großes Bett für die Patient*innen mit Adipositas benötigt wurde und dieses dann im Raum sehr viel Platz in Anspruch nahm. Weiteres behinderten die zahlreichen Hilfsmittel, welche für die Pflege benötigt und im Krankenzimmer gelagert wurden, die Pflegepersonen (Broome et al. 2015; Drake et al. 2005). Zudem konnten Verletzungen durch nicht ausreichend gesicherte Handläufe, Toiletten oder zu leichtes Mobiliar entstehen. Diese Ergebnisse können von anderen Studienergebnissen bestätigt werden. Auch in den Studien von Barr und Cunneen (2001) und Blackett et al. (2011) wird darauf hingewiesen, dass beispielsweise Badezimmerarmaturen gut befestigt sein müssen, damit sich die Patient*innen mit Adipositas anlehnen können ohne verletzt zu werden.

Die in den Studien zur Unterstützung bei der Pflege verwendeten Hilfsmittel, darunter Leib-, Dusch- und Rollstühle, bariatrische Patient*innenbetten und Lifter (Foroozesh et al. 2017; Hales, Coombs & de Vries 2018; Kam & Taylor 2010; Twaij et al. 2013) mussten aus Zentrallagern angefordert oder bei Hersteller*innen bestellt werden (Hales, Coombs & de Vries 2018). Zudem mussten diese aufgrund der unzureichenden Größe der Krankenzimmer gestapelt und mehrmals umgeschichtet werden, wenn diese für die Pflege benötigt wurden. Nur durch das Übereinanderstapeln konnten die Pflegepersonen ausreichend Raum schaffen, um die pflegerischen Handlungen zu ermöglichen (Broome et al. 2015; Drake et al. 2005). Für die Durchführung der Pflegehandlungen, beispielsweise für die Körper- und Hautpflege und das Positionieren der Patient*innen mit Adipositas wurden meist drei bis acht Pflegepersonen benötigt (Broome et al. 2015; McClean, Cross & Reed 2021; Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015). Dies veranschaulicht, dass nicht nur mehr Zeit für das erwähnte Umschichten und für die Organisation von diversen Hilfsmitteln benötigt wurde, sondern vor allem auch mehr Personal um die Pflege durchzuführen. Auch Stork (2012) beschreibt, dass für die Pflege von Patient*innen mit Adipositas mehr personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen müssen. Durch einen Mangel an Zeit und Personal wird riskiert, dass sich die Pflegepersonen verletzen und die Patient*innen mit Adipositas nicht entsprechend versorgt werden. Wirbelsäulenverletzungen bei den Pflegepersonen entstehen durch das manuelle Mobilisieren, Heben und Lagern der Patient*innen mit Adipositas (Gallagher, Shaver & Cole 2007; Shea & Gangon 2015). Die Studie von Choi und Brings (2015) kann bestätigen, dass durch die steigende Anzahl an Patient*innen mit Adipositas die Muskel- und Skelettverletzungen bei Pflegepersonen immer häufiger auftreten. Hier wird ebenso, wie in den Studien von Gallagher, Shaver und Cole (2007) und Shea und Gangon (2015) als Ursache das Heben und Bewegen der Patient*innen mit Adipositas genannt.

Hilfsmittel, welche häufig im Krankenhaus zur Pflege von Menschen mit Adipositas Anwendung fanden, waren große Blutdruckmanschetten, größere Leibstühle und Duschstühle, breitere und belastbare Rollstühle, bariatrische Krankenbetten und Lifter (Foroozesh et al. 2017; Hales, Coombs & de Vries 2018; Kam & Taylor 2010; Twaij et al. 2013). Diese genannten Hilfsmittel decken sich auch zum großen Teil mit jenen, die in der Literatur von Bender und Gerbershagen (2012), Blackett et al.

(2011) und Stork (2012) genannt werden. Bei allen erwähnten Hilfsmitteln war die Größe das Hauptproblem. Die Lifter hatten zu knappsitzende Hebegurte und schnitten dadurch in die Haut der Patient*innen ein (Foroozesh et al. 2017; Hales, Coombs & de Vries 2018). Die Roll-, Leib- und Duschstühle hatten eine zu enge Sitzfläche und die Sitzhöhe war zu hoch. Deswegen konnten die Patient*innen unter anderem nicht den Boden mit den Füßen erreichen und wurden zwischen die Armlehnen „gequetscht“ (Broome et al. 2015; Hales, Coombs & de Vries 2018). Auch die Krankenbetten und die Matratzen waren entweder zu klein oder zu hoch. Dadurch war der Bewegungsraum für die Patient*innen mit Adipositas im Krankenbett eingeschränkt (Beitz 2015; Muir et al. 2007) und Körperteile ragten über den Bettrand hinaus (Hales, Coombs & de Vries 2018). Dies führte dazu, dass vor allem die Haut einem ständigen Verletzungsrisiko ausgesetzt war. Ein weiteres Problem waren die unterschiedlichen Beschriftungen der Hilfsmittel. Das Equipment hatte variierende Gewichtskapazitäten, daher war eine ausreichende Beschriftung notwendig um Verwirrungen bei den Pflegepersonen zu vermeiden (Broome et al. 2015). In der Literatur wird empfohlen, die Hilfsmittel nur mit der Maximalbelastung zu kennzeichnen. Wenn die Informationen dazu fehlen, können diese von den Hersteller*innen angefordert werden (Barr & Cunneen 2001; Blackett et al. 2011). Grundsätzlich kann darauf geschlossen werden, dass geeignete Hilfsmittel nicht nur das Verletzungsrisiko seitens der Pflegepersonen, sondern auch bei Patient*innen mit Adipositas reduzieren. Vor allem die Erhaltung der Hautintegrität spielt hier eine bedeutende Rolle.

Direkte Herausforderungen, die bei der Pflege auftraten, waren Probleme im Bereich der Mobilisation, der Positionierung und der Körperpflege (Drake et al. 2005; Kam & Taylor 2010; Twaij et al. 2013). Hier stand besonders die Hautpflege im Fokus (Foroozesh et al. 2017; Muir et al. 2007). Die Körper- und Hautpflege hat bei Patient*innen mit Adipositas einen besonders hohen Stellenwert. Einerseits müssen die Patient*innen regelmäßig gelagert werden, um eine Druckentlastung und damit auch eine Dekubitusprävention zu erreichen. Hierbei war vor allem die seitliche Lagerung eine Herausforderung (Hales, Coombs & de Vries 2018). Andererseits müssen nach der Körperpflege die tiefen Hautareale ausreichend getrocknet werden. Eine Feuchtigkeitsbildung in den Hautfalten kann durch das Einlegen von Baumwollstoffen verhindert und damit dem Entstehen von bakteriellen

Hautinfektionen vorgebeugt werden. Jedoch besteht das Risiko beim Einlegen von zu kleinen Tupfern, dass diese anschließend nicht vollständig entfernt werden könnten (Broome et al. 2015). Das Verhindern des Entstehens von Feuchtigkeit in den Hautfalten und die Präventionsmaßnahmen werden in gleicherweise in der Studie von Janniger et al. (2005) beschrieben. Die Studie von Boza et al. (2012) zeigt, dass die untersuchten Patient*innen mit Adipositas signifikant häufiger von bakteriellen Hautinfektionen betroffenen waren als die Normalgewichtigen. Auch andere Studien bestätigten dieses Ergebnis (Al-Mutairi 2011; Janniger et al. 2005). Durch die Feuchtigkeitsbildung in den Hautfalten und den bakteriellen Hautinfektionen können unangenehme Gerüche entstehen, welche das Wohlbefinden der Patient*innen mit Adipositas beeinträchtigen können (Beitz 2015; Foroozesh et al. 2017). Bei der Hautpflege muss individuell entschieden werden, welche Pflegeprodukte zur Anwendung kommen, auch im Hinblick auf die Geruchsbildung. Einerseits können Produkte, beispielsweise trockene Seifen und Puder, welche die Feuchtigkeit in den Hautfalten reduzieren unangenehmen Gerüchen vorbeugen, anderseits kann die Anwendung dieser, das Entstehen von Hautinfektionen begünstigen (Beitz 2015). Janniger et al. (2005) stellten ebenfalls fest, dass feuchtigkeitsreduzierende Produkte die Haut reizen können und eine Hautinfektion dadurch begünstigt wird. Die Ergebnisse dieser Studien verdeutlichen die Wichtigkeit einer adäquaten Hautpflege und einer regelmäßigen Hautinspektion durch die Pflegepersonen bei Patient*innen mit Adipositas.

Die gesellschaftliche Stereotypisierung der Patient*innen mit Adipositas hatte einen Einfluss auf die Pflegepersonen und führte zu Konflikten im professionellen Handeln. Dabei spielten Vorurteile gegenüber Patient*innen mit Adipositas eine zentrale Rolle. Pflegepersonen sollten professionell handeln und nicht von der gesellschaftlichen Stigmatisierung der Patient*innen mit Adipositas beeinflusst werden (Blackett et al. 2011; Stork 2012). Jedoch zeigen die Studienergebnisse, dass die untersuchten Pflegepersonen sehr wohl Vorurteile hatten. Gefühle wie Ekel und Angst wurden bei der Pflege von Menschen mit Adipositas empfunden (Hales, de Vries & Coombs 2016; Shea & Gangon 2015).

Die Studie von Shea und Gangon (2015) erläutert einige Bewältigungsstrategien, womit ein professioneller zwischenmenschlicher Umgang ermöglicht werden kann. Aber auch hier wurde klar gemacht, dass nicht alle Pflegepersonen diese erfolgreich

anwenden konnten. Jene die stark negative Ansichten gegenüber den Patient*innen mit Adipositas hatten, konnten diese auch nicht ändern. Robstad, Söderhamn und Fegran (2018) beschreiben, dass das Aneignen von Wissen dazu beitrug, negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Adipositas zu beseitigen. Auch andere Literaturquellen verweisen darauf, dass Fortbildungen und Sensibilitätstrainings im Hinblick auf die Beseitigung der negativen Wahrnehmung von Patient*innen mit Adipositas zur Verbesserung des zwischenmenschlichen Umgangs und des Wohlbefindens der Patient*innen dienen (Blackett et al. 2011; Poon & Tarrant 2009).

Eine wesentliche Rolle für einen professionellen Umgang spielte auch die Sprache. Die Ergebnisse aus drei Studien (Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018) konkretisieren diese Thematik. Die Pflegepersonen wussten nicht, wie sie die Krankheit Adipositas ansprechen sollten, ohne die Betroffenen zu kränken. Daher wurden die Patient*innen nicht auf das Gewicht angesprochen und es wurde versucht bei auftretenden Problemen andere Ursachen als das Körpergewicht zu finden. Blackett et al. (2011) und Poon und Tarrant (2009) zeigen auf, dass durch Schulungen im Bereich der sprachlichen Bezeichnung von Patient*innen mit Adipositas die Unbehaglichkeiten seitens der Pflegepersonen reduziert werden können.

Im Zuge dieses Scoping Reviews konnten einige Pflegeprobleme identifiziert werden, unter welchen Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus leiden können. Wie bereits erwähnt, haben Patient*innen mit Adipositas ein erhöhtes Risiko für eine Hautinfektion. Dazu gehört auch der Intertrigo. Eine Studie (Boza et al. 2012) zeigte auf, dass Patient*innen mit Adipositas signifikant häufiger von Intertrigo betroffen waren als normalgewichtige Patient*innen. Es konnten keine weiteren Studien dazu identifiziert werden. Dennoch verstärkt das Ergebnis von Boza et al. (2012), dass die Hautintegrität bei Patient*innen mit Adipositas besonders gefährdet ist. Dies konnten schon andere vorher erwähnte Studien aufzeigen (Al-Mutairi 2011; Janniger et al. 2005).

Ein weiteres Pflegeproblem war Mangelernährung. Zwei Studien (Broome et al. 2015; Twaij et al. 2013) konnten eine Mangelernährung als Pflegeproblem bei

Patient*innen mit Adipositas identifizieren. Die Mangelernährung kann zu Wundheilungsstörungen und zur Abnahme der Muskelmasse führen. Auch die Ergebnisse der Studien von Barr und Cunneen (2001) und Collins (2014) können dieses Ergebnis bekräftigen. Beachtet werden muss, dass der BMI alleine nicht genügt um den Ernährungszustand ausreichend zu beurteilen (Agarwal et al. 2019). Verschiedene Studien betonen, dass Pflegepersonen Kenntnisse darüber haben sollten, dass eine Mangelernährung auch bei Patient*innen mit Adipositas mit erhöhtem BMI auftreten kann und daher eine Ernährungsbeurteilung bei der stationären Aufnahme erfolgen sollte (Barr & Cunneen 2001; Collins 2014; Twajj et al. 2013).

Leiden Patient*innen mit Adipositas unter akuten oder chronischen Wunden kann die Wundheilung verzögert sein und das Pflegeproblem der Wundheilungsstörung tritt auf. Drei Studien (Foroozesh et al. 2017; McClean, Cross & Reed 2021; Twajj et al. 2013) konnten dazu gefunden werden. Aufgrund der Folge- und Begleiterkrankungen kommt es zu Wundkomplikationen und die Wundheilung kann sich verlangsamen. Foroozesh et al. (2017) und Twajj et al. (2013) beschreiben, dass beim Auftreten von Wunden schnellstmöglich Wundversorgungsspezialist*innen konsultiert werden sollten. Auch weitere Literatur bekräftigt, dass Adipositas mit einer gestörten Wundheilung einhergeht (Hirt et al. 2019; Shipman & Millington 2011).

Die meisten Studien behandeln das Pflegeproblem Dekubitus. Neun inkludierte Studien (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Compher et al. 2007; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Großschädl & Bauer 2020; McClean, Cross & Reed 2021; Muir et al. 2007; Ness et al. 2018; Twajj et al. 2013) enthalten Informationen dazu. In drei Studien (Compher et al. 2007; Großschädl & Bauer 2020; Ness et al. 2018) wurde die Dekubitusprävalenz erhoben. Compher et al. (2007) und Ness et al. (2018) nahmen eine Aufteilung der Teilnehmer*innen mit Adipositas in Adipositasklassen vor. Die Studie von Ness et al. (2018) hatte zum Ergebnis, dass Patient*innen mit Adipositas Grad II die niedrigste Dekubitusprävalenz und jene mit Adipositas Grad III eine der höchsten Prävalenzen für Dekubitus aufwiesen. Im Gegensatz dazu stellten Compher et al. (2007) fest, dass Patient*innen mit Adipositas Grad III die niedrigste Dekubitusprävalenz hatten. Andere Studien können das Ergebnis von Ness et al. (2018) bestätigen. Auch in der Studie von Hyun et al. (2014) hatten

Patient*innen mit Adipositas Grad III die höchste Dekubitusprävalenz und jene mit Adipositas Grad II die niedrigste. Ebenfalls konnten Drake et al. (2010) aufzeigen, dass in der Gruppe der Patient*innen mit Adipositas Grad III die geringste Dekubitusprävalenz vorhanden war. Wurde keine Aufteilung in Adipositas-Klassen vorgenommen, konnte Compher et al. (2007) feststellen, dass Patient*innen ohne Adipositas eine höhere Dekubitusprävalenz aufwiesen als Patient*innen mit Adipositas. Die Studien von Kottner, Gefen und Lahmann (2011) und VanGilder et al. (2009) untersuchten ebenso den Zusammenhang von Dekubitus und BMI. Die Ergebnisse dieser Studien ähneln den Ergebnissen von Compher et al. (2007). Anzumerken ist, dass die hier erläuterten Studien sich bezüglich der Stichprobengröße und der verwendeten Erhebungsinstrumente unterscheiden. Daher ist die Vergleichbarkeit eingeschränkt. Nichtsdestotrotz deuten die Ergebnisse der drei inkludierten Studien (Compher et al. 2007; Großschädl & Bauer 2020; Ness et al. 2018) darauf hin, dass Patient*innen mit Adipositas ein geringeres Risiko für die Entwicklung eines Dekubitus haben. Dennoch ist Dekubitus ein ernst zu nehmendes Pflegeproblem und in Anbetracht der gegebenen Wundheilungsstörung bei Patient*innen mit Adipositas (Foroozesh et al. 2017; Twaij et al. 2013) sollten angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprävention und Behandlung getroffen werden. Zu den Präventionsmaßnahmen gehören das Inspizieren der Haut (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007), ein regelmäßiges Umlagern (Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; McClean, Cross & Reed 2021) und die Anwendung von Wechseldruckmatratzen (Muir et al. 2007; Twaij et al. 2013). Bei der Hautinspektion muss auf die Hautfalten genau geachtet werden, da hier ein atypischer Dekubitus entstehen kann (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007).

4.2 Studienqualität

Die Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien unterscheiden sich. Die Größe der Krankenhäuser und die untersuchten Abteilungen waren nicht ident. Zudem schwankte die Anzahl der Teilnehmer*innen zwischen einem/einer Patient*in bis hin zu 3.214 Patient*innen. Bedingt wurde dies durch die unterschiedlichen Studiendesigns und Samplingstrategien.

Die Studienqualität der eingeschlossenen Studien variiert ebenfalls. Aufgrund mangelnder beziehungsweise unklarer Informationen musste bei der Bewertung der Studienqualität anhand der Bewertungsbögen des JBI mehrmals die Kategorie „Unklar“ vergeben werden. Die Bewertung „Nein“ wurde zweimal vorgenommen, weil das Vorgehen in der Studie unangemessen oder ungeeignet war.

Auffallend war, dass alle eingeschlossenen Fallstudien (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007) keine Angaben zur Diagnostik und teilweise mangelnde Informationen zur Vorgeschichte der Patient*innen enthielten. Unzureichende Daten können die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse stark beeinträchtigen (Polit & Beck 2017).

Keine der qualitativen Studien (Drake et al. 2005; Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015) enthielt Informationen zum kulturellen und theoretischen Hintergrund der Forschenden. In zwei Studien (Drake et al. 2005; Hales, de Vries & Coombs 2016) wurde zusätzlich der Einfluss der Forschenden auf die Forschung und umgekehrt nicht angesprochen. Es ist wichtig, Informationen dazu zu erlangen welche Rolle die Forschenden bei der Untersuchung einnehmen. Der soziale und kulturelle Hintergrund bestimmt, was die Forschenden bei einer Beobachtung sehen (Polit & Beck 2017). Da diese Angaben in den genannten Studien fehlten, könnten die Forschenden die Ergebnisse unbewusst beeinflusst haben.

Angaben bezüglich eines positiven Ethikvotums fehlten in einer Studie (Drake et al. 2005). Da keine Informationen dazu angegeben waren, wurden ethische Aspekte bei der Durchführung der Studie womöglich nicht eingehalten (Polit & Beck 2017).

Weiteres enthielten nicht immer alle Studien die notwendigen Informationen zur Stichprobenberechnung und Rekrutierung (Boza et al. 2012; Foroozesh et al. 2017; Ness et al. 2018). Möglicherweise könnte die Stichprobe nicht repräsentativ und die Ergebnisse dadurch auch nicht verallgemeinerbar sein (Polit & Beck 2017). In einer Studie (Großschädl & Bauer 2020) war aufgrund des Rekrutierungsmechanismus die Stichprobe nicht repräsentativ für die Population und die Generalisierbarkeit ist hier eingeschränkt. In einer weiteren Studie (Kam & Taylor 2010) wurden für die verwendeten Messinstrumente keine Angaben zu den Gütekriterien und zur Durchführung der Messung getätigt. Daher besteht das Risiko, dass es zu einer

Verzerrung der Ergebnisse kam (Munn et al. 2015). Die erhobenen Daten könnten nicht reliabel und valide und damit nicht vergleichbar sein (Polit & Beck 2017).

Die Kohortenstudie (Compher et al. 2007) wies einige methodologische Einschränkungen auf. Anzumerken ist, dass es sich hierbei um eine sekundäre Datenanalyse einer Kohortenstudie handelt und die notwendigen Informationen eventuell in der Hauptstudie zu finden sind. Die Exposition und der Endpunkt wurden auf keine gültige und zuverlässige Weise gemessen. Das Gewicht und die Größe der Teilnehmer*innen wurden mündlich abgefragt und der Dekubitus wurde von einer Pflegeperson durch eine Beobachtung beurteilt. Dadurch kann es zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen. Weiteres gab es keine Informationen, ob die Teilnehmer*innen zu Beginn frei von der Exposition waren. Daher besteht eine Unklarheit darüber, ob die vermutete Ursache vor dem Endpunkt aufgetreten ist. Außerdem kann die Stichprobe dadurch als weniger repräsentativ angesehen werden (Polit & Beck 2017). Zudem gab es keine Angaben zur Nachuntersuchung beziehungsweise dazu, welche Strategien bei unvollständiger Nachuntersuchung angewendet wurden. In einer Kohortenstudie sollte ein hoher Prozentsatz nachbeobachtet werden. Da es hier keine Angaben dazu gab, kann auch keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Abbruchraten der Exponierten und nicht Exponierten vergleichbar sind. Zudem wurden wahrscheinlich die Teilnehmer*innen mit unterschiedlicher Nachbeobachtungszeit nicht in der Datenanalyse berücksichtigt, um Unterschiede zu bereinigen (Moola et al. 2020).

4.3 Stärken und Limitationen

Dieses Scoping Review weist Stärken und Limitationen auf, welche nachfolgend erläutert werden.

Eine Limitation ist, dass nur nach Studien in deutscher und englischer Sprache gesucht wurde. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht jegliche verfügbare Literatur zur Thematik inkludiert werden konnte.

Eine Stärke ist das gewählte Studiendesign, da aufgrund dessen ein sehr ausgedehnter Überblick über die vorhandene Literatur zum Thema Adipositas gegeben wird.

4.4 Empfehlungen für die Forschung

Bis dato wurde nur sehr wenig hinsichtlich der pflegerischen Herausforderungen und der Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas untersucht. Nur wenige der inkludierten Studien wurden im europäischen Raum durchgeführt (Foroozesh et al. 2017; Großschädl & Bauer 2020; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018). Die meisten Studien wurden in den USA (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Compher et al. 2007; Drake et al. 2005; Gallagher, Shaver & Cole 2007), Kanada (Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015), Neuseeland (Hales, Coombs & de Vries 2018; Hales, de Vries & Coombs 2016) und Australien (Kam & Taylor 2010; Ness et al. 2018) durchgeführt. Daher sollte die Adipositasforschung in Österreich im Bereich der Pflegewissenschaft forciert werden, um pflegerische Herausforderungen und Pflegeprobleme bei Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus zu erheben. Die daraus gewonnenen Daten können als Grundlage für wissenschaftlich basierte Handlungsempfehlungen für die Pflege von Personen mit Adipositas dienen und in weiterer Folge in der Pflegepraxis genutzt werden. Insgesamt sollten diese Erhebungen in Europa und anderen Kontinenten ebenso verstärkt durchgeführt werden, weil die Adipositasprävalenz weltweit ansteigt (WHO 2021c) und dieses Thema nur wenig in der internationalen Forschung behandelt wird. In weiterer Folge könnten durch gezielte Forschung auf europäischer und österreichischer Ebene, nationale und internationale Vergleiche angestellt werden. Dies könnte dazu dienen, Strategien zur Prävention von Pflegeproblemen und zur Bewältigung von pflegerischen Herausforderungen international zu vergleichen, um daraus die besten Lösungsmöglichkeiten zu identifizieren und in weiterer Folge könnten diese in der Pflegepraxis angewendet werden.

Im Hinblick auf zukünftige Forschungen sollten im Besonderen die Pflegeprobleme bei Patient*innen mit Adipositas noch genauer untersucht werden, auch aufgrund der Tatsache, dass der Anteil an Patient*innen mit Adipositas im stationären Bereich zunimmt (Hackl et al. 2010; Lehnert et al. 2012). Im Zuge der Literaturrecherche konnten nur wenige Studien zu den Pflegeproblemen Mangelernährung, Intertrigo, Schmerz und Sturz identifiziert werden (Boza et al. 2012; Broome et al. 2015; Compher et al. 2007; Foroozesh et al. 2017; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Großschädl & Bauer 2020; McClean, Cross & Reed 2021; Ness et al. 2018; Shea & Gangon 2015; Twaij et al. 2013). Dies zeigt, dass es hier einen Mangel an

Forschung gibt. Daher sollten beispielsweise Prävalenzerhebungen mit repräsentativen Stichproben vermehrt durchgeführt werden, um festzustellen, welcher Anteil an Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus ein oder mehrere Pflegeprobleme aufweist. Weiteres sollte eine Untergliederung der Stichprobe in die drei Adipositasklassen erfolgen, um dementsprechende Unterschiede feststellen zu können. Anknüpfend daran könnten randomisiert kontrollierte Studien durchgeführt werden, welche Strategien zur Bewältigung beziehungsweise Prävention dieser Pflegeprobleme testen. Qualitative Studien können vor allem die Erfahrungen, Wahrnehmungen und Bewältigungsstrategien der Pflegepersonen und der Patient*innen mit Adipositas erheben, um folglich Themen für die Entwicklung von Fragebögen zu identifizieren. Damit könnten in diesen Bereichen quantitative Erhebungen durchgeführt werden. Zudem könnten aus den Ergebnissen dieser Studien evidenzbasierte Handlungsempfehlungen abgeleitet und diese in der Pflegepraxis genutzt werden.

Hinsichtlich des Mangels an adäquaten Hilfsmitteln (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Foroozesh et al. 2017; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Hales, Coombs & de Vries 2018; Kam & Taylor 2010; Muir et al. 2007; Shea & Gangon 2015; Twaij et al. 2013) sollten Erhebungen stattfinden, um festzustellen, welche Hilfsmittel zur Entlastung der Pflegepersonen und Unterstützung der Patient*innen mit Adipositas benötigt werden. Zudem sollten die notwendigen Anforderungen an die Hilfsmittel aus Sicht der Pflegepersonen erhoben werden. Die daraus resultierenden Ergebnisse könnten die Hersteller*innen dazu nützen die Hilfsmittel noch sicherer und vor allem Anwender*innenfreundlich zu gestalten. Folglich könnten durch eine einfachere Anwendung und im Besonderen durch einfache Anpassung der Hilfsmittel an die speziellen Bedürfnisse der Patient*innen mit Adipositas die Pflegepersonen entlastet werden.

Damit zukünftig Patient*innen mit Adipositas im Krankenhaus bestmöglich betreut werden, sollte ein weiterer Fokus der zukünftigen Forschung auf den räumlichen Anforderungen der Krankenzimmer liegen (Drake et al. 2005; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Twaij et al. 2013). Die Pflegepersonen sollten einerseits dazu befragt werden, welche Raumgröße benötigt wird und andererseits welche Ausstattung die Zimmer haben sollten, um die Pflege effizient und ohne zeitliche Einbuße durchführen zu können. Damit könnten die Pflegepersonen wiederum entlastet

werden. Weiteres kann dadurch der stationäre Aufenthalt für die Patient*innen mit Adipositas angenehmer und komfortabler gestaltet werden.

Zudem sind nur wenige Daten zu Wirbelsäulenverletzungen bei Pflegepersonen, welche durch das Heben und Mobilisieren von Patient*innen mit Adipositas entstehen können, vorhanden (Gallagher, Shaver & Cole 2007). Daher sollte dazu mehr Forschung durchgeführt werden. Im Bereich der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz könnten die gewonnenen Ergebnisse dazu dienen, Wirbelsäulenverletzungen und Arbeitsunfälle, welche zu langen Krankenständen führen können, zu vermeiden.

Weitere Forschung im Bereich der Stigmatisierung von Patient*innen mit Adipositas könnte feststellen, inwieweit die Einstellungen der Pflegepersonen gegenüber den Patient*innen mit Adipositas die Pflege beeinflussen (Hales, de Vries & Coombs 2016; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015). Infolgedessen könnten Strategien ermittelt werden, um den zwischenmenschlichen Umgang zwischen den Pflegepersonen und den Patient*innen mit Adipositas zu stärken und auch die Vorurteile seitens der Pflegepersonen zu bereinigen. Diese erhobenen Strategien können dann wiederum in Fort- und Weiterbildungen genutzt werden.

4.5 Empfehlungen für die Praxis

Aus den Ergebnissen dieses Scoping Reviews lassen sich einige Praxisempfehlungen ableiten. Es zeigte sich, dass Pflegepersonen in allen Bereichen des Krankenhauses mit Patient*innen mit Adipositas in Kontakt kommen. Der zeitliche und personelle Mehraufwand für die Pflegepersonen durch die Pflege von Patient*innen mit Adipositas wurde in den Ergebnissen klar dargelegt (Drake et al. 2005; McClean, Cross & Reed 2021; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018; Shea & Gangon 2015). Es ist davon auszugehen, dass sich in den kommenden Jahren der Bedarf an Pflegepersonal erhöhen und dadurch ein wesentlicher Personalmangel entstehen wird. Dieser Umstand wird sich in naher Zukunft nicht ändern (Rappold & Juraszovich 2019). Aufgrund des Personalmangels sollte ein noch größeres Augenmerk auf die Erfüllung der infrastrukturellen Grundvoraussetzungen gelegt werden. Dies bedeutet, dass ausreichende Hilfsmittel zu Verfügung gestellt und ein niederschwelliger Zugang dazu ermöglicht

werden sollte (Gallagher, Shaver & Cole 2007; Hales, Coombs & de Vries 2018; Shea & Gangon 2015). Zudem sollte bei der Bettenplanung darauf geachtet werden, dass Krankenzimmer mit einer ausreichenden Größe für die Patient*innen mit Adipositas ausgewählt werden (Broome et al. 2015; Drake et al. 2005; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007; Twaij et al. 2013). Die Pflegepersonen können durch die Erfüllung der infrastrukturellen Anforderungen entlastet werden.

Weiteres besteht eine Notwendigkeit an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Stigmareduktion von Patient*innen mit Adipositas. Damit kann den Unsicherheiten und negativen Einstellungen von Pflegepersonen gegenüber dieser Patient*innengruppe entgegengewirkt werden. Pflegepersonen dürfen sich nicht durch die in der Gesellschaft vorherrschenden Vorurteile beeinflussen lassen und müssen eine neutrale Einstellung gegenüber den Patient*innen mit Adipositas entwickeln (Muir et al. 2007; Robstad, Söderhamn & Fegran 2018). Daher sollten bereits in der Ausbildung die speziellen Bedürfnisse der Patient*innen mit Adipositas angesprochen werden und ein Verständnis für die Entstehung einer Adipositaserkrankung entwickelt werden. Hier sollten die multikausalen Faktoren die zur Entstehung einer Adipositas führen, angesprochen werden, um auch zukünftige Pflegepersonen auf diese Patient*innengruppe frühestmöglich vorzubereiten.

Fort- und Weiterbildungen werden auch im Bereich der Pflegeprobleme im Zusammenhang mit Patient*innen mit Adipositas benötigt. Alleine die Vielzahl an unterschiedlichen Pflegeproblemen und das pflegerische Wissen, welches dazu benötigt wird, verdeutlichen die Wichtigkeit von Fort- und Weiterbildungen. Im Zuge der Fort- und Weiterbildungen sollte adipositaspezifisches Wissen vermittelt und darauf hingewiesen werden, dass Adipositas das Entstehen von Pflegeproblemen, wie Intertrigo begünstigen kann (Boza et al. 2012; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007; Muir et al. 2007; Twaij et al. 2013). Vor allem bei der Dekubitusprävention sollte das Entstehen eines Dekubitus an atypischen Stellen, wie den Hautfalten angesprochen werden (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Gallagher, Shaver & Cole 2007). Weiteres sollten sich Pflegepersonen Wissen bezüglich Mangelernährung bei Patient*innen mit Adipositas aneignen. Auch bei einem erhöhten BMI kann eine Mangelernährung auftreten und Pflegepersonen sollten in der Lage sein dahingehend Interventionen zu setzen. Beispielsweise

können zur Unterstützung der Pflegepersonen Ernährungsexpert*innen zugezogen werden und im Rahmen eines multiprofessionellen Teams gemeinsam Maßnahmen zur Behandlung der Mangelernährung getroffen werden (Twaij et al. 2013).

Weiteres spielt die Haut- und Körperpflege eine zentrale Rolle bei der Pflege von Patient*innen mit Adipositas. Pflegepersonen sollten ein Wissen über das erhöhte Risiko von bakteriellen Hautinfektionen bei Patient*innen mit Adipositas haben (Boza et al. 2012). Es muss bei der Pflege auf Hautveränderungen geachtet werden, um schnellstmöglich Maßnahmen setzen zu können. Eine kontinuierliche Inspektion und Pflege der Haut wird hier empfohlen. Weitere Maßnahmen sind das Anwenden von geeigneten Pflegeprodukten und die Prävention von Feuchtigkeitbildung in den Hautfalten. Dieser Feuchtigkeitbildung kann durch das Einlegen von Baumwolltüchern vorgebeugt werden (Beitz 2015; Broome et al. 2015; Foroozesh et al. 2017). Patient*innen mit Adipositas können durch Folge- und Begleiterkrankungen an einer verzögerten Wundheilung leiden. Daher sollte den Pflegepersonen die Wichtigkeit der Erhaltung der Hautintegrität bewusst sein. Wunden im stationären Bereich können durch eine gute Hautpflege, Mobilisation, Lagerung, Präventionsmaßnahmen sowie eine Reduktion des Verletzungsrisikos vermieden werden (Foroozesh et al. 2017; McClean, Cross & Reed 2021; Twaij et al. 2013).

5 Schlussfolgerung

Die Pflege von Patient*innen mit Adipositas kann Pflegepersonen vor eine Reihe von Herausforderungen stellen. Die Ergebnisse dieses Scoping Reviews reichen von den infrastrukturellen Herausforderungen über die Schwierigkeiten bei der direkten Pflege bis hin zu Pflegeproblemen, die bei Patient*innen mit Adipositas auftreten können. Dies verdeutlicht den großen Umfang an Anforderungen, welche für eine ganzheitliche und personenzentrierte Pflege erfüllt werden müssen. Pflegepersonen, als Teil des multiprofessionellen Teams, sind besonders gefordert die Routinepflege an die besonderen Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe anzupassen. Im Speziellen sollte auf auftretende Pflegeprobleme geachtet und dahingehend Präventionsmaßnahmen gesetzt werden.

Durch die steigende Anzahl an Patient*innen mit Adipositas im Setting Krankenhaus wird die Pflege auch in Zukunft vor eine große Herausforderung gestellt werden. Daher sollte dem Thema Adipositas sowohl in der Forschung als auch in der Praxis Aufmerksamkeit geschenkt werden. Nur durch das Erfüllen der infrastrukturellen Erfordernisse, die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen, sowie dem frühestmöglichen Erkennen von Pflegeproblemen und dem Setzen von Maßnahmen kann eine sichere und qualitativ hochwertige Pflege für Patient*innen mit Adipositas gewährleistet werden.

6 Literaturverzeichnis

Agarwal, E, Ferguson, M, Banks, M, Vivanti, A, Batterham, M, Bauer, J, Capra, S & Isenring, E 2019, 'Malnutrition, poor food intake, and adverse healthcare outcomes in non-critically ill obese acute care hospital patients', *Clin Nutr*, vol. 38, no. 2, pp. 759-66.

Al-Mutairi, N 2011, 'Associated cutaneous diseases in obese adult patients: a prospective study from a skin referral care center', *Med Princ Pract*, vol. 20, no. 3, pp. 248-52.

Arksey, H & O'Malley, L 2005, 'Scoping Studies: towards a methodological framework', *INT J SOC RES METHODOLOGY*, vol. 8, no.1, pp. 19-32.

Austrian Obesity Association (ÖAG) 2021, *Was ist Adipositas ?*, viewed 27. June 2021, <<https://www.adipositas-austria.org/was-ist-adipositas.html>>.

Baethge, C, Goldbeck-Wood, S & Mertens, S 2019, 'SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles', *Research Integrity and Peer Review*, vol. 26, no.5, pp. 4-5.

Barr, J & Cunneen, J 2001, 'Understanding the bariatric client and providing a safe hospital environment', *Clin Nurse Spec*, vol. 15, no. 5, pp. 219-23.

Beitz, JM 2015, 'Clinical Challenges in Providing Health Care for a Morbidly Obese Family Member: A Bariatric Case Study', *Ostomy Wound Manage*, vol. 61, no. 1, pp. 42-6.

Bender, M & Gerbershagen, MU 2012, 'Adipositasmanagement: Equipment, Räumlichkeiten, Besonderheiten', in K Lewandowski & T Bein (eds), *Adipositas –*

Management in Anästhesie, Chirurgie und Notfallmedizin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Blackett, A, Gallagher, S, Dugan, S, Gates, JL, Henn, T, Kennedy-Evans, KL & Lutze, JH 2011, 'Caring for persons with bariatric health care issues: a primer for the WOC nurse', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 38, no. 2, pp. 133-8.

Bosy-Westphal, A & Müller, MJ 2013, 'Untersuchungsmethoden - Körperzusammensetzung', in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik*, 4th edn, Springer, Berlin.

Boza, JC, Trindade, EN, Peruzzo, J, Sachett, L, Rech, L & Cestari, TF 2012, 'Skin manifestations of obesity: a comparative study', *J Eur Acad Dermatol Venereol*, vol. 26, no. 10, pp. 1220-3.

Broome, CA, Ayala, EM, Georgeson, KA, Heidrich, SM, Karnes, K & Wells, JB 2015, 'Nursing care of the super bariatric patient: challenges and lessons learned', *Rehabil Nurs*, vol. 40, no. 2, pp. 92-9.

Brown, J & Wimpenny, P 2011, 'Developing a holistic approach to obesity management', *Int J Nurs Pract*, vol. 17, no. 1, pp. 9-18.

Camden-Gallagher, S 2006, 'Nursing Care of the Bariatric Patient', *BARIATRIC NURSING AND SURGICAL PATIENT CARE*, vol. 1, no. 1, pp. 21-30.

Choi, SD & Brings, K 2015, 'Work-related musculoskeletal risks associated with nurses and nursing assistants handling overweight and obese patients: A literature review', *Work*, vol. 53, no. 2, pp. 439-48.

Collins, J 2014, 'Nutrition and care considerations in the overweight and obese population within the critical care setting', *Crit Care Nurs Clin North Am*, vol. 26, no. 2, pp. 243-53.

Compher, C, Kinosian, BP, Ratcliffe, SJ & Baumgarten, M 2007, 'Obesity reduces the risk of pressure ulcers in elderly hospitalized patients', *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, vol. 62, no. 11, pp. 1310-2.

Diaz, JJ, Jr., Norris, PR, Collier, BR, Berkes, MB, Ozdas, A, May, AK, Miller, RS & Morris, JA, Jr. 2009, 'Morbid obesity is not a risk factor for mortality in critically ill trauma patients', *J Trauma*, vol. 66, no. 1, pp. 226-31.

Drake, D, Dutton, K, Engelke, M, McAuliffe, M & Rose, MA 2005, 'Challenges that nurses face in caring for morbidly obese patients in the acute care setting', *Surg Obes Relat Dis*, vol. 1, no. 5, pp. 462-6.

Drake, DJ, Swanson, M, Baker, G, Pokorny, M, Rose, MA, Clark-Reed, L, Waters, W, Watkins, FR, Jr. & Engelke, MK 2010, 'The association of BMI and Braden total score on the occurrence of pressure ulcers', *J Wound Ostomy Continence Nurs*, vol. 37, no. 4, pp. 367-71.

Foroozesh, R, Sadati, L, Sedigheh, N, Karami, S, Beyrami, A & Fasihi, T 2017, 'Challenges in Nursing Care of Morbidly Obese Patients: Nurses' Viewpoints', *Minim Invasive Surg Sci.*, vol. 6, no. 2, p. e12040.

Gallagher, S, Shaver, J & Cole, K 2007, 'Promoting the patient's dignity and preventing caregiver injury while caring for a morbidly obese woman with skin tears and a pressure ulcer', *Bariatric Nursing & Surgical Patient Care*, vol. 2, no. 1, pp. 77-82.

Großschädl, F & Bauer, S 2020, 'The relationship between obesity and nursing care problems in intensive care patients in Austria', *Nurs Crit Care*, pp. 1-7.

Hackl, F, Halla, M, Hummer, M & Prucker, GJ 2010, *Übergewicht und Fettleibigkeit als Kostenfaktor des Gesundheitssystems: Evidenz aus Österreich*, viewed 13. March 2021, <<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.693537&version=1391199241>>.

Hales, C, Coombs, M & de Vries, K 2018, 'The challenges in caring for morbidly obese patients in Intensive Care: A focused ethnographic study', *Aust Crit Care*, vol. 31, no. 1, pp. 37-41.

Hales, C, de Vries, K & Coombs, M 2016, 'Managing social awkwardness when caring for morbidly obese patients in intensive care: A focused ethnography', *Int J Nurs Stud*, vol. 58, no.1, pp. 82-9.

Hauner, H 2013, 'Definition und Klassifikation der Adipositas', in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik*, 4th edn, Springer, Berlin.

Henderson, V 1969, *The nature of nursing: A definition and its implication for practice, research and education*, 3rd edn, The Macmillan Company, New York.

Hirt, PA, Castillo, DE, Yosipovitch, G & Keri, JE 2019, 'Skin changes in the obese patient', *J Am Acad Dermatol*, vol. 81, no. 5, pp. 1037-57.

Hofmann, F & Krajl, N 2012, 'Übergewicht – ein Problem für die Arbeitsmedizin?', in K Lewandowski & T Bein (eds), *Adipositas - Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Hogue, CW, Jr., Stearns, JD, Colantuoni, E, Robinson, KA, Stierer, T, Mitter, N, Pronovost, PJ & Needham, DM 2009, 'The impact of obesity on outcomes after critical illness: a meta-analysis', *Intensive Care Med*, vol. 35, no. 7, pp. 1152-70.

Hyun, S, Li, X, Vermillion, B, Newton, C, Fall, M, Kaewprag, P, Moffatt-Bruce, S & Lenz, ER 2014, 'Body mass index and pressure ulcers: improved predictability of pressure ulcers in intensive care patients', *Am J Crit Care*, vol. 23, no. 6, pp. 494-500.

ICD-Code 2021, *E65-E68 Adipositas und sonstige Überernährung*, viewed 08. March 2021, <<https://www.icd-code.de/icd/code/E66.-.html> ICD10 ([icd-code.de](http://www.icd-code.de))>.

Janniger, CK, Schwartz, RA, Szepietowski, JC & Reich, A 2005, 'Intertrigo and common secondary skin infections', *Am Fam Physician*, vol. 72, no. 5, pp. 833-8.

Joanna Briggs Institute (JBI) 2020a, *Checklist for Case Reports*, viewed 16. May 2020, <<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>>.

Joanna Briggs Institute (JBI) 2020b, *Checklist for Cohort Studies*, viewed 16. May 2020, <<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>>.

Joanna Briggs Institute (JBI) 2020c, *Checklist for Prevalence Studies*, viewed 16. May 2020, <<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>>.

Joanna Briggs Institute (JBI) 2020d, *Checklist for Qualitative Research*, viewed 16. May 2020, <<https://jbi.global/critical-appraisal-tools>>.

Kam, J & Taylor, DM 2010, 'Obesity significantly increases the difficulty of patient management in the emergency department', *Emerg Med Australas*, vol. 22, no. 4, pp. 316-23.

Kiefer, I, Rieder, A, Rathmanner, T, Meidlinger, B, Baritsch, C, Lawrence, K, Dorner, T & Kunze, M 2006, *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006: Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene*, viewed 24. March 2021, <<https://docplayer.org/3798699-Erster-oesterreichischer-adipositasbericht-2006-grundlage-fuer-zukuenftige-handlungsfelder-kinder-jugendliche-erwachsene.html>>.

Kottner, J, Gefen, A & Lahmann, N 2011, 'Weight and pressure ulcer occurrence: a secondary data analysis', *Int J Nurs Stud*, vol. 48, no. 11, pp. 1339-48.

Lehnert, T, Konnopka, A, Riedler-Heller, SG & König, H-H 2012, 'Epidemiologische und gesundheitsökonomische Aspekte', in K Lewandowski & T Bein (eds), *Adipositas - Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Levac, D, Colquhoun, H & O'Brien, KK 2010, 'Scoping studies: advancing the methodology', *Implement Sci*, vol. 5, no. 69, pp.1-9.

Lockwood, C, Munn, Z & Porritt, K 2015, 'Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation', *Int J Evid Based Healthc*, vol. 13, no. 3, pp. 179-87.

Lohmer, E & Ulbrich, V 2013, *Pflege und Betreuung adipöser Patienten*, Kohlhammer, Stuttgart.

Lohrmann, C, Eglseer, D & Hödl, M 2018, *Pflegequalitätserhebung 2.0 14. November 2019*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, Österreich.

McClellan, K, Cross, M & Reed, S 2021, 'Risks to Healthcare Organizations and Staff Who Manage Obese (Bariatric) Patients and Use of Obesity Data to Mitigate Risks: A Literature Review', *J Multidiscip Healthc*, vol. 14, pp. 577-88.

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, DG 2009, 'Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement', *PLoS Med*, vol. 6, no. 7, p. e1000097.

Moola, S, Munn, Z, Tufanaru, C, Aromataris, E, Sears, K, Sfetcu, R, Currie, M, Qureshi, R, Mattis, P, Lisy, K & Mu, P-F 2020, *Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk*, JBI, viewed 26. April 2021, <<https://synthesismanual.jbi.global>>.

Muir, M, Heese, GA, McLean, D, Bodnar, S & Rock, BL 2007, 'Handling of the bariatric patient in critical care: a case study of lessons learned', *Crit Care Nurs Clin North Am*, vol. 19, no. 2, pp. 223-40.

Munn, Z, Moola, S, Lisy, K, Riitano, D & Tufanaru, C 2015, 'Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and incidence data', *Int J Evid Based Healthc*, vol. 13, no. 3, pp. 147-53.

Ness, SJ, Hickling, DF, Bell, JJ & Collins, PF 2018, 'The pressures of obesity: The relationship between obesity, malnutrition and pressure injuries in hospital inpatients', *Clin Nutr*, vol. 37, no. 5, pp. 1569-74.

OECD 2019, *Weniger Übergewicht stärkt Wirtschaft und Gesellschaft*, viewed 15. March 2021, <<https://www.oecd.org/berlin/presse/weniger-uebergewicht-staerkt-wirtschaft-und-gesellschaft-10102019.htm>>.

Patel, JJ, Rosenthal, MD, Miller, KR, Codner, P, Kiraly, L & Martindale, RG 2016, 'The Critical Care Obesity Paradox and Implications for Nutrition Support', *Curr Gastroenterol Rep*, vol. 18, no. 9, p. 1-8.

Peters, MDJ, Godfrey, C, McInerney, P, Munn, Z, Tricco, AC & Khalil, H 2020, *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)*, JBI, viewed 26. April 2021, <<https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>>.

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 10th edn, Wolters Kluwer, Philadelphia.

Poon, MY & Tarrant, M 2009, 'Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses', *J Clin Nurs*, vol. 18, no. 16, pp. 2355-65.

Rappold, E & Juraszovich, B 2019, *Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich*, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien.

Robstad, N, Söderhamn, U & Fegran, L 2018, 'Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study', *J Clin Nurs*, vol. 27, no. 1-2, pp. 386-95.

Shea, MJ & Gangon, M 2015, 'Working With Patients Living With Obesity in the Intensive Care Unit: A Study of Nurses' Experience', *Advances in Nursing Science*, vol. 38, no. 3, pp. E17-E37.

Shipman, AR & Millington, GW 2011, 'Obesity and the skin', *Br J Dermatol*, vol. 165, no. 4, pp. 743-50.

Smigelski-Theiss, R, Gampong, M & Kurasaki, J 2017, 'Weight Bias and Psychosocial Implications for Acute Care of Patients With Obesity', *AACN Adv Crit Care*, vol. 28, no. 3, pp. 254-62.

Statistik Austria 2020, *Body Mass Index (BMI)*, viewed 11. March 2021, <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/bmi_body_mass_index/index.html>.

Stewig, F, Schuchter, P, Domittner, B & Breyer, B 2013, *Pflege-Ergebnisqualität Bundesministeriums für Gesundheit*, viewed 06. May 2021, <<https://jasmin.goeg.at/214/1/Pflege-Ergebnisqualit%C3%A4t.pdf>>.

Stork, C 2012, 'Adipositasmanagement in der Klinik – Planung, Analyse, Umsetzung', in K Lewandowski & T Bein (eds), *Adipositas – Management in Anästhesie, Chirurgie und Notfallmedizin*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

The Cochrane Collaboration 2021, *Literaturbewertung*, viewed 22. May 2021, <<https://www.cochrane.de/de/literaturbewertung>>.

Twaij, A, Sodergren, MH, Pucher, PH, Batrick, N & Purkayastha, S 2013, 'A growing problem: implications of obesity on the provision of trauma care', *Obes Surg*, vol. 23, no. 12, pp. 2113-20.

VanGilder, C, MacFarlane, G, Meyer, S & Lachenbruch, C 2009, 'Body mass index, weight, and pressure ulcer prevalence: an analysis of the 2006-2007 International Pressure Ulcer Prevalence Surveys', *J Nurs Care Qual*, vol. 24, no. 2, pp. 127-35.

Von Elm, E, Schreiber, G & Haupt, CC 2019, 'Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie)', *ZEFQ*, vol. 143, pp. 1-7.

Wirth, A 2013, 'Sozialmedizinische Aspekte', in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik*, 4th edn, Springer, Berlin.

Wirth, A, Hauner, H, Roden, K, Parhofer, K, May, M, Engeli, S, Jordan, J, Schulz, R, Schneider, KTM, Grote, VA, Teucher, B & Kaaks, R 2013, 'Komorbiditäten', in H Hauner & A Wirth (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgeerkrankungen, Diagnostik*, 4th edn, Springer, Berlin.

World Health Organization (WHO) 2017, *Prevalence of obesity among adults, BMI >=30 (age-standardized estimate) (%)*, viewed 11. March 2021, <[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-=-30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi-=-30-(age-standardized-estimate)-(-))>.

World Health Organization (WHO) 2021a, *Body Mass Index – BMI*, viewed 11. March 2021, <<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>>.

World Health Organization (WHO) 2021b, *Obesity*, viewed 08. March 2021, <https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1>.

World Health Organization (WHO) 2021c, *Obesity and overweight*, viewed 11. March 2021, <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>.

7 Anhang

Im Anschluss sind die detaillierten Suchstrategien (Tab.6) und Details zur Studienqualitätsbewertung (Tab.7, Tab.8, Tab.9, Tab.10, Tab.11, Tab.12, Tab.13, Tab.14, Tab.15, Tab.16, Tab.17, Tab.18, Tab.19, Tab.20, Tab.21, Tab.22, Tab.23) ersichtlich.

7.1 Details zu den Suchstrategien

Tabelle 6 Suchstrategien je Datenbank

Datenbank	Suchstrategie	Limitationen Treffer
PubMed	((("Obesity"[Mesh]) OR ("Adiposity"[Mesh]) OR (obesity[Title/Abstract]) OR (adiposity[Title/Abstract])) AND ((("Hospitals"[Mesh]) OR hospital* OR clinic* OR inpatient* OR patient*) AND (challenge* OR problem* OR issue* OR "nursing care problem*" OR "nursing care challenge*") AND ((("Nursing"[Mesh]) OR ("Nurses"[Mesh]) OR (nurs*[Title/Abstract]) OR (care*[Title/Abstract]) OR (caring[Title/Abstract]))) NOT (pregnancy OR ("Pregnancy"[Mesh])))	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachen: Deutsch und Englisch • Species: Humans • Titel und Abstract <p>3.240 Ergebnisse</p>
CINAHL	((MH "Obesity") OR obesity OR adiposity) AND ((MH "Hospitals") OR hospital* OR clinic* OR patient* OR inpatient*) AND (challenge* OR problem* OR issue* OR "nursing care problem*" OR "nursing care challenge*") AND ((MH "Nurses") OR nurs* OR care* OR caring) NOT (pregnancy OR (MH "Pregnancy"))	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachen: Deutsch und Englisch • Species: Human <p>1.072 Ergebnisse</p>
ISI Web of Knowledge: Datenbankportal	AB=(obesity OR adiposity) AND TS=(hospital* OR clinic* OR patient* OR inpatient*) AND TS=(challenge* OR problem* OR issue* OR "nursing care problem*" OR "nursing care challenge*") AND AB=(nurs* OR care* OR caring) NOT TS=(pregnancy)	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachen: Deutsch und Englisch • Abstract <p>3.529 Ergebnisse</p>

Cochrane Central Register of Controlled Trials über Ovid	(obesity OR adiposity) AND (hospital* OR clinic* OR patient* OR inpatient*) AND (challenge* OR problem* OR issue* OR "nursing care problem*" OR "nursing care challenge*") AND (nurs* OR care* OR caring) NOT (pregnancy)	<ul style="list-style-type: none"> Species: Humans 234 Ergebnisse
Cochrane Database Systematic Reviews über Ovid	(obesity OR adiposity) AND (hospital* OR clinic* OR patient* OR inpatient*) AND (challenge* OR problem* OR issue* OR "nursing care problem*" OR "nursing care challenge*") AND (nurs* OR care* OR caring) NOT (pregnancy)	580 Ergebnisse
Google Scholar	(obesity OR adiposity) AND (hospital* OR clinic* OR patient* OR inpatient*) AND (challenge* OR problem* OR issue* OR "nursing care problem*" OR "nursing care challenge*") AND (nurs* OR care* OR caring)	Ersten 150 Treffer

7.2 Details zur Studienqualitätsbewertung

Tabelle 7 Qualitätsbewertung Beitz (2015)

CHECKLIST FOR CASE REPORTS (JBI 2020a) (Beitz 2015)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	X			
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	X			
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X			
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?			X	
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X			
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X			
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X			
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X			

Tabelle 8 Qualitätsbewertung Broome et al. (2015)

CHECKLIST FOR CASE REPORTS (JBI 2020a) (Broome et al. 2015)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	X			
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	X			
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X			
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?			X	
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X			
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X			
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X			
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X			

Tabelle 9 Qualitätsbewertung Gallagher, Shaver und Cole (2007)

CHECKLIST FOR CASE REPORTS (JBI 2020a) (Gallagher, Shaver & Cole 2007)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	X			
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?			X	
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X			
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?			X	
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X			
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X			
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X			
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X			

Tabelle 10 Qualitätsbewertung Muir et al. (2007)

CHECKLIST FOR CASE REPORTS (JBI 2020a) (Muir et al. 2007)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were patient's demographic characteristics clearly described?	X			
2. Was the patient's history clearly described and presented as a timeline?	X			
3. Was the current clinical condition of the patient on presentation clearly described?	X			
4. Were diagnostic tests or assessment methods and the results clearly described?			X	
5. Was the intervention(s) or treatment procedure(s) clearly described?	X			
6. Was the post-intervention clinical condition clearly described?	X			
7. Were adverse events (harms) or unanticipated events identified and described?	X			
8. Does the case report provide takeaway lessons?	X			

Tabelle 11 Qualitätsbewertung Boza et al. (2012)

CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA (JBI 2020c) (Boza et al. 2012)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X			
2. Were study participants sampled in an appropriate way?			X	
3. Was the sample size adequate?	X			
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X			
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X			
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X			
8. Was there appropriate statistical analysis?	X			
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X			

Tabelle 12 Qualitätsbewertung Foroozesh et al. (2017)

CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA (JBI 2020c) (Foroozesh et al. 2017)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X			
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X			
3. Was the sample size adequate?			X	
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X			
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X			
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X			
8. Was there appropriate statistical analysis?	X			
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X			

Tabelle 13 Qualitätsbewertung Großschädl und Bauer (2020)

CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA (JBI 2020c) (Großschädl & Bauer 2020)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?			X	
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X			
3. Was the sample size adequate?	X			
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X			
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X			
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X			
8. Was there appropriate statistical analysis?	X			
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X			

Tabelle 14 Qualitätsbewertung Kam und Taylor (2010)

CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA (JBI 2020c) (Kam & Taylor 2010)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X			
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X			
3. Was the sample size adequate?	X			
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X			
6. Were valid methods used for the identification of the condition?			X	
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?			X	
8. Was there appropriate statistical analysis?	X			
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X			

Tabelle 15 Qualitätsbewertung Ness et al. (2018)

CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA (JBI 2020c) (Ness et al. 2018)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X			
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X			
3. Was the sample size adequate?			X	
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X			
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X			
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X			
8. Was there appropriate statistical analysis?	X			
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X			

Tabelle 16 Qualitätsbewertung Drake et al. (2005)

CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH (JBI 2020d) (Drake et al. 2005)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?			X	
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Tabelle 17 Qualitätsbewertung Hales, Coombs und de Vries (2018)

CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH (JBI 2020d) (Hales, Coombs & de Vries 2018)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Tabelle 18 Qualitätsbewertung Hales, de Vries und Coombs (2016)

CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH (JBI 2020d) (Hales, de Vries & Coombs 2016)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Tabelle 19 Qualitätsbewertung Robstad, Söderhamn und Fegran (2018)

CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH (JBI 2020d) (Robstad, Söderhamn & Fegran 2018)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?			X	
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Tabelle 20 Qualitätsbewertung Shea und Gangon (2015)

CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH (JBI 2020d) (Shea & Gangon 2015)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?		X		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Tabelle 21 Qualitätsbewertung Compher et al. (2007)

CHECKLIST FOR COHORT STUDIES (JBI 2020b) (Compher et al. 2007)	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	X			
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	X			
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?		X		
4. Were confounding factors identified?	X			
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	X			
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?			X	
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?		X		
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	X			
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?			X	
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?			X	
11. Was appropriate statistical analysis used?	X			

Tabelle 22 Qualitätsbewertung McClean, Cross und Reed (2021)

**SANRA (Baethge, Goldbeck-Wood & Mertens 2019)
(McClean, Cross & Reed 2021)**

1) Justification of the article's importance for the readership		
<i>The importance is not justified.</i>	0	2
<i>The importance is alluded to, but not explicitly justified.</i>	1	
<i>The importance is explicitly justified.</i>	2	
2) Statement of concrete aims or formulation of questions		
<i>No aims or questions are formulated</i>	0	2
<i>Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions.</i>	1	
<i>One or more concrete aims or questions are formulated.</i>	2	
3) Description of the literature search		
<i>The search strategy is not presented</i>	0	2
<i>The literature search is described briefly.</i>	1	
<i>The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria.</i>	2	
4) Referencing		
<i>Key statements are not supported by references.</i>	0	2
<i>The referencing of key statements is inconsistent.</i>	1	
<i>Key statements are supported by references.</i>	2	
5) Scientific reasoning (e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)		
<i>The article's point is not based on appropriate arguments.</i>	0	2
<i>Appropriate evidence is introduced selectively.</i>	1	
<i>Appropriate evidence is generally present.</i>	2	
6) Appropriate presentation of data (e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)		
<i>Data are presented inadequately.</i>	0	2
<i>Data are often not presented in the most appropriate way.</i>	1	
<i>Relevant outcome data are generally presented appropriately.</i>	2	
Sumscore		12/12

Tabelle 23 Qualitätsbewertung Twajj et al. (2013)

**SANRA (Baethge, Goldbeck-Wood & Mertens 2019)
(Twajj et al. 2013)**

1) Justification of the article's importance for the readership		
<i>The importance is not justified.</i>	0	1
<i>The importance is alluded to, but not explicitly justified.</i>	1	
<i>The importance is explicitly justified.</i>	2	
2) Statement of concrete aims or formulation of questions		
<i>No aims or questions are formulated</i>	0	2
<i>Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions.</i>	1	
<i>One or more concrete aims or questions are formulated.</i>	2	
3) Description of the literature search		
<i>The search strategy is not presented</i>	0	2
<i>The literature search is described briefly.</i>	1	
<i>The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria.</i>	2	
4) Referencing		
<i>Key statements are not supported by references.</i>	0	2
<i>The referencing of key statements is inconsistent.</i>	1	
<i>Key statements are supported by references.</i>	2	
5) Scientific reasoning (e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)		
<i>The article's point is not based on appropriate arguments.</i>	0	2
<i>Appropriate evidence is introduced selectively.</i>	1	
<i>Appropriate evidence is generally present.</i>	2	
6) Appropriate presentation of data (e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)		
<i>Data are presented inadequately.</i>	0	2
<i>Data are often not presented in the most appropriate way.</i>	1	
<i>Relevant outcome data are generally presented appropriately.</i>	2	
Sumscore		11/12