

Masterarbeit

**Adipositas bei erwachsenen österreichischen
Krankenhauspatient*innen zwischen 2016 und 2022
– eine Sekundärdatenanalyse**

eingereicht von

Sarah Maria Klug, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Univ.-Ass.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Silvia Bauer, BSc MSc

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Graz am 04.09.2023

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 04.09.2023

Sarah Maria Klug, eh.

Danksagungen

Einen besonderen Dank möchte ich Univ.-Ass.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Silvia Bauer, BSc MSc und Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann für die Begleitung meiner Masterarbeit aussprechen. Diese haben mich stets mit konstruktivem Feedback und Anregungen bei der Erstellung meiner Masterarbeit unterstützt.

Meinem Partner, Thomas, gilt jedoch der größte Dank. Dieser ist schon seit vielen Jahren an meiner Seite, hat mir stets Mut zugesprochen, an mich geglaubt und mich immer wieder bestärkt.

Meiner Freundin Franziska möchte ich ebenfalls danken, diese war in den Jahren des Studiums mein Anker und zusammen mit ihr erschien mir alles möglich zu sein. Ein weiterer Dank geht an meine Freundinnen Christine und Alina, die mich mit ihren fundierten Kenntnissen bei der Korrektur meiner Masterarbeit unterstützt haben.

Meinen Chefs Werner und Bernhard möchte ich ebenfalls für ihre Unterstützung im Rahmen des Studiums danken. In der aktuellen Lage der pflegerischen Versorgung ist es etwas Besonderes, die Möglichkeit eines Masterstudiums und zusätzlich Unterstützung von Seiten der Station zu erhalten.

Darüber hinaus möchte ich meiner Mama Gudrun, meinen Omas Erika und Maria, meinen Brüdern Andreas und Alexander, sowie meinem Onkel Franz und Tante Anna für ihre Unterstützung danken. Ihr habt mich von klein auf stets bestärkt mein Bestes zu geben und immer an mich geglaubt.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Prävalenz von Adipositas steigt weltweit an. In den letzten Jahrzehnten ist die Prävalenz von Adipositas auch in Österreich gewachsen. Adipositas hat zahlreiche Folgen für Patient*innen, in Form von Erkrankungen und Risiken. Zudem hat Adipositas Einfluss auf den Gesundheitsbereich zum Beispiel durch erhöhte Kosten bei stationären Aufenthalten und Herausforderungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Aus diesen Gründen ist es wichtig, die Prävalenz von Adipositas bei österreichischen Krankenhauspatient*innen über mehrere Jahre hinweg zu analysieren, sowie demographische Variablen, Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit in Bezug auf Adipositas zu beschreiben. So kann gezeigt werden, ob sich die Prävalenz von Adipositas verändert hat und welche Personen gehäuft von Adipositas betroffen sind.

Methode: Es wurde eine Sekundärdatenanalyse mit Daten der Pflegequalitätserhebung 2.0 zur Beantwortung der Forschungsfragen durchgeführt. Die Pflegequalitätserhebung 2.0 ist eine jährlich wiederholte Querschnittserhebung, die an bestimmten Tagen pro Jahr durchgeführt wird. Alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich wie Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen können teilnehmen. In die Analyse wurden Daten teilnehmender österreichischer Krankenhauspatient*innen der Jahre 2016, 2017, 2018, 2019, 2021, 2022 inkludiert.

Ergebnisse: Insgesamt wurden Daten von 14.586 Teilnehmer*innen analysiert. Die Prävalenz von Adipositas lag bei 20,7% (2022) bis 23,1% (2016). Die Unterschiede zwischen den Jahren 2016-2022 waren mit $p=0,405$ nicht signifikant. Die Prävalenz von Adipositas war bei Frauen zwischen 21,3% (2021) und 24,8% (2016) und bei Männern zwischen 19,4% (2022) und 22,2% (2017). Es waren mehr Personen unter 65 Jahren von Adipositas betroffen als Personen über 65 Jahren. Adipöse Personen hatten häufiger Herz-Kreislauf, urogenitale, und endokrine Erkrankungen. Adipöse Patient*innen waren weniger pflegeabhängig als nicht adipöse Patient*innen.

Schlussfolgerung: Es gab keine signifikanten Unterschiede der Prävalenz von Adipositas zwischen den Jahren. Die Werte betragen um 20%. Es gab Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht, Altersgruppen, Krankheiten und Pflegeabhängigkeit.

Die Ergebnisse dieser Datenanalyse können zu einer besseren Sensibilisierung des interprofessionellen Teams bezüglich Adipositas beitragen. Durch die Anwendung dieses Wissens in der täglichen Praxis kann die Patient*innenversorgung verbessert werden, zum Beispiel durch eine frühzeitige Erkennung von Risikogruppen und angepasste Beratungen dieser durch das interprofessionelle Team.

Abstract

Background: The prevalence of obesity is increasing worldwide. In recent decades, the prevalence of obesity has also increased in Austria. Obesity has numerous consequences for patients in form of diseases and risks. In addition, obesity has an impact on the health sector, for example through increased costs for inpatient stays and challenges in medical and nursing care. For these reasons, it is important to analyse the prevalence of obesity in Austrian hospital patients over several years and to describe demographic variables, diseases and care dependency in relation to obesity. In this way, it can be shown whether the prevalence of obesity has changed and which persons are affected by obesity more frequently.

Methods: A secondary data analysis was conducted with data from the Nursing Quality Measurement 2.0 to answer the research questions. The Nursing Quality Measurement 2.0 is an annually repeated cross-sectional survey conducted on specific days per year. All health care facilities in Austria such as hospitals, nursing homes and rehabilitation facilities can participate. Data from participating Austrian hospital patients of the years 2016, 2017, 2018, 2019, 2021, 2022 were included in the analysis.

Results: In total, data from 14,586 participants were analysed. The prevalence of obesity ranged from 20.7% (2022) to 23.1% (2016). The differences between years 2016-2022 were not significant at $p=0.405$. The prevalence of obesity was between 21.3% (2021) and 24.8% (2016) in women and between 19.4% (2022) and 22.2% (2017) in men. More people under 65 years of age were affected by obesity than people over 65 years. Obese people were more likely to have cardiovascular, urogenital and endocrine diseases. Obese patients were less care dependent than non-obese patients.

Conclusion: There were no significant differences in the prevalence of obesity between years. The values were around 20%. There were differences in sex, age groups, diseases and care dependency. The results of this data analysis can contribute to a better awareness of the interprofessional team regarding obesity. By applying this knowledge in daily practice, patient care can be improved for example

through an early identification of risk groups and tailored consultations by the interprofessional team.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Danksagungen	III
Zusammenfassung	IV
Abstract	VI
Abkürzungsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis.....	XI
Tabellenverzeichnis.....	XI
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Definition von Adipositas	3
1.2.1 Adipositas Ursachen und Einflussfaktoren.....	3
1.3 Folgen von Adipositas	6
1.4 Relevanz von Adipositas in der institutionellen Versorgung.....	9
1.4.1 Folgen von Adipositas in der interprofessionellen Praxis des Gesundheitsbereichs	10
1.5 Forschungslücke und Forschungsfragen	12
2 Methode	13
2.1 Design.....	13
2.2 Ethikvotum	14
2.3 Datenerhebung	14
2.4 Variablen.....	15
2.5 Teilnehmer*innen.....	16
2.6 Datenanalyse	17
3 Ergebnisse	18
3.1 Stichprobe	18

3.1.1 Teilnahme/Nichtteilnahme an der Studie	19
3.1.2 Charakteristika der Teilnehmer*innen.....	20
3.1.3 Verteilung der unterschiedlichen BMI-Gruppen zwischen 2016 und 2022	25
3.2 Prävalenz von Adipositas zwischen 2016 und 2022	26
3.3 Demographische Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen zwischen 2016 und 2022	27
3.3.1 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach Geschlecht zwischen 2016 und 2022	27
3.3.2 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach Altersgruppen (<65 und ≥65 Jahre) zwischen 2016 und 2022.....	28
3.3.3 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach medizinischen Diagnosen zwischen 2016 und 2022	29
3.3.4 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach der Pflegeabhängigkeit zwischen 2016 und 2022.....	31
4 Diskussion	33
4.1 Stärken und Limitationen	44
4.2 Empfehlungen für die Praxis	45
4.3 Empfehlungen für die Forschung	46
5 Schlussfolgerung.....	46
6 Referenzliste	48
7 Anhang.....	62

Abkürzungsverzeichnis

BMI= Body-Mass-Index

CDS= Care Dependency Scale

COVID-19= Infektionskrankheit ausgelöst durch Coronavirus SARS-CoV-2, 2019
erstmals beschrieben

DXA= Dual Energy X-ray Absorptiometry

NAS= Nursing Activity Score

OR= Odds Ratio

PAS= Pflegeabhängigkeitsskala

PCOS= Polyzystischen Ovar-Syndroms

SD= Standardabweichung

SÖS= Sozioökonomischer Status

WHR= Waist-To-Hip-Ratio

WHO= World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gründe für Nichtteilnahme an der Studie	19
Abbildung 2: Prävalenz von Adipositas zwischen 2016-2022	25
Abbildung 3: Prävalenz von Adipositas 2016-2022	26
Abbildung 4: Prävalenz von Adipositas getrennt nach Geschlecht.....	27
Abbildung 5: Prävalenz von Adipositas getrennt nach Altersgruppen	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grade von Adipositas	3
Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe	21
Tabelle 3: Pflegeabhängigkeit zwischen 2016 und 2022.....	24
Tabelle 4: Unterschied zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen in Bezug auf die fünf häufigsten Erkrankungen.....	30
Tabelle 5: Unterschied zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit.....	32

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Adipositas wird laut der World Health Organisation (WHO) als Pandemie bezeichnet. 2016 waren 1,9 Milliarden der über 18-jährigen Menschen übergewichtig und 650 Millionen Menschen litten an Adipositas (World Health Organisation, 2021). Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt weltweit. Seit 1975 hat sich die Anzahl an übergewichtigen Personen annähernd verdreifacht (NCD-RisC., 2017, World Health Organisation, 2021). Infolge der Zunahme an Übergewicht und Adipositas zeigt sich, dass die meisten Personen auf der Welt in Ländern leben, in denen mehr Menschen an den Folgen von Übergewicht und Adipositas sterben als an Untergewicht (World Health Organisation, 2021).

Die höchste Prävalenz von Adipositas bei Erwachsenen liegt weltweit in den USA (23,2%) vor, gefolgt von Mexiko (18,4%). In der Region des europäischen Kontinents gibt es, nach den amerikanischen Kontinenten, die höchste Prävalenz von Adipositas und Übergewicht bei Erwachsenen (Boutari & Mantzoros, 2022). 60% der Erwachsenen und jedes dritte Kind in Europa leiden an Übergewicht oder Adipositas. Besonders die mediterranen (z.B. Malta, Griechenland und Spanien) und osteuropäischen Länder (z.B. Ungarn, Kroatien, Tschechien) haben eine hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (World Health Organisation, 2022).

In Europa zeigte sich in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme des Anteils von Personen mit Adipositas in der Bevölkerung. So erhöhte sich die Prävalenz von Adipositas von 1980 mit 6,8% auf 22,4% im Jahr 2019 (Boutari & Mantzoros, 2022). Studien aus dem asiatischen Raum zeigen, dass in den letzten Jahren, und besonders während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten und 2019 erstmals beschriebenen Pandemie (COVID-19-Pandemie), die Prävalenz von Adipositas weiter zugenommen hat (Akter et al., 2022, Yang et al., 2022). Zudem kam es während der COVID-19-Pandemie zu einer allgemeinen Zunahme des Körpergewichts (Auny et al., 2021, Commers et al., 2023).

Bezüglich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei Adipositas zeigte sich in Europa, dass Frauen (24%) mehr von Übergewicht und Adipositas betroffen sind

als Männer (22%). Dies gilt jedoch nicht für alle Länder. Konträre Beispiele wären hierbei: Dänemark, Norwegen, Finnland, Schweden, Island, Belgien, die Schweiz und Österreich (World Health Organisation, 2022). Eine andere Studie, in welcher Daten von 42 Jahren analysiert wurden, dass die globale, standardisierte Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zwischen fünf und neunzehn Jahren anstieg. So stieg die Prävalenz von Adipositas bei Mädchen von 0,7% 1975 auf 5,6% im Jahr 2016 und bei Jungen von 0,9 % 1975 auf 7,8 % im Jahr 2016. Zu den Ländern mit der höchsten Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zählten 2016 mit über 30%: Nauru, die Cookinseln, Palau, Niue und Amerikanisch-Samoa. Ebenfalls stark von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen betroffen sind die Regionen Polynesien, Mikronesien, der Nahe Osten, Nordafrika, die Karibik und die USA mit einem Anteil von 20 % oder mehr (NCD-RisC., 2017).

In Bezug auf Österreich zeigen mehrere Studien, dass die Anzahl an übergewichtigen und adipösen Personen in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat (Burkert et al., 2013a, Burkert et al., 2013b, Großschädl & Stronegger, 2012, Großschädl & Stronegger, 2013, Großschädl & Stronegger, 2021). Eine altersstandardisierte Berechnung der Statistik Austria zeigt, dass österreichische Männer und Frauen 2019 zu 50,1% normalgewichtig waren, aber zu 32,6% übergewichtig und zu 14,4% adipös. Wenn man die Geschlechter einzeln betrachtet, wird ersichtlich, dass bei Männern die Zunahme an Übergewicht und Adipositas im Zeitverlauf stärker ausgeprägt ist als bei Frauen. Zudem lässt sich erkennen, dass mit steigendem Alter auch die Anzahl an übergewichtigen und adipösen Personen steigt. Vor allem die Altersgruppe zwischen 60 und 74 Jahren und über 75 Jahren ist besonders von Übergewicht und Adipositas betroffen. 2019 waren österreichische Frauen zwischen 60 und 74 Jahren zu 34,4% übergewichtig und zu 24% adipös. Bei Männern war der Anteil höher. So waren 2019 50,4% der 60-74-Jährigen übergewichtig und 23,7% adipös (Statistik Austria, 2020).

1.2 Definition von Adipositas

Um Adipositas mit anderen Gewichtskategorien vergleichen zu können, ist es notwendig diese zu definieren. Diese werden anhand des Body-Mass-Index (BMI) der Personen festgelegt (World Health Organisation, 2021). Unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ wird Untergewicht definiert. BMI-Werte von $18,5 \text{ kg/m}^2$ bis $24,9 \text{ kg/m}^2$ werden als Normalgewicht bezeichnet. Übergewicht wird definiert als ein BMI größer/gleich 25 kg/m^2 . Ab 30 kg/m^2 wird in der Literatur von Adipositas gesprochen. Es gibt drei Grade von Adipositas, die sich je nach BMI unterscheiden:

Tabelle 1: Grade von Adipositas

Grad 1	Grad 2	Grad 3
BMI $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$	BMI $35\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$	BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$

(World Health Organisation, 2023)

1.2.1 Adipositas Ursachen und Einflussfaktoren

Laut der WHO sind ein gesteigerter Verzehr von energiereichen, fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln, sowie die Abnahme der körperlichen Aktivität durch vermehrt sitzende Tätigkeiten, Veränderung des Transportsystems und zunehmende Urbanisierung, die Ursachen für die Zunahme von Übergewicht und Adipositas (World Health Organisation, 2021).

Safaei et al. beschrieben in ihrem systematischen Review von 2021, welche Faktoren zu Übergewicht und Adipositas führen. Insgesamt definierten sie unterschiedliche Faktoren in neun übergeordnete Gruppen:

1. Individuelle Verhaltensfaktoren

(z.B. aktuelle Essgewohnheiten von rotem Fleisch, (exzessive) Trinkgewohnheiten von Alkohol)

2. Soziale Faktoren

(z.B. Einflüsse durch Familie oder dem direkten Umfeld)

3. Lebensstil/Verhaltensweisen

(z.B. Essgewohnheiten und Ausmaß der Kalorienaufnahme, Ausmaß der körperlichen Aktivität)

4. Psychologische Faktoren

(z.B. aktuelle oder vergangene psychische Erkrankungen)

5. Sozioökonomische Faktoren

(z.B. Einkommen und Bildung)

6. Biologische Faktoren

(z.B. genetische Einflüsse auf Adipositas, Menopause)

7. Umweltbedingte Faktoren

(z.B. familiäres Umfeld, umgebende Gesellschaft und Kultur)

8. Gesundheitsfaktoren

(z.B. Einschätzung der subjektiven Gesundheit)

9. Soziodemographische Faktoren

(z.B. Alter, ethnische Zugehörigkeit)

(Safaei et al., 2021)

Zudem gibt es weitere Einflussfaktoren, die begünstigend auf Übergewicht und Adipositas wirken. Österreichische Studien zeigen dazu, dass Personen mit niedrigerem Bildungsniveau häufiger übergewichtig und adipös sind als Personen mit hohem Bildungsniveau (Großschädl & Stronegger, 2012, Großschädl & Stronegger, 2019, Yang et al., 2021). Ein weiterer Einfluss auf Übergewicht und Adipositas ist der Sozioökonomische Status (SÖS). Personen mit geringerem sozioökonomischem Status sind zu einem höheren Anteil von Übergewicht und Adipositas betroffen (Burkert et al., 2013a, Burkert et al., 2013b). Ein weiterer Risikofaktor für Adipositas ist Rauchen. Eine Studie mit österreichischen jungen Männern zwischen 17 und 18 Jahren zeigte in einer multivariaten Analyse Vergleiche in Bezug auf Adipositas, Rauchstatus und Bildungsniveau zwischen 1991 und 2017, in Zeiträumen von vier Jahren. Junge Männer mit hohem Bildungsniveau, die rauchten, hatten ein höheres (Odds Ratio (OR): 3,09) adipös zu sein, als jene die nicht rauchten (OR: 2,77). Dies war umgekehrt bei jungen Männern mit niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau (Raucher OR: 2,94, Nichtraucher OR: 3,10) (Yang et al., 2021). In Österreich gibt es zudem Unterschiede unter den verschiedenen Regionen des Landes. So herrscht ein Ost-West Gefälle vor. Zu den westlichen Bundesländern zählen: Vorarlberg, Tirol und Salzburg. Oberösterreich, Steiermark, Kärnten zählen zu den zentralen Bundesländern und Niederösterreich, Wien und Burgenland zählen zu den östlichen

Bundesländern. Personen im östlichen Teil des Landes sind zu einem höheren Prozentanteil übergewichtig als Personen im Westen. 2014 waren 16,9% der Frauen in Ostösterreich und 18,2% der Männer in Ostösterreich adipös. Der Durchschnitt lag bei 14,6% bei den Frauen und 16,8% bei den Männern. In Westösterreich waren im Vergleich dazu, nur 10,5% der Frauen und 12,1% der Männer adipös (Großschädl & Stronegger, 2021).

Mit höherem Lebensalter, steigt auch die Prävalenz von Adipositas an. Gründe dafür sind unter anderem, das Ansteigen der viszeralen und abdominellen Adipositas, welche unter anderem mit Insulinresistenz und dem metabolischen Syndrom einhergeht. Die viszerale Adipositas wird durch Hormon über- bzw. Unterproduktionen (z.B. von Adiponektin und Leptin), sowie der Abnahme von Magermasse (Körpermasse minus Speicherfett) bedingt (Jura & Kozak, 2016). Personen zwischen 55 und 74 Jahren hatten bei einer österreichischen Längsschnittstudie die höchste Prävalenz von Adipositas. 2014 lag hier der Anteil von Adipositas in dieser Altersgruppe bei 24,1% bei den Frauen und bei 24,6% bei den Männern. 2007 waren im Vergleich dazu, Frauen zwischen 55 und 74 Jahren zu 26,5% und Männer zu 22,8% übergewichtig. Somit stieg der Anteil bei den Männern an, während er bei den Frauen leicht zurückging (Großschädl & Stronegger, 2019). Eine Ursache für den hohen Anteil von Adipositas bei der Altersgruppe zwischen 55 und 74 Jahren ist das Phänomen der „sarcopenic obesity“. Bei dieser besonderen Form der Sarkopenie, die mit Adipositas und einem höheren Lebensalter einhergeht kommt es durch altersbedingte Veränderungsprozesse (hormonelle, entzündliche und myozelluläre Mechanismen) zu einem Muskelabbau und vermehrter Fetteinlagerung (Batsis & Villareal, 2018).

Adipositas hat unterschiedliche Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. Es werden sowohl Maßnahmen des interprofessionellen Teams als auch unterschiedliche Krankheitsbilder davon beeinflusst. Diese Auswirkungen in Form von Erkrankungen werden im folgenden Absatz genauer erläutert.

1.3 Folgen von Adipositas

Die Folgen von Adipositas sind komplex. Grundsätzlich lassen sich die Arten der Folgen laut Safaei et al. in ihrer 2021 veröffentlichten Studie in 17 übergeordnete Krankheitsgruppen ordnen. Im Anschluss werden diese Gruppen mit einigen Beispielen für die jeweiligen Krankheitstypen verknüpft:

1. Neurodegenerative Erkrankungen

2. Kardiovaskuläre Erkrankungen

Adipositas im Kindes- und Jugendalter steigert das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Suri et al., 2021). So erhöht sich dadurch das Risiko z.B. für Bluthochdruck, nicht-alkoholische Fettleber, Dyslipidämie, Kardiomyopathie, Herzinsuffizienz, kardiovaskuläre Mortalität und Gesamtmortalität im Erwachsenenalter (Bendor et al., 2020). Zudem wird durch Adipositas das Risiko für Vorhofflimmern und Schlaganfälle erhöht (Ardissino et al., 2022, Yuan et al., 2022).

3. Muskuloskelettale Erkrankungen

Durch Adipositas kommt es zu einem vermehrten Auftreten von Muskel- und Skeletterkrankungen, z.B. Schmerzen im unteren Rückenbereich und den Knien (Peiris et al., 2021).

4. Karzinome

Adipositas steigert das Risiko für bösartige Neubildungen, z.B. für kolorektale Karzinome (Lei et al., 2021, O'Sullivan et al., 2022, Li et al., 2021), primäre Leberkarzinome (Sohn et al., 2021) und Schilddrüsenkarzinome (Youssef et al., 2021). Das Risiko für Nebenwirkungen der Chemotherapie (Guzman-Prado et al., 2021), aggressivere Subtypen (Torres-de la Roche et al., 2020), die Gesamtmortalität und Rezidive werden durch Adipositas erhöht (Kokts-Porietis et al., 2021, Sohn et al., 2021). Bei Kindern und Jugendlichen, führt Adipositas zu einem erhöhten Risiko für Ovarialkarzinome (Ding et al., 2022).

5. Bluthochdruck

6. Metabolisches Syndrom

7. Psychische Erkrankungen

Adipositas hat einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Betroffenen. Kinder und Jugendliche mit Adipositas berichten häufiger von depressiven Symptomen oder Depressionen (Godina-Flores et al., 2022).

8. Erkrankungen des Verdauungssystems

9. Lungenentzündungen

Durch Adipositas verschlechtert sich die Prognose und Mortalität für Lungenentzündungen (Zhao et al., 2020).

10. Karzinogenese und Infertilität

11. Nicht übertragbare Krankheiten

Personen mit Adipositas entwickeln häufiger eine chronische Niereninsuffizienz (Pinto et al., 2021). Zudem steigert sich die Anzahl an Kaiserschnitten sowie unterschiedlicher Komplikationen wie Gestationsdiabetes (Ward et al., 2020, Alwash et al., 2021, Fakhraei et al., 2022), Bluthochdruck (Ward et al., 2020), Präeklampsie, geringes Geburtsgewicht und Frühgeburten (Fakhraei et al., 2022).

12. Orale Erkrankungen

Durch Adipositas kommt es zu einem erhöhten Auftreten von Parodontose (Abu-Shawish et al., 2022).

13. Diabetes

Abdominelle Adipositas führt bei Männern zu einem erhöhten Risiko für Diabetes, für Frauen gilt dies bei genereller Adipositas (Siddiqui et al., 2020). Kinder und Jugendliche mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes (Bendor et al., 2020).

14. Phänotypen

15. Autoimmunerkrankungen

16. Atemwegserkrankungen

Adipositas erhöht das Risiko für Lungenerkrankungen wie Obstruktive Schlafapnoe (Senaratna et al., 2017). Zusätzlich zeigten sich auch in Bezug auf die COVID-19-Pandemie unterschiedliche Folgen von Adipositas. Je höher der BMI war, desto schwerwiegender war auch eine COVID-19-Infektion (Zhao et al., 2020, Földi et al., 2020). Adipositas führt in Bezug auf COVID-19 zu schwerwiegenderen Symptomen (Zhao et al., 2020, de Siqueira et al., 2020, Vulturar et al., 2022), einem erhöhten Hospitalisierungsrisiko (de Siqueira et al., 2020, Helvaci et al., 2021), vermehrten Transferierungen auf Intensivstationen (Vulturar et al., 2022, Földi et al., 2020, Helvaci et al., 2021), vermehrt invasiver Beatmung (Földi et al., 2020, Helvaci et al., 2021) und einer erhöhten Letalität (de Siqueira et al., 2020, Dessie & Zewotir, 2021).

17. Erkrankungen der Prostata

Das Risiko für Prostatakarzinom-Mortalität und Gesamtmortalität wird durch Adipositas erhöht (Rivera-Izquierdo et al., 2021).
(Safaei et al., 2021).

Zusammengefasst hat Adipositas neben unterschiedlichen Auswirkungen auf die Gesundheit von Patient*innen auch Auswirkungen auf den interprofessionellen Gesundheitsbereich und den damit verbundenen Outcomes. Auf diese speziellen Folgen wird im nächsten Absatz genauer eingegangen.

1.4 Relevanz von Adipositas in der institutionellen Versorgung

Durch den Anstieg der Prävalenz von Adipositas in der allgemeinen Bevölkerung, kommt es auch zu einem Anstieg der Prävalenz von adipösen Patient*innen in der institutionellen Versorgung. Es gibt bereits mehrere Studien aus unterschiedlichen Ländern, welche die Prävalenz von Adipositas in Krankenhäusern untersuchten. Einige dieser Studien beobachteten zudem die Entwicklung der Prävalenz von Adipositas im Krankenhaussetting über längere Zeiträume hinweg (Odum et al., 2016, Deuker et al., 2021, Orhurhu et al., 2020, Caughey et al., 2021, Reynolds et al., 2019). Viele dieser Studien wurden in den USA durchgeführt, in diesen nahm die Prävalenz von Adipositas in Gesundheitseinrichtungen zu (Odum et al., 2016, Deuker et al., 2021, Orhurhu et al., 2020, Caughey et al., 2021). Die Prävalenz von Adipositas in Krankenhäusern und bei bestimmten Population divergiert in den USA stark, zwischen 5,51% bei Patient*innen mit einer radikalen Hysterektomie (2008) und 47% bei afro-amerikanischen Patient*innen (2005-2009) (Deuker et al., 2021, Caughey et al., 2021). Zudem gibt es auch Studien zur Prävalenz von Adipositas in südamerikanischen Krankenhaussettings. Zum Beispiel zeigte eine Studie aus Brasilien, dass 19,8% der Patient*innen einer Intensivstation adipös waren (Carrara et al., 2016). Bei einer anderen Studie mit gebärenden Frauen in Chile waren 38,8% der einheimischen Frauen und 19,1% der Immigrant*innen bei der Geburt adipös (Ortiz et al., 2019). In Bezug auf die Prävalenz von Adipositas bei gebärenden Frauen, zeigte eine weitere Studie aus Irland, dass Frauen bei der Geburt 2010 zu 16,0% adipös waren und 2017 zu 18,9% (Reynolds et al., 2019).

In Österreich ist die Anzahl an Personen, die institutionalisiert und von Adipositas betroffen sind, höher als der durchschnittliche Anteil von adipösen Personen in der Bevölkerung (14,4% adipöse Personen 2019 (Statistik Austria, 2020)). In österreichischen Pflegeheimen lag der Anteil bei 17,1% an von Adipositas betroffenen Pflegeheimbewohner*innen (Großschädl et al., 2023). Bei österreichischen Intensivstationen waren 25% der Intensivpatient*innen adipös (Großschädl & Bauer, 2022). Eine weitere Studie aus Österreich mit insgesamt 15.404 gebärenden Frauen zwischen 2009 und 2019 beschrieb, dass 20,5% übergewichtig, 10,7% adipös Grad 1-2 und 1,2% adipös Grad 3 waren (Syböck et

al., 2023). Diese Rate liegt unter dem durchschnittlichen Anteil von Adipositas in der Bevölkerung.

1.4.1 Folgen von Adipositas in der interprofessionellen Praxis des Gesundheitsbereichs

Adipositas nimmt Einfluss auf das Gesundheitssystem, wie Studien aus Großbritannien und den USA zeigen. Personen mit Adipositas haben im Vergleich zu Normalgewichtigen eine höhere Anzahl an Hausärzt*innenkonsultationen, eine höhere Verschreibungsrate von Medikamenten und eine höhere Hospitalisierungsrate (Nørtoft et al., 2018). Zudem entstehen während eines Krankenhausaufenthalts höhere Kosten (Rock et al., 2019, Rolston et al., 2018, Higgins et al., 2016). Durch Adipositas kommt es zu einer Steigerung der Kosten, welche Personen über ihre Lebensspanne hinweg im Gesundheitssystem, verursachen. Eine Studie aus Deutschland zeigte, dass die direkten Kosten durch Adipositas jährlich 29,39 Milliarden Euro betragen, die indirekten Kosten etwa 33,65 Milliarden Euro. Jeder adipöse Mann verursacht über die Lebensspanne hinweg Mehrkosten von 166.911€ und jede Frau 206.526€ (Effertz et al., 2016).

Adipositas nimmt darüber hinaus einen Einfluss auf die unterschiedlichen Berufe im Gesundheitsbereich. So wird beispielsweise das Arbeitspensum gemessen mit dem Nursing Activity Score (NAS) bei Pflegepersonen erhöht, wenn Patient*innen auf Intensivstationen adipös sind (Carrara et al., 2016, Huang et al., 2021). Der NAS ist ein Score, welcher beschreibt wie lange eine Pflegeperson auf einer Intensivstation für bestimmte pflegerische Leistungen braucht, er besteht aus 23 Items und wird einmal in 24 Stunden ausgefüllt. Je höher der Wert des NAS ist, desto aufwändiger ist die Patient*innenversorgung (Miranda et al., 2003). Im Vergleich der Gruppen von adipösen Patient*innen und nicht adipösen Patient*innen zeigte sich in einer Studie, dass Personen mit Adipositas einen NAS-Wert von 65,3 hatten und Personen ohne Adipositas einen NAS-Wert von 64,2. Mit steigendem Grad der Adipositas (1-3), erhöhte sich auch das Arbeitspensum. Durchschnittlich hatten bei einer Studie mit intensiv Patient*innen: Personen mit Adipositas Grad 1 einen NAS von 63,4, Adipositas Grad 2 einen NAS von 66,9 und Adipositas Grad 3 einen NAS

von 70,6. (Carrara et al., 2016). Auch für andere Berufsgruppen, zum Beispiel Physiotherapeut*innen steigt das Arbeitspensum durch Adipositas und die Tätigkeit wird dadurch komplexer. So steigt bei Physiotherapeut*innen beispielsweise das eigene Verletzungsrisiko, wenn diese mit adipösen Patient*innen arbeiten, z.B. wenn sie alleine arbeiten, aufgrund von Zeit- oder Personalmangel. Des Weiteren erschweren eingeschränkte Räumlichkeiten in Krankenhäusern den Einsatz von notwendigen Hilfsmitteln z.B. Patient*innenliftern zur Mobilisierung von Patient*innen mit Adipositas (Marienfeld, 2016).

In Bezug auf das Screening von Tumoren durch Gesundheitspersonal, wurden in einem systematischen Review Herausforderungen beschrieben, die im Zusammenhang mit Adipositas stehen. Zu diesen Herausforderungen zählten: die Unfähigkeit Frauen auf dem Untersuchungstisch zu positionieren, technische Schwierigkeiten, Mangel an adäquat großen Spekula, die komplexere Abtastung in Bezug auf Knoten in der Brust. Dies führte dazu, dass viele Allgemeinmediziner*innen die Screenings nicht durchführten oder zu Gynäkolog*innen überwiesen haben (Graham et al., 2022).

Ein erhöhter BMI führt weiters zu unterschiedlichen medizinischen Komplikationen und Herausforderungen: einer höheren Rate an Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen (Rolston et al., 2018, Higgins et al., 2016), einer erschwerten Anlage von peripheren Venenverweilkanülen (Rodríguez-Calero et al., 2020), verlängerten Operations- und Anästhesiezeiten (Kwan et al., 2021, Plassmeier et al., 2021, Higgins et al., 2016), erschwerter Maskenbeatmung (Burton et al., 2021), schlechteren Outcomes nach Operationen (Barco-Castillo et al., 2020), vermehrtem Blutverlust (Plassmeier et al., 2021), vermehrtem Auftreten von Wundkomplikationen (Kwan et al., 2021, Mittwede et al., 2021, Mrad et al., 2022, Liu et al., 2022, Higgins et al., 2016, Bigarella et al., 2022, Dellafiore et al., 2022), erhöhtem Auftreten von Venenthrombosen und Pulmonalembolien (Bigarella et al., 2022, Rahmani et al., 2020, Hatchimonji et al., 2020), erhöhter Mortalität (Liu et al., 2022, Hegyi et al., 2020, Hatchimonji et al., 2020), längeren Krankenhausaufenthalten (Plassmeier et al., 2021, Rock et al., 2019, Liu et al., 2022) und einer erhöhten Rate an Wiedereinweisungen in Krankenhäuser (Rolston et al., 2018).

1.5 Forschungslücke und Forschungsfragen

Adipositas hat multiple Auswirkungen auf Patient*innen und die Patient*innenversorgung im multiprofessionellen Team.

Derzeit gibt es noch keine Informationen darüber, wie sich der Anteil von erwachsenen adipösen Patient*innen im Verlauf der Zeit in österreichischen Krankenhäusern entwickelt hat. Durch die zahlreichen und unterschiedlichen Komorbiditäten von Adipositas und des damit einhergehenden oftmals erhöhten medizinischen und pflegerischen Aufwands ist es jedoch notwendig, die Prävalenz von Adipositas, beziehungsweise die Verteilung von Adipositas anhand von bestimmten demographischen Merkmalen, Erkrankungen und Pflegeabhängigkeit genauer zu betrachten, um eine adäquate Versorgung gewährleisten zu können und entsprechende Ressourcen einzusetzen.

Daher ist das Ziel dieser Arbeit die Prävalenz von Adipositas über den Verlauf von mehreren Jahren zu untersuchen. Die Forschungsfragen lauten:

A) Wie hoch ist die Prävalenz von Adipositas (Grad 1 bis 3) bei erwachsenen österreichischen Krankenhauspatient*innen in den Jahren 2016 bis 2022?

B) Inwiefern unterscheidet sich die Prävalenz von Adipositas in Bezug auf unterschiedliche demographische Daten (Geschlecht, Altersgruppen), medizinische Diagnosen und Pflegeabhängigkeit bei erwachsenen österreichischen Krankenhauspatient*innen in den Jahren 2016 bis 2022?

2 Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt. Bei dieser Methode werden Daten, die zuvor von (anderen) Forscher*innen erhoben wurden, neu und mit anderem Fokus analysiert um weitere Forschungsfragen zu beantworten (Polit & Beck, 2021).

Vorteile der Sekundärdatenanalyse sind die rasche Verfügbarkeit der Daten und die somit entstehende Kosteneffektivität. Häufig sind bei dieser Methode größere Stichproben zugänglich, diese ermöglichen eine höhere Validität und bessere Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf die Population (Johnston, 2014).

2.1 Design

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden Daten der Pflegequalitätserhebung 2.0 analysiert (Lohrmann et al., 2016, Lohrmann et al., 2018, Lohrmann et al., 2019, Lohrmann et al., 2020, Lohrmann et al., 2022). Die Pflegequalitätserhebung 2.0 ist die deutsche Version des "International Prevalence Measurement of Care problems" welches in den Niederlanden entwickelt wurde. Es erfolgte eine Übersetzung des Instruments vom Niederländischen in das Deutsche und anschließend wurde eine Back-Translation durchgeführt. Der Fragebogen wurde auf Grundlage internationaler wissenschaftlicher Literatur und Leitlinien und von Expert*innen auf dem jeweiligen Gebiet der Pflegeprobleme entwickelt und wird regelmäßig aktualisiert. Es wurden bestehende psychometrisch getestete Instrumente, wie die Braden-Skala oder die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS), in den Fragebogen integriert (van Nie-Visser et al., 2013).

Bei der Pflegequalitätserhebung handelt es sich um eine Querschnittstudie, welche einmal jährlich an einem bestimmten Tag, beziehungsweise seit 2021 an drei bestimmten Tagen in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Europa (Österreich, Niederlande, Schweiz, England, Türkei) durchgeführt wird. Gesundheitseinrichtungen mit über 50 Betten in Österreich werden vom Institut für Pflegewissenschaft per E-Mail eingeladen an der Erhebung teilzunehmen. Es werden Daten zu unterschiedlichen Pflegeproblemen und Krankheitsbildern

erhoben (Lohrmann et al., 2019, Lohrmann et al., 2022). Für diese Arbeit wurden Daten aus den Jahren 2016, 2017, 2018, 2019, 2021 und 2022 herangezogen. 2020 wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie keine Pflegequalitätserhebung durchgeführt. Alle Patient*innen der teilnehmenden Einrichtungen, die an den jeweiligen Erhebungstagen pro Jahr in Österreich stationär waren, wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen, jene die eine informierte Zustimmung gegeben haben wurden inkludiert.

2.2 Ethikvotum

Es wurde ein positives Ethikvotum bzw. Folgevotum (EK-Nummer 20-192 ex 08/09) der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz für die Erhebung erteilt. Ausschließlich Patient*innen, von denen, oder von deren gesetzlichen Vertretung eine schriftliche, beziehungsweise ab 2021 eine mündliche, informierte Zustimmung vorlag wurden eingeschlossen (Lohrmann et al., 2022).

2.3 Datenerhebung

An der Pflegequalitätserhebung können alle österreichischen Gesundheitseinrichtungen, wie z.B. Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen teilnehmen. Die Teilnahme der Einrichtungen ist freiwillig. Die teilnehmenden Einrichtungen erhielten vor Beginn der Datenerhebung eine Schulung sowie Informations- und Erhebungsmaterialien, welche für die jeweilige Art der Einrichtung relevant waren. Die Methode der Stichprobenauswahl war eine Gelegenheitsstichprobe. Diese Methode verwendet die am leichtesten erreichbaren Personen als Teilnehmer*innen (Polit & Beck, 2021). Alle Personen, die an einem bestimmten Tag (bzw. an bestimmten Tagen) pro Jahr stationär waren, wurden gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen wollen. Die Teilnahme an der Studie war für die Patient*innen freiwillig. Die Einwilligung in die Studie durch die informierte Zustimmung seitens der Patient*innen und auch die Datenerhebung erfolgten bis zum Jahr 2021 schriftlich. Ab dem Jahr 2021 wurde die Datenerhebung

ausschließlich online durchgeführt, daher war ab diesem Zeitpunkt keine schriftliche Einwilligungserklärung der Patient*innen mehr notwendig.

Die Datenerhebung erfolgte durch je zwei Pflegepersonen pro Station, die zuvor eine Einschulung zur Datenerhebung und Dateneingabe in das Online-Tool erhielten. Es wurden pro Station immer eine Person des Stammpersonals und eine zusätzliche externe Person als Datenerhebende eingeschult. Beim Ausfüllen des Fragebogens sollte zwischen den Datenerheber*innen Übereinstimmung erzielt werden. Wenn es zwischen den zwei Datenerhebenden Uneinigkeiten gab, wurde die Entscheidung der externen Datenerheber*in ausgewählt. Meist waren Pflegepersonen die Datenerheber*innen. Diese Personen führten Befragungen durch und erhoben Werte wie Gewicht und Körpergröße. Zudem konnte die Pflegedokumentation als Quelle für Informationen herangezogen werden (Lohrmann et al., 2022).

2.4 Variablen

Der Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2.0 besteht aus Fragen zu demographischen Daten, einrichtungsbezogenen Daten, sowie zu sechs pflegebezogenen Themen. Diese sechs Themen sind: Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerz.

Die folgenden Variablen der Pflegequalitätserhebung 2.0 wurden analysiert und im Ergebnisteil zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen. (Im Anhang befindet sich der gesamte Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2.0.)

Der BMI ist eine der Hauptvariablen dieser Arbeit. Die Formel für den BMI lautet: Gewicht in Kilogramm dividiert durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat. Ab einem BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ wurde in dieser Arbeit Adipositas definiert (World Health Organisation, 2021). Das Gewicht und die Körpergröße wurden bei der Pflegequalitätserhebung 2.0 bevorzugt durch direkte Messung oder durch Aussagen der Patient*innen oder deren Angehörigen erhoben. Das Gewicht wurde in Kilogramm erhoben, die Körpergröße in Zentimeter (Lohrmann et al., 2022). Das Alter wurde durch das Geburtsdatum der Teilnehmer*innen erhoben. Dieses wurde in der Form TT.MM.JJJJ im Fragebogen durch die Datenerheber*innen ausgefüllt.

In Bezug auf das biologische Geschlecht gab es drei Auswahlmöglichkeiten im Fragebogen: männlich, weiblich und „PatientIn möchte keine Angaben zum Geschlecht machen“. Medizinische Diagnosen wurden im Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2.0 in Gruppen erhoben. Insgesamt gab es 27 Auswahlmöglichkeiten, wobei auch mehrere Krankheiten pro Patient*in angekreuzt werden konnten (van Nie-Visser et al., 2013, ICD-10 WHO, 2016).

Ein weiterer relevanter Aspekt ist die Pflegeabhängigkeit, diese wurde mit der Care Dependency Scale (CDS) erhoben. Diese Skala wurde ursprünglich in den Niederlanden als Assessmentinstrument für demente oder mental eingeschränkte Personen entwickelt (Dijkstra et al., 1996). Die deutsche Übersetzung, die PAS, wurde bereits in ihren psychometrischen Eigenschaften überprüft. Die Skala besteht aus 15 Items mit einer 5-Punkt Likert Skala zur Beantwortung. Die Ausprägung der Skala erstreckt sich von völlig pflegeabhängig (1) bis völlig pflegeunabhängig (5). Erreicht werden können Werte zwischen 15 und 75 Punkten. Von 15-24 Punkten liegt völlige Pflegeabhängigkeit vor, von 25-44 Punkten überwiegende Pflegeabhängigkeit, von 45-59 Punkten teilweise Pflegeabhängigkeit, von 60-69 überwiegende Pflegeunabhängigkeit und von 70-75 Punkten völlige Pflegeunabhängigkeit (Lohrmann et al., 2003).

2.5 Teilnehmer*innen

Alle Patient*innen die an den Erhebungstagen zwischen 2016 und 2022 in österreichischen Gesundheitseinrichtungen stationär waren, wurden gefragt, ob sie an der Pflegequalitätserhebung 2.0 teilnehmen wollen. Jene Personen, die eine informierte Zustimmung abgegeben haben, wurden in die Datenerhebung inkludiert. Aus allen Teilnehmer*innen wurden in dieser Masterarbeit jene eingeschlossen, die zwischen 2016 und 2022 in allgemeinen und Universitätskrankenhäusern hospitalisiert waren. Des Weiteren musste eine informierte Zustimmung der Personen vorliegen. Nur Personen über 18 Jahren wurden in der Analyse berücksichtigt. Zudem wurden ausschließlich Personen inkludiert, welche bei der Variable des biologischen Geschlechts „männlich“ oder „weiblich“ gewählt haben. Ein weiteres wichtiges Einschlusskriterium war das Vorliegen des BMI. Jene

Personen mit fehlenden BMI-Werten wurden aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Zudem wurden Personen mit unplausiblen BMI-Werten $\leq 10\text{kg/m}^2$ und $\geq 60\text{kg/m}^2$ ausgeschlossen.

2.6 Datenanalyse

Für die Datenauswertung wurde das Statistik Programm „IBM Statistics SPSS Version 28“ ausgewählt (IBM Corp, 2021). Daten aller Patient*innen die in österreichischen Krankenhäusern in den Jahren 2016, 2017, 2018, 2019, 2021 und 2022 am Tag (bzw. an den Tagen) der Pflegequalitätserhebung stationär waren, wurden in eine Datei zusammengefasst und analysiert.

Für alle Variablen wurden zuerst deskriptive Analysen durchgeführt, um ihre Verteilungen darzustellen. Ziel von deskriptiver Statistik ist die genaue Darstellung von Charakteristiken von Personen, beziehungsweise die Häufigkeit, mit der ein bestimmtes Phänomen auftritt. Deskriptive Statistik fasst Daten zusammen und beschreibt diese (Polit & Beck, 2021). Bei metrischen Variablen wurden der Median, Minimum, Maximum und die Standardabweichung (SD) berechnet. Die nominal und ordinal skalierten Variablen wurden als absolute und relative Häufigkeiten dargestellt. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wurden je nach Art ihrer Zielgrößen berechnet. Es gab sechs unabhängige Stichproben (2016, 2017, 2018, 2019, 2021, 2022). Bei qualitativen (nominalen oder ordinalen) Zielgrößen wurde der Chi-Quadrat-Test zum Aufzeigen von statistisch signifikanten Unterschieden verwendet. Bei quantitativen (metrischen) Zielgrößen wurde zuerst eine Überprüfung auf Normalverteilung durchgeführt. Bei normalverteilten Daten wurde t-Test für unabhängige Stichproben verwendet, bei nicht normalverteilten Daten wurde der Kruskal-Wallis-Test angewandt.

Als statistisch signifikant werden p-Werte $< 0,05$ betrachtet, da dies eines der am häufigsten verwendeten Signifikanzniveaus ist (Polit & Beck, 2021).

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse dargestellt. Zuerst werden die Charakteristika der Stichprobe beschrieben und anschließend gezielt auf die Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen eingegangen.

3.1 Stichprobe

Insgesamt waren 23.362 Personen in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen zwischen 2016 und 2022 stationär. Davon waren 20.831 Personen in allgemeinen und Universitätskrankenhäusern hospitalisiert. Von diesen 20.831 Personen erfüllten 15.133 Personen das erste Einschlusskriterium der Informierten Zustimmung, 5.698 (27,4%) lehnten die Teilnahme ab. 25 Personen unter 18 Jahren wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Zudem wurden zwei Personen aufgrund fehlender Geschlechtsangaben ausgeschlossen, da somit sowohl die Anonymität gefährdet sowie die Vergleichbarkeit eingeschränkt gewesen wäre. Ein weiteres wichtiges Einschlusskriterium war das Vorliegen des BMI, jene 514 Personen mit fehlenden BMI-Werten wurden aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Des Weiteren wurden sechs Personen mit unplausiblen BMI-Werten $\leq 10\text{kg/m}^2$ und $\geq 60\text{kg/m}^2$ ausgeschlossen. Insgesamt erfüllten N=14.586 Personen die Einschlusskriterien.

3.1.1 Teilnahme/Nichtteilnahme an der Studie

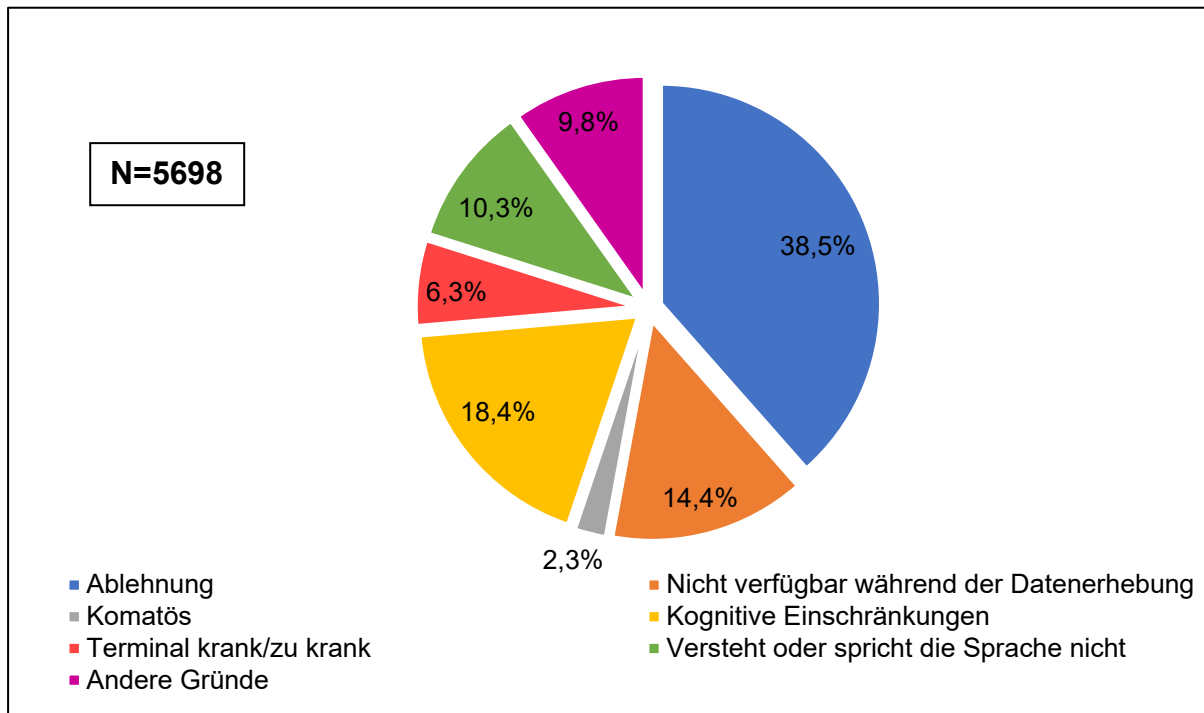


Abbildung 1: Gründe für Nichtteilnahme an der Studie

Abbildung 1 zeigt die häufigsten Gründe, welche die 5.698 Personen angaben, die eine Teilnahme verweigerten. Der häufigste Grund mit 38,5% ist die Ablehnung der Teilnahme, gefolgt von Ablehnungen aufgrund von kognitiven Einschränkungen (18,4%) und an dritter Stelle das Nicht-verfügbar-sein von Patient*innen während der Datenerhebung. Der Punkt „Andere Gründe“ enthält in den Jahren 2021 und 2022 auch Personen, die aufgrund von COVID-19 nicht an der Studie teilnahmen.

3.1.2 Charakteristika der Teilnehmer*innen

Die Merkmale der Teilnehmer*innen sind in Tabelle 2 genau aufgelistet. Insgesamt nahmen geringfügig mehr Frauen als Männer an den Erhebungen teil (insgesamt 51,1% Frauen). Der Unterschied zwischen den Jahren 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 und 2022 in Bezug auf das Geschlecht ist jedoch nicht signifikant ($p=0,982$). Das Durchschnittsalter der Patient*innen war zwischen 65 und 67 Jahren, gesamt in allen Jahren lag es 66 Jahren. Der Unterschied im beobachteten Zeitraum bezogen auf das Alter der Teilnehmer*innen war signifikant ($p=0,007$), sowie auch der Unterschied des Anteils an Personen <65 und ≥ 65 Jahren ($p=0,011$). 28,5% der Patient*innen zwischen 2016 und 2022 waren während der Datenerhebung in Universitätskrankenhäusern stationär aufgenommen. Am höchsten war der Anteil an Personen, die in Universitätskrankenhäusern hospitalisiert waren 2022, dieser betrug 45%. Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen der Art der Einrichtung und den beobachteten Jahren ($p=0,000$).

Die fünf häufigsten Erkrankungen waren: Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall) 46,3%, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 24,3%, Krankheiten des Verdauungssystems 22,0%, Krankheiten des Urogenitalsystems 21,2%, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus) 20,6%.

Entsprechend der unterschiedlichen Gruppen (völlig pflegeabhängig bis völlig pflegeunabhängig) war der Prozentanteil der völlig pflegeunabhängigen Patient*innen 2016 mit 67,4% höher als 2022 mit 62,8%. Der Anteil an völlig pflegeabhängigen Patient*innen war 2022 mit 3,2% höher als 2016 mit 1,9%. Die genauen Aufteilungen, sowie die unterschiedlichen Gruppen der Pflegeabhängigkeit sind in Tabelle 3 ersichtlich. Es gab bei der durchschnittlichen Pflegeabhängigkeit signifikante Unterschiede zwischen den Jahren 2016 bis 2022 ($p<0,001$). Bei der Aufteilung nach den unterschiedlichen Gruppen der Pflegeabhängigkeit gab es ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Jahren ($p=0,000$).

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe

Variablen	2016	2017	2018	2019	2021*	2022	Gesamt
Teilnehmer*innen pro Jahr	2576	2799	3289	2400	925	2597	14586
% Weiblich	51,6%	51,1%	51,5%	50,8%	50,7%	50,8%	51,1%
Durchschnittsalter in den Jahren (SD)	66 (17)	65 (17)	65 (18)	66 (17)	67 (17)	67 (17)	66 (17)
% Personen <65 Jahren	37,8%	41,1%	42,3%	39,3%	38,8%	39,9%	40,1%
% Hospitalisierungen in Universitätskrankenhäusern	14,3%	25,8%	24,8%	31,7%	34,6%	45,0%	28,5%
Medizinische Diagnosen							
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	51,7%	46,0%	46,4%	46,8%	44,9%	41,4%	46,3% (1)
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	26,7%	23,0%	27,1%	27,2%	19,1%	19,1%	24,3% (2)
Krankheiten des Verdauungssystems	23,9%	23,9%	20,7%	22,6%	23,0%	19,1%	22,0% (3)
Krankheiten des Urogenitalsystems	21,2%	21,5%	22,2%	23,3%	19,5%	18,2%	21,2% (4)
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	27,1%	18,2%	20,6%	21,5%	19,6%	16,5%	20,64% (5)
Krankheiten des Atmungssystems	21,0%	23,7%	19,3%	22,1%	18,7%	17,7%	20,58%
Bösartige Neubildungen	17,6%	17,7%	17,6%	22,1%	22,2%	21,1%	19,3%
Diabetes Mellitus	3,4%	17,6%	16,4%	18,5%	17,1%	15,5%	17,2%

Medizinische Diagnosen							
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (z.B. Depression) (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)	10,8%	16,3%	13,8%	11,5%	12,9%	7,0%	12,1%
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/Querschnittlähmung)	10,1%	11,1%	12,6%	12,2%	16,4%	9,4%	11,4%
Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	8,0%	9,5%	7,5%	8,8%	9,1%	6,6%	8,13%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	11,3%	12,1%	3,4%	9,0%	9,7%	5,1%	8,08%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8,1%	8,2%	8,1%	8,7%	3,9%	6,1%	7,6%
Schlaganfall	6,7%	7,4%	6,3%	7,0%	6,6%	5,0%	6,5%
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,8%	6,7%	5,9%	7,4%	5,2%	6,9%	6,4%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	5,0%	6,6%	6,1%	8,2%	3,4%	5,9%	6,1%

Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ohne Überdosis)	5,1%	2,3%	3,3%	2,3%	7,9%	7,0%	4,2%
Medizinische Diagnosen							
Psychotroper Substanzmissbrauch/Sucht	2,8%	4,0%	3,8%	3,0%	5,4%	2,7%	3,4%
Demenz	3,4%	2,8%	3,2%	3,0%	4,4%	2,9%	3,2%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	1,4%	3,0%	2,2%	2,6%	4,3%	4,8%	2,9%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,3%	1,3%	1,7%	1,9%	1,8%	2,1%	1,7%
Schwangerschaft, Geburt und Puerperium	2,3%	0,8%	0,8%	0,3%	0,6%	0,2%	0,8%
Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung	0,9%	0,4%	0,2%	0,6%	0,9%	0,7%	0,569%
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,5%	0,4%	0,5%	0,7%	0,2%	0,9%	0,562%
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,2%	0,9%	0,1%	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%
Suchtbezogene Drogenüberdosis	0,0%	0,1%	0,4%	0,1%	0,6%	0,1%	0,2%
*zweites COVID-19-Jahr (geringere Teilnehmer*innenanzahl)							

Tabelle 3: Pflegeabhängigkeit zwischen 2016 und 2022

Pflegeabhängigkeit							
Variablen	2016	2017	2018	2019	2021*	2022	Gesamt
Teilnehmer*innen pro Jahr	2576	2799	3289	2400	925	2597	14586
Pflegeabhängigkeit Durchschnitt (SD)	67,43 (12,79)	67,14 (13,43)	67,23 (13,46)	65,99 (13,61)	67,59 (12,75)	66,07 (14,23)	66,86 (13,47)
Grad der Pflegeabhängigkeit							
% Völlig pflegeabhängig	1,9%	2,6%	3,0%	2,6%	1,6%	3,2%	2,6%
% Überwiegend pflegeabhängig	5,5%	5,6%	5,5%	6,6%	6,4%	6,0%	5,8%
% Teilweise pflegeunabhängig	10,8%	9,8%	9,0%	12,4%	10,3%	11,7%	10,6%
% Überwiegend pflegeunabhängig	14,4%	14,7%	15,3%	17,7%	14,1%	16,3%	15,5%
% Völlig pflegeunabhängig	67,4%	67,3%	67,2%	60,7%	67,7%	62,8%	65,4%
*zweites COVID-19-Jahr (geringere Teilnehmer*innenanzahl)							

3.1.3 Verteilung der unterschiedlichen BMI-Gruppen zwischen 2016 und 2022

Bezüglich der Verteilungen in die verschiedenen BMI-Gruppen gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen 2016, 2017, 2018, 2019, 2021 und 2022 ($p=0,038$). Adipositas Grad 1 bis Grad 3 blieben über den Zeitverlauf stabil, mit geringen Schwankungen zwischen den Jahren. Adipositas Grad 1 lag zwischen 13,2% (2021) und 15,8% (2019), Adipositas Grad 2 zwischen 3,9% (2022) und 5,8% (2021) und Adipositas Grad 3 zwischen 2,1% (2022) und 2,6% (2016, 2019, 2021). 2021 und 2022 war der Anteil von Übergewicht höher als in den Jahren davor. Im Jahr 2022 war die Prävalenz von Übergewicht am höchsten und lag bei 34,6%. Normalgewichtige Personen machten im Vergleich zwischen den Jahren zwischen 38,1% (2016) und 41,3% (2021) der Teilnehmer*innen aus. 2016 war der Anteil an normalgewichtigen Personen am niedrigsten, bei 38,3%. Der höchste Anteil an untergewichtigen Patient*innen lag im Jahr 2022 vor, mit 5,6%. Die jeweiligen Entwicklungen der BMI-Gruppen lassen sich in Abbildung 2 ablesen.

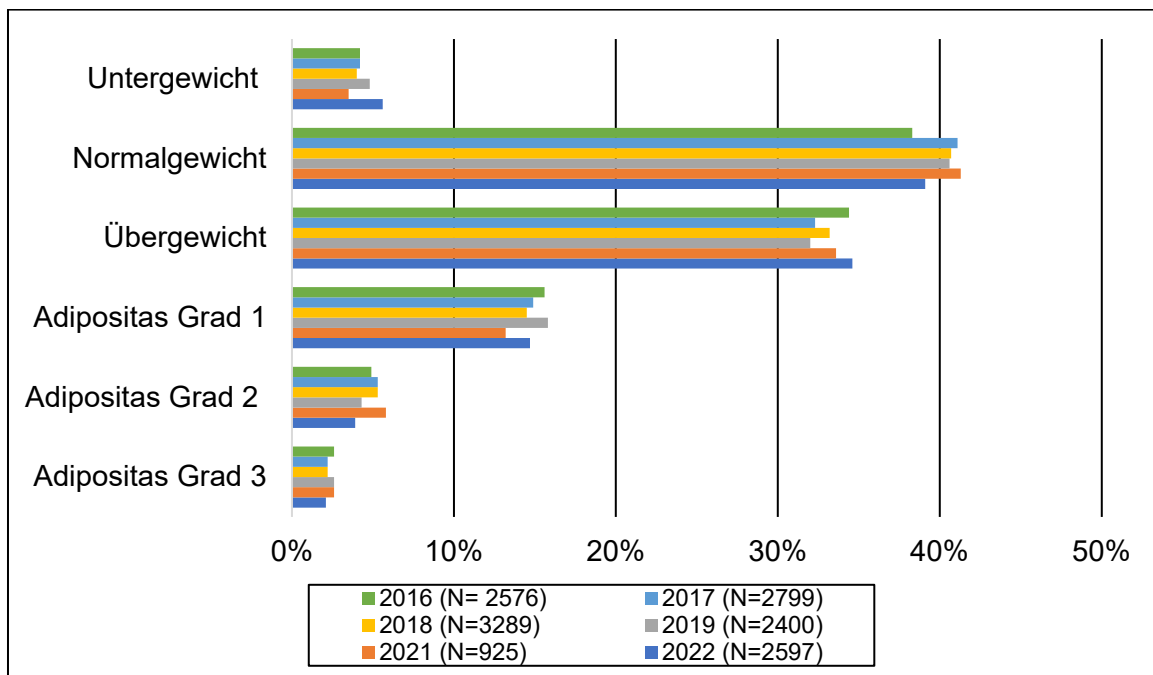


Abbildung 2: Prävalenz von Adipositas zwischen 2016-2022

3.2 Prävalenz von Adipositas zwischen 2016 und 2022

Die Prävalenz von Adipositas lag zwischen 2016 und 2022 bei Werten um 20%. 2016 war die Prävalenz von Adipositas am höchsten, diese lag bei 23,1%. Im Jahr 2022 gab es die niedrigste Prävalenz von Adipositas mit 20,7%. Die Unterschiede zwischen den Jahren waren mit $p=0,405$ nicht signifikant. Abbildung 3 zeigt grafisch den Verlauf über die Jahre hinweg.

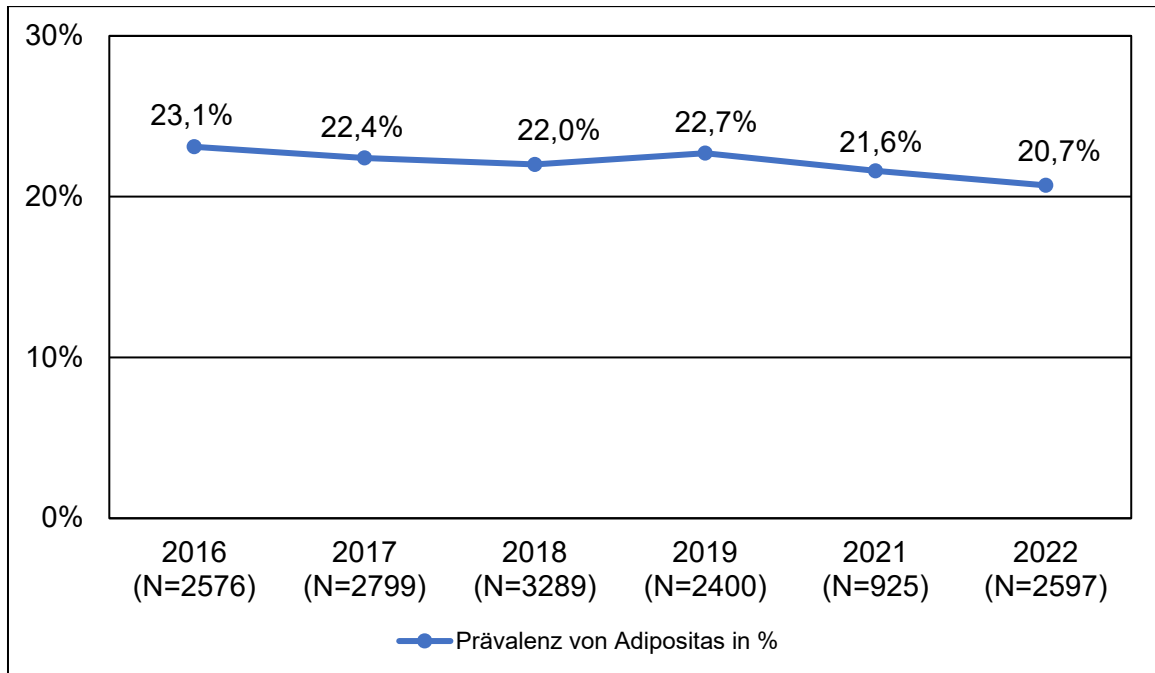


Abbildung 3: Prävalenz von Adipositas 2016-2022

3.3 Demographische Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen zwischen 2016 und 2022

3.3.1 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach Geschlecht zwischen 2016 und 2022

Insgesamt waren mehr Frauen als Männer der Stichprobe adipös. In den Jahren 2016 und 2019 war der Unterschied von Frauen und Männern in Bezug auf Adipositas statistisch signifikant. 2016 waren 24,8% der Frauen sowie 21,2% der Männer adipös. 2019 waren 24,5% der Frauen und 20,8% der Männer adipös. In den Jahren 2017 und 2021 war die Prävalenz von Adipositas sehr ähnlich zwischen Frauen und Männern. Die Prävalenz von Adipositas bei Frauen und Männern war 2022 im Vergleich zu 2016 niedriger. In Abbildung 4 lässt sich die Prävalenz von Adipositas über die Jahre hinweg ablesen.

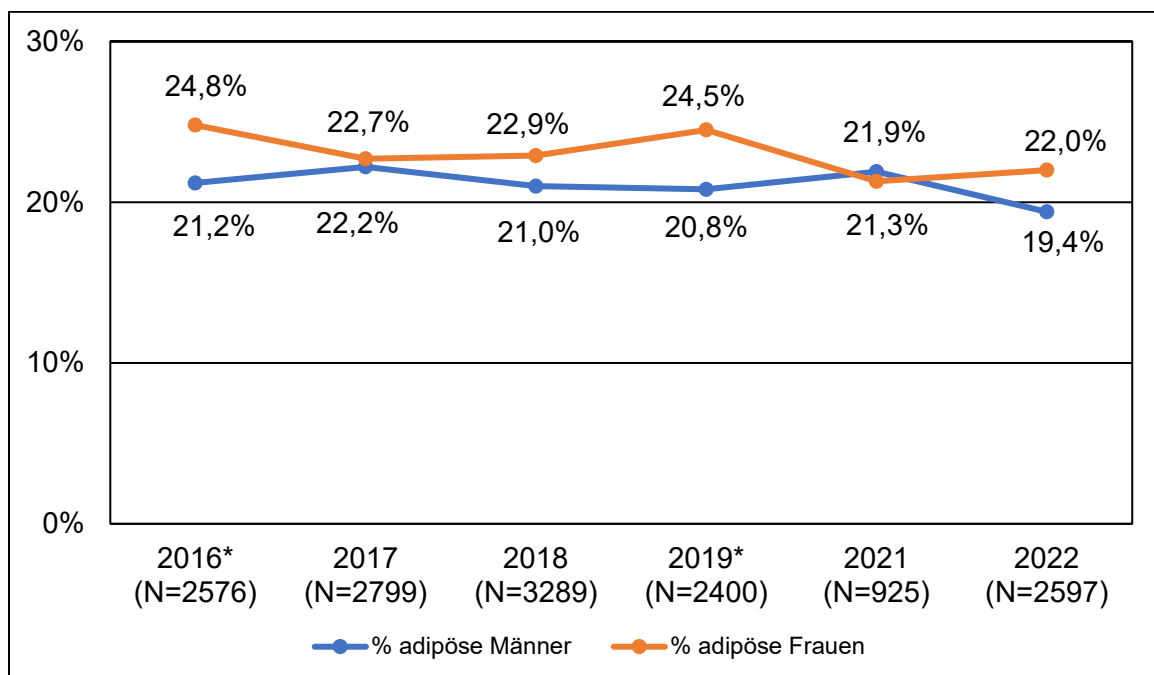


Abbildung 4: Prävalenz von Adipositas getrennt nach Geschlecht

* $p < 0,05$

3.3.2 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach Altersgruppen (<65 und ≥65 Jahre) zwischen 2016 und 2022

Zwischen den Altersgruppen der <65-jährigen und ≥65-jährigen Teilnehmer*innen gab es über den Zeitverlauf hinweg Unterschiede in Bezug auf die Prävalenz von Adipositas. 2018 und 2022 waren die Unterschiede zwischen den Altersgruppen signifikant. 2018 waren 24,4% der <65-jährigen und 20,3% der über ≥65-jährigen Personen adipös. 2022 waren 23,0% der <65-jährigen und 19,2% der ≥65-jährigen Teilnehmer*innen adipös. Im Jahr 2022 gab es in beiden Gruppen die niedrigste Prävalenz von Adipositas zwischen 2016 und 2022. In Abbildung 5 sind die Unterschiede in Bezug auf Adipositas entsprechend der Altersgruppen ersichtlich.

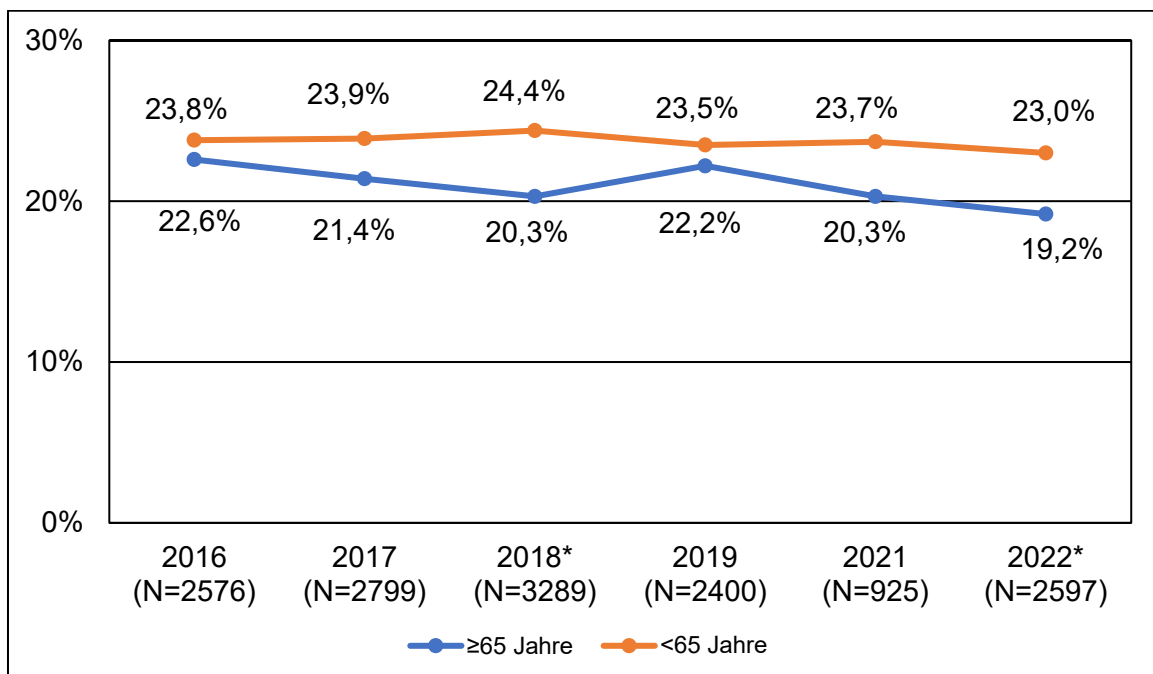


Abbildung 5: Prävalenz von Adipositas getrennt nach Altersgruppen

* $p < 0,05$

3.3.3 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach medizinischen Diagnosen zwischen 2016 und 2022

Die fünf häufigsten Krankheiten im Vergleich zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen im Zeitverlauf sind in Tabelle 4 dargestellt, dazu gehören unter anderem: Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Krankheiten des Verdauungssystems, Krankheiten des Urogenitalsystems, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus). In den Jahren 2017, 2018 und 2022 lagen statistisch signifikante Unterschiede bei Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall) vor, mehr Personen mit Adipositas waren in diesen Jahren davon betroffen als Personen ohne Adipositas. Bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes gab es prozentuale Unterschiede und zum Teil auch eine höhere Prävalenz von adipösen Patient*innen, die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant. Von Krankheiten des Verdauungssystems, waren insgesamt mehr Personen, die nicht adipös waren, betroffen als adipöse Patient*innen. 2021 war dieser Unterschied signifikant. Im Jahr 2022, war der prozentuale Anteil von Patient*innen mit und ohne Adipositas in Bezug auf Krankheiten des Verdauungssystems mit 19,1% gleich hoch. Über den Zeitverlauf waren mehr adipöse Patient*innen von Krankheiten des Urogenitalsystems betroffen als nicht adipöse Patient*innen. 2016 und 2019 waren diese Unterschiede signifikant. 2022 waren mehr nicht adipöse Patient*innen (18,4%) als adipöse Patient*innen (17,3%) von urogenitalen Krankheiten betroffen. In allen Jahren waren mehr Patient*innen mit Adipositas von Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus) betroffen. Wobei die Daten von fünf der sechs betrachteten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigen.

Tabelle 4: Unterschied zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen in Bezug auf die fünf häufigsten Erkrankungen

Krankheit	2016		2017		2018		2019		2021		2022	
	A (n=594)	NA (n=1982)	A (n=628)	NA (n=2171)	A (n=724)	NA (n=2565)	A (n=545)	NA (n=1855)	A (n=200)	NA (n=725)	A (n=538)	NA (n=2059)
% Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	55,2%	50,7%	51,6%*	44,4%*	52,5%*	44,7%*	49,7%	45,9%	49,5%	43,6%	47,2%*	39,9%*
% Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	27,7%	26,6%	24,7%	22,5%	27,6%	27,0%	30,3%	26,3%	23,5%	17,9%	19,5%	18,9%
% Krankheiten des Verdauungssystems	21,9%	24,5%	22,6%	24,2%	19,5%	21,1%	18,7%*	23,7%*	21,5%	23,4%	19,1%	19,1%
% Krankheiten des Urogenitalsystems	25,6%*	19,8%*	23,2%	21,0%	23,9%	21,7%	28,8%*	21,7%*	22,0%	18,8%	17,3%	18,4%
% Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	35,0%*	24,7%*	23,6%*	17,1%*	25,7%*	19,2%*	23,5%	21,0%	25,0%*	18,1%*	21,6%*	15,2%*
*p<0,05												

3.3.4 Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen nach der Pflegeabhängigkeit zwischen 2016 und 2022

Personen mit Adipositas waren im Zeitverlauf weniger pflegeabhängig als Personen ohne Adipositas. 2021 waren 2,0% der adipösen Patient*innen und 1,5% der nicht adipösen Patient*innen völlig pflegeabhängig. Im Jahr 2017 waren die Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen statistisch signifikant. In diesem Jahr waren adipöse Patient*innen insgesamt weniger pflegeabhängig als Personen ohne Adipositas. Der höchste Anteil an völlig pflegeabhängigen Personen lag 2022 sowohl bei adipösen (3,0%) als auch bei nicht adipösen Patient*innen (3,3%) vor. Die Pflegeabhängigkeit der einzelnen Jahre, getrennt nach adipösen und nicht adipösen Patient*innen, lässt sich in Tabelle 5 erkennen.

Tabelle 5: Unterschied zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit

Krankheit	2016		2017		2018		2019		2021		2022	
	A (n=594)	NA (n=1982)	A (n=628)	NA (n=2171)	A (n=724)	NA (n=2565)	A (n=545)	NA (n=1855)	A (n=200)	NA (n=725)	A (n=538)	NA (n=2059)
% Völlig abhängig	1,3%	2,1%	1,0%*	3,0%*	1,8%	3,3%	1,3%	3,0%	2,0%	1,5%	3,0%	3,3%
% Überwiegend abhängig	5,8%	4,5%	4,9%*	5,8%*	5,1%	5,6%	5,7%	6,9%	4,5%	6,9%	3,3%	6,7%
% Teilweise abhängig	11,1%	9,6%	9,1%*	10,0%*	8,1%	9,2%	11,2%	12,8%	9,0%	10,6%	12,1%	11,7%
% Überwiegend unabhängig	15,2%	14,2%	15,1%*	14,6%*	17,0%	14,9%	19,3%	17,2%	16,0%	13,5%	16,7%	16,2%
% Völlig unabhängig	69,4%	66,8%	69,9%*	66,6%*	68,0%	67,0%	62,6%	60,1%	68,5%	67,4%	64,9%	62,2%
*p<0,05												

4 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, die Prävalenz von Adipositas bei österreichischen Krankenhauspatient*innen zwischen 2016 und 2022 zu beschreiben, sowie Unterschiede demographischer Variablen (Geschlecht, Altersgruppen), medizinischer Diagnosen und der Pflegeabhängigkeit in Bezug auf die Prävalenz von Adipositas aufzuzeigen. Insgesamt wurden Daten von 14.586 Personen, welche den Einschlusskriterien entsprachen, analysiert. In allen Jahren, außer 2021, haben über 2.000 Personen aus unterschiedlichen Krankenhäusern an der Datenerhebung teilgenommen. Die zusätzlichen Herausforderungen der COVID-19-Pandemie führten dazu, dass 2020 keine Datenerhebung erfolgte und 2021 deutlich weniger Personen (925) an den Datenerhebungen teilnahmen

Bei der Prävalenz von Adipositas gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Jahren. Die Prävalenz von Adipositas war 2016 mit 23,1% am höchsten und 2022 mit 20,7% am niedrigsten. Es gab Unterschiede bezüglich des biologischen Geschlechts. Frauen waren häufiger adipös als Männer. Zudem hatten Personen <65 Jahren eine höhere Prävalenz von Adipositas als Personen ≥65 Jahren. Es gab statistisch signifikante Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen bei Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall), Krankheiten des Urogenitalsystem und Endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus). Adipöse Patient*innen waren vermehrt von diesen betroffen. Nicht adipöse Personen waren statistisch signifikant häufiger von Krankheiten des Verdauungssystems betroffen. In Bezug auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen. Die Pflegeabhängigkeit war 2022 am höchsten. Adipöse Patient*innen waren statistisch signifikant weniger pflegeabhängig als Personen ohne Adipositas.

Die Prävalenz von Adipositas unterschied sich im Zeitraum 2016 bis 2022. 2022 lag diese bei 20,7% der Krankenhauspatient*innen, das bedeutet eine Abnahme von 2,4 Prozentpunkte im Vergleich zu 2016. Die Unterschiede zwischen den Jahren sind jedoch mit einem p-Wert von 0,405 nicht signifikant. Gründe dafür, dass die

Prävalenz von Adipositas 2022 niedriger war als 2016 könnten in der Demographie der Teilnehmer*innen liegen. Das Geschlecht der Teilnehmer*innen könnte eine Ursache für die im Jahr 2022 niedrigste Prävalenz von Adipositas bei Krankenhauspatient*innen sein. Im Verlauf der Jahre glich sich der Anteil an männlichen und weiblichen Teilnehmer*innen immer weiter an. 2016 war der höchste Prozentsatz (51,6%) an weiblichen Teilnehmer*innen zwischen den betrachteten Jahren. Der Unterschied zwischen den Jahren in Bezug auf das Geschlecht war nicht signifikant. Da Frauen in der Stichprobe häufiger von Adipositas betroffen waren als Männer, könnte das verringerte Ausmaß teilnehmender Frauen somit trotzdem einen Einfluss auf die Prävalenz genommen haben. Ein anderer Grund, warum die Prävalenz von Adipositas 2022 niedriger war als 2016, könnte das Alter der Teilnehmer*innen sein. Die Unterschiede zwischen den Jahren 2016 bis 2022 und dem Alter der Teilnehmer*innen waren signifikant ($p=0,007$). Zudem gab es signifikante Unterschiede zwischen <65 und ≥ 65 -jährigen Patient*innen zwischen 2016 und 2022. Der Anteil an <65 -jährigen Patient*innen war im Jahr 2016 am niedrigsten mit 37,8% und ist in den Folgejahren stets höher gewesen. Die meisten Personen <65 Jahren waren 2018 hospitalisiert, hier waren es 42,3%. Im Jahr 2022 lag der Anteil von <65 -jährigen Personen bei 40,1%. Da in dieser Datenanalyse überwiegend Personen <65 Jahren von Adipositas, laut dem BMI betroffen waren könnte dies auch ein Grund für die 2022 niedrigere Prävalenz von Adipositas im Vergleich zu den Jahren davor sein.

Die ähnlichen Werte der Prävalenz von Adipositas bei Krankenhauspatient*innen über den Zeitverlauf dieser Datenanalyse, stehen in Kontrast zu wissenschaftlicher Literatur anderer Länder. Vor allem Studien aus den USA und Südamerika zeigen, dass in diesen Ländern, die Prävalenz von Adipositas im Krankenhaussetting anstieg (Odum et al., 2016, Deuker et al., 2021, Orhurhu et al., 2020, Caughey et al., 2021). Höhere Prävalenz von Adipositas als in der aktuellen Datenanalyse aufgezeigt wurden, waren zum Beispiel in einer Studie aus den USA erkennbar. 47% der Afroamerikaner*innen und 28% der kaukasischen Amerikaner*innen mit Herzinsuffizienz waren zwischen 2005 und 2009 von Adipositas Grad 3 betroffen. Zwischen 2010 und 2014 war die Prävalenz von Adipositas bei 40% der Afroamerikaner*innen und 31% der kaukasischen Amerikaner*innen (Caughey et al., 2021). In der Studie von Caughey et al. war die Prävalenz von Adipositas

annähernd doppelt so hoch wie in den aktuellen Berechnungen dieser Datenanalyse der Prävalenz von Adipositas bei österreichischen Krankenhauspatient*innen. Eine Ursache dafür könnte die allgemein höhere Prävalenz von Adipositas in der Bevölkerung von einkommensstarken englischsprachigen Ländern, im Vergleich zu nord- und zentraleuropäischen Ländern sein (NCD-RisC., 2017). Die Unterschiede zwischen den US-amerikanischen Studien sind besonders interessant, da einige den Werten von europäischen Ländern entsprechen (Odum et al., 2016, Orhurhu et al., 2020, Großschädl & Bauer, 2022), andere jedoch eine deutlich höhere Prävalenz von Adipositas beschrieben (Ortiz et al., 2019, Caughey et al., 2021). Zudem ist auffällig, dass bei US-amerikanischen Studien ein besonderer Fokus auf Adipositas Grad 3 gelegt wurde. Dies könnte dadurch begründet sein, dass in den USA allgemein eine höhere Prävalenz von Adipositas um circa 40% vorliegt (Hales et al., 2018), die bis 2030 auf bis zu 50% zunehmen wird (Ward et al., 2019). Zum anderen könnte es daran liegen, dass Herzinsuffizienz, welche eine der Folgeerkrankungen von Adipositas ist, in diesen Studien untersucht wurde (Caughey et al., 2021, Aguilar-Gallardo et al., 2022). Ähnliche Ergebnisse um 20% Prävalenz von Adipositas bei Krankenhauspatient*innen wie in der aktuellen Datenanalyse zeigten andere Studien. So war die Prävalenz von Adipositas bei einer Längsschnittstudie mit Erwachsenen US-Amerikaner*innen mit einer Knie-Arthroplastik ebenfalls im Bereich von 20%. 2002 lag diese bei 19,4%, beziehungsweise 2012 bei 24,57% (Odum et al., 2016). Eine andere Studie aus den USA mit Patient*innen, welche ein Rückenmarksstimulationsimplantat erhielten, waren 2011 13,75% adipös und 2015 19,36% adipös (Orhurhu et al., 2020). Dies entspricht ebenfalls im weiteren Sinn den aktuellen Ergebnissen. Bei einer Studie mit Intensivpatient*innen aus Brasilien waren zwischen 2012-2013 19,8% adipös (Carrara et al., 2016). Eine Studie aus Österreich, die ebenfalls Daten der Pflegequalitätserhebung 2.0 verwendete und die Prävalenz von Adipositas und der Pflegeabhängigkeit auf Intensivstationen untersuchte, zeigte ebenfalls eine ähnliche Prävalenz wie in der aktuellen Arbeit, hier waren 25,0% der Patient*innen adipös (Großschädl & Bauer, 2022).

Die zuvor genannten Studien weisen jedoch einige Unterschiede zur aktuellen Datenanalyse auf, die für die Unterschiede der Prävalenz von Adipositas ursächlich sein könnten. Zum einen ist die Population unterschiedlich. In anderen Studien

werden meist Patient*innen mit bestimmten Krankheitsbildern oder bestimmte Stationen betrachtet und nicht wie in der aktuellen Datenanalyse die gesamten Patient*innen von allgemeinen und Universitätskrankenhäusern (Odum et al., 2016, Deuker et al., 2021, Orhurhu et al., 2020, Caughey et al., 2021, Großschädl & Bauer, 2022). In der Studie von Odum et al. waren deutlich mehr Frauen (59%) als Männer (41%) in der Stichprobe enthalten, das durchschnittliche Alter war jedoch ähnlich dem der aktuellen Analyse bei 65,6 Jahren (Odum et al., 2016). Bei Deuker et al. waren die Teilnehmer*innen im Durchschnitt älter als in der aktuellen Datenanalyse (adipöse Patient*innen: 67 Jahre und nicht adipöse Patient*innen: 70 Jahre), zudem waren nur 19% der Teilnehmer*innen weiblich (Deuker et al., 2021). In der Studie von Orhurhu et al. lag das durchschnittliche Alter bei 56,2 Jahren, somit waren diese im Durchschnitt jünger, des Weiteren waren 57,7% der Patient*innen weiblich (Orhurhu et al., 2020). Caughey et al. hatten 64% weibliche Teilnehmer*innen. Das Durchschnittsalter war im Vergleich zur aktuellen Datenanalyse höher und lag bei 77 Jahren (Caughey et al., 2021). In der Studie von Großschädl et al. waren weniger Personen als in der aktuellen Studie weiblich (40,7%), das Durchschnittsalter war mit 68 Jahren ähnlich.

In Bezug auf das Geschlecht gab es zwischen 2016 und 2022 einige Unterschiede in der Prävalenz von Adipositas. In den Jahren 2016 und 2019 waren signifikant mehr Frauen als Männer im Krankenhaussetting von Adipositas betroffen. In den Jahren 2017 und 2021 war die Prävalenz von beiden Geschlechtern sehr ähnlich bei ca. 21-22%, wobei im Jahr 2017 mehr Frauen und 2021 mehr Männer adipös waren. 2021 waren 21,9% der Männer und 21,3% der Frauen adipös. Insgesamt lässt sich sagen, dass im betrachteten Zeitraum mehr Frauen als Männer adipös waren, sowie dass bei Männern die Prävalenz von Adipositas mehr geschwankt hat als die Prävalenzraten von Frauen. Bei Frauen hingegen ist die Prävalenz von Adipositas 2022 im Vergleich zu 2016 niedriger. Ursächlich für die geringere Prävalenz 2022 könnte die Stabilisierung beziehungsweise das leichte Sinken der Prävalenz von Adipositas bei Frauen in Österreich sein. In der Studie von Großschädl & Stronegger wurde dargestellt, dass sich die Prävalenz von Adipositas bei Frauen in der Bevölkerung ab 2007 stabilisierte, während sie bei Männern weiter anstieg (Großschädl & Stronegger, 2019). In einer Studie der Bevölkerung aus Korea zeigte sich im Verlauf von 1998-2009, dass sich die Prävalenz von Adipositas

bei Frauen stabil verhielt. Bei Männern war eine steigende Tendenz der Prävalenz von Adipositas vorhanden (Kang et al., 2014). Eine andere Studie beschrieb ebenfalls eine Stabilisierung von Adipositas bei koreanischen Frauen zwischen 1998 und 2014 und ein Ansteigen der Prävalenz von Adipositas bei Männern auf Bevölkerungsebene (Shin & Kang, 2017). Ähnliche Ergebnisse lieferte eine Studie aus Schottland, welche die Entwicklungen der Bevölkerung in Bezug auf Adipositas im Intervall von 1995-2014 untersuchte. In dieser Studie stabilisierte sich seit 2008 die Prävalenz von Adipositas bei Frauen. Jedoch ist die Vergleichbarkeit insofern eingeschränkt, dass in dieser Studie die Prävalenz von Adipositas bei Männern abnahm (Tod et al., 2017). Die Geschlechter näherten sich bei der aktuellen Datenanalyse in Bezug auf die Prävalenz von Adipositas im Zeitverlauf an. Die Studie von Becerra et al. aus den USA zeigte gleich wie die aktuellen Daten, dass mehr Frauen als Männer bei hospitalisierten Patient*innen adipös waren. Konkret ausgedrückt waren zwischen 2009 und 2011 bei 179.789 Hospitalisierungen aufgrund von Asthma: 17,21% der Frauen und 8,95% der Männer adipös (Becerra et al., 2016). Eine Unterscheidung der einzelnen Jahre, beziehungsweise ein Trend wurde in dieser Studie jedoch nicht aufgezeigt. Eine weitere US-amerikanische Studie mit Patient*innen, welche wegen chronisch kritischer Extremitätenischämie hospitalisiert wurden, bestätigte ebenfalls, dass Frauen häufiger von Adipositas betroffen waren als Männer. Hier waren von Patient*innen der Jahre 2002-2015 von 1.047.406 Frauen 11,0% adipös und von 1.353.704 Männern 8,4% adipös (Elbadawi et al., 2021). Es wurde hier aber ebenso wie bei Becerra et al. kein Verlauf über die einzelnen Jahre dargestellt. Eine Studie mit französischen Kindern und Jugendlichen kam im Zeitverlauf von 2008 bis 2018 zu dem Ergebnis, dass Jungen häufiger von Adipositas betroffen waren als Mädchen (Vanhelst et al., 2022). Dies könnte einen Ausblick auf zukünftige Entwicklungen, auch im stationären Setting geben. Biologisches und soziales Geschlecht nehmen Einfluss auf die Prävalenz von Adipositas. Zu den biologischen Einflüssen zählen unter anderem bei Männern im Vergleich zu Frauen geringere Konzentrationen von Leptin (welches das Hungergefühl unterdrückt), sowie ein geringeres Ausmaß an braunem Fettgewebe (welches, wenn es verringert ist, an der Entwicklung von Adipositas beteiligt sein könnte). Zu den Einflüssen des sozialen Geschlechts zählen unter anderem, dass Mädchen eine kalorienarme Ernährung bevorzugen (z.B. Obst und Gemüse) und kleinere Portionen essen, während Jungen eher zu z.B. Fleisch und kalorienhaltigen

Lebensmitteln tendieren und essen bis sie gesättigt sind. Zudem machen sich Mädchen eher Sorgen um ihr Gewicht und ihre Figur als Jungen. Des Weiteren sind Eltern mehr um den Gewichtsstatus ihrer Töchter besorgt, als um den Gewichtsstatus ihrer Söhne und Söhne werden eher dazu animiert mehr zu essen (Shah et al., 2020).

Personen <65 Jahren waren im Zeitraum von 2016 bis 2022 in allen Jahren häufiger von Adipositas betroffen. Wobei in den Jahren 2018 und 2022 ein statistisch signifikanter Unterschied vorlag. 2018 waren 20,3% der über 65-jährigen und 24,4% der unter 65-jährigen adipös. 2022 waren 19,2% der über 65-jährigen und 23% der unter 65-jährigen adipös. 2016, 2017, 2019 war die Prävalenz von Adipositas sehr ähnlich zwischen den beiden Gruppen. Die Ergebnisse sind konträr zu bekanntem Wissen, dass altersbedingte Veränderungen des Körpers vermehrt zu Adipositas führen. In dieser Hinsicht muss jedoch beachtet werden, dass auch Personen mit Normalgewicht, aufgrund ihrer Körperzusammensetzung, von Adipositas betroffen sein können. Adipositas bei Normalgewicht wird als „normal weight obesity“ bezeichnet (De Lorenzo et al., 2022). Ein Phänomen, welches vor allem bei älteren Personen auftritt, ist die sarkopene Adipositas. Bei dieser kommt es unter anderem durch Veränderungen des Hormonhaushalts, entzündlichen Prozessen und der Infiltration von Fettmasse in Muskelmasse zu einem Abbau der Muskelmasse, Muskelkraft und Abbau der fettfreien Masse (Batsis & Villareal, 2018). Ein Ursache, dass Personen <65 Jahren in der aktuellen Datenanalyse vermehrt von Adipositas betroffen waren, könnte an der Definition von Adipositas liegen. In dieser Masterarbeit wurde ausschließlich Adipositas laut der WHO-Definition verwendet und nicht explizit, z.B. auf abdominelle Adipositas eingegangen, welche bei älteren Personen gehäuft auftritt (World Health Organisation, 2023, Baharudin Shaharuddin et al., 2020). Der BMI weist nur eine sehr geringe Sensitivität zur Erkennung von Adipositas auf, vor allem bei älteren Personen. Eine Studie zeigte, dass nur 41,0% der Männer und 45,1% der Frauen durch den BMI richtig als adipös identifiziert wurden, jedoch sank die Sensitivität noch weiter je höher das Lebensalter der Teilnehmer*innen war. Der Taillenumfang ist eine andere Möglichkeit, um Adipositas festzustellen. Bei Männern liegt der Cut-off-Punkt von Adipositas bei ≥ 102 cm und bei Frauen bei ≥ 88 cm Taillenumfang. Mit diesem Hilfsmittel konnte bei 64,2% der Männer und 81,0% der Frauen Adipositas richtig festgestellt werden.

Doch auch bei dieser Art der Messung sank mit höherem Lebensalter die Sensitivität. Vor allem bei älteren Personen könnte durch eine Messung mittels Dual Energy X-ray Absorptiometry (DXA), welches auch zur Knochendichtemessung verwendet wird, der Grad der Adipositas besser festgestellt werden, da viele Personen, die im höheren Lebensalter adipös sind, nicht der Adipositas Definition der WHO von $\geq 30\text{kg/m}^2$ entsprechen (Batsis et al., 2016).

Die Krankheiten, die zwischen 2016 und 2022 bei österreichischen Krankenhauspatient*innen zu den fünf häufigsten zählten, wurden in der aktuellen Masterarbeit in Bezug auf Adipositas analysiert. Krankheiten des Atmungssystems, bösartige Neubildungen und Diabetes Mellitus sind, wie in der Einleitung beschrieben, in Bezug auf Adipositas auch von Bedeutung, jedoch gehörten diese nicht zu den fünf häufigsten Erkrankungen.

Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall) traten in allen Jahren des betrachteten Zeitraums bei adipösen Patient*innen häufiger auf, als bei nicht adipösen Patient*innen, in den Jahren 2017, 2018 und 2022 war der Unterschied zwischen diesen zwei Gruppen signifikant. Dies ist von besonderer Relevanz und geht mit bereits vorhandener Literatur einher, die besagt, dass Patient*innen mit Adipositas vermehrt an Herz-Kreislaufkrankungen leiden (Safaei et al., 2021, Bendor et al., 2020, Suri et al., 2021, Ardissino et al., 2022, Yuan et al., 2022). In der Studie von Großschädl & Bauer war im Vergleich zur aktuellen Analyse die Prävalenz von Krankheiten des Kreislaufsystems bei Patient*innen auf Intensivstationen ähnlich (Intensivstation: adipös: 58,3%, nicht adipös: 56,5%). Die Werte waren im Vergleich zur aktuellen Datenanalyse um einige Prozent höher, dennoch waren etwa die Hälfte der befragten Patient*innen in beiden Analysen von Herz-Kreislaufkrankungen betroffen (Großschädl & Bauer, 2022).

Keine signifikanten Unterschiede konnten in Bezug auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes festgestellt werden, wobei in allen Jahren mehr Personen mit Adipositas betroffen waren als ohne Adipositas. Das vermehrte Auftreten deckt sich mit den Ergebnissen von Peiris et al., die beschrieben, dass Adipositas das Risiko für Schmerzen vor allem im unteren Rückenbereich und den Knien erhöht (Peiris et al., 2021). Jedoch sind die Ergebnisse der aktuellen Arbeit, aufgrund der nicht signifikanten Unterschiede zwischen adipösen und nicht

adipösen Patient*innen in der Prävalenz von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, mit Vorsicht zu interpretieren. Eine Studie, welche Daten zu Bewohner*innen aus Pflegeheimen der Pflegequalitätserhebung 2.0 analysierte, beschrieb ebenfalls die Prävalenz von muskuloskelettalen Krankheiten bei den Bewohner*innen in Bezug auf Adipositas auf. In dieser Studie war die Prävalenz von muskuloskelettalen Erkrankungen bei österreichischen Bewohner*innen sehr ähnlich, 48,3% der adipösen und 47,5% der nicht adipösen Patient*innen waren davon betroffen (Großschädl et al., 2023). Dies entspricht in etwa dem doppelten der Prävalenz von muskuloskelettalen Krankheiten der aktuellen Datenanalyse.

Von 2016 bis 2021 waren in jedem Jahr mehr Patient*innen ohne Adipositas von Krankheiten des Verdauungssystems betroffen als Patient*innen mit Adipositas. Im Jahr 2021 gab es sogar signifikant weniger Patient*innen mit Adipositas mit Krankheiten Verdauungssystems. Dieses Ergebnis muss jedoch in Relation zu der geringeren Teilnehmer*innenanzahl gesetzt werden und somit mit Vorsicht interpretiert werden. 2022 war die Prävalenz von Krankheiten des Verdauungssystems bei adipösen und nicht adipösen Patient*innen gleich hoch (bei 19,1%). Einer der Gründe, warum Patient*innen mit Krankheiten des Verdauungssystems vermehrt nicht adipös sind, ist unter anderem der laut der WHO-Definition für Adipositas notwendige erhöhte Verzehr von energiereichen, fett- und zuckerhaltigen Lebensmitteln (World Health Organisation, 2021). Dies kann bei Personen mit Krankheiten des Verdauungssystems zum Teil aufgrund der Erkrankungen eingeschränkt sein. Die gleich hohe Prävalenz von Erkrankungen des Verdauungssystems 2022 könnte dadurch begründet sein, dass zum Beispiel bei Patient*innen mit Divertikulitis der Anteil an adipösen Patient*innen steigt, wie in der Studie von Ojemolon et al.. Diese beschrieben bei insgesamt 2.750.796 Hospitalisierungen, dass die Prävalenz von Adipositas bei US-amerikanischen Patient*innen die wegen Divertikulitis hospitalisiert wurden, von 2010 3,4% auf 2019 7,2% signifikant war und angestiegen ist (Ojemolon et al., 2023). Somit führen in Bezug auf Krankheiten des Verdauungssystems bei adipösen Patient*innen andere Krankheiten zu stationären Aufenthalten als bei nicht adipösen. Dies zeigte auch eine andere Studie, die beschrieb welche Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts gehäuft bei adipösen Patient*innen auftreten (gastroösophageale Refluxkrankheit, Barrett-Ösophagus, Speiseröhrenkrebs, Dickdarmpolypen, Dickdarmkrebs,

nichtalkoholische Fettleber, Hepatitis-C-bedingte Erkrankungen, Leberzellkarzinom, Gallensteine, Cholangiozelluläres Karzinom und Bauchspeicheldrüsenkrebs) (Nam, 2017). In der Studie von Großschädl & Bauer, welche österreichische Intensivpatient*innen inkludierten, hatten 28,7% der nicht adipösen und 27,0% der adipösen Patient*innen Krankheiten des Verdauungssystems (Großschädl & Bauer, 2022). Dies liegt in der Prävalenz über den Ergebnissen der aktuellen Datenanalyse, insgesamt waren jedoch auch in dieser Studie mehr Patient*innen ohne Adipositas von Erkrankungen des Verdauungssystems betroffen.

In den Jahren 2016 bis 2021 waren mehr Personen mit Adipositas von Krankheiten des Urogenitalsystems betroffen als nicht adipöse Patient*innen. In den Jahren 2016 und 2019 war der Unterschied zwischen den Gruppen signifikant. 2022 waren mehr Personen ohne Adipositas von Krankheiten des Urogenitalsystems betroffen, der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Eine Studie mit österreichischen Intensivpatient*innen beschrieb, dass Personen mit Adipositas häufiger von Krankheiten des Urogenitalsystems betroffen waren als nicht adipöse Patient*innen. In dieser Studie waren 17,1% der nicht adipösen Patient*innen von einer solchen Erkrankung betroffen und 20,9% der adipösen Patient*innen (Großschädl & Bauer, 2022). Dies entspricht in etwa den Werten der aktuellen Datenanalyse um ca. 20% Prävalenz von urogenitalen Erkrankungen bei den Patient*innen. Gründe für das erhöhte Auftreten dieser Krankheiten bei adipösen Patient*innen sind, dass Adipositas zu unterschiedlichen Erkrankungen des Urogenitalsystems, zum Beispiel der Nieren führt. So stieg mit der Adipositas Epidemie die Prävalenz der Adipositas-bedingten Glomerulopathie (D'Agati et al., 2016), sowie der Adipositas-bedingten Nierenerkrankungen an (Câmara et al., 2017).

In Bezug auf Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus) lässt sich zusammenfassend sagen, dass in allen Jahren außer 2019 mehr Patient*innen mit Adipositas davon betroffen waren als Patient*innen ohne Adipositas. In fünf der sechs betrachteten Jahre war der Unterschied signifikant. Im Vergleich zwischen den Jahren 2016 bis 2022, war 2022 die Prävalenz von endokrinen Erkrankungen sowohl bei adipösen als auch bei nicht adipösen Patient*innen am niedrigsten. Eine Studie, welche die Beziehung zwischen Adipositas und Pflegeproblemen bei Intensivpatient*innen untersuchte, kam zu dem

Ergebnis, dass mehr Patient*innen mit Adipositas von endokrinen Erkrankungen betroffen waren, ähnlich wie in der aktuellen Analyse. So hatten 14,5% der nicht adipösen Patient*innen und 22,6% der adipösen Patient*innen endokrine Erkrankungen (Großschädl & Bauer, 2022). Dieser ebenfalls starke Unterschied deckt sich mit den aktuellen Ergebnissen, die in den meisten Jahren statistisch signifikant waren. Jedoch war die Prävalenz von endokrinen Erkrankungen niedriger als in der aktuellen Analyse, die im Jahr 2016 bei ihrem Maximalwert bei adipösen Patient*innen 35,0% betrug. Die Häufung von diesen Erkrankungen bei adipösen Patient*innen liegt daran, dass Adipositas zum einen eine Folge von Krankheiten ist, wie zum Beispiel von Hyperandrogenämie bei Polyzystischen Ovar-Syndroms (PCOS), zum anderen aber auch Krankheiten durch Adipositas ausgelöst werden, beziehungsweise das Risiko für diese steigt. Krankheiten des metabolischen Systems, die unter anderem durch Adipositas verursacht werden sind: Schilddrüsentumore, Schilddrüsenunterfunktion und Morbus Hashimoto (Franchini et al., 2022, Song et al., 2019).

In dieser Datenanalyse gab es Unterschiede wie pflegeabhängig Personen waren zwischen adipösen und nicht adipösen Patient*innen. Adipöse Patient*innen waren eher pflegeunabhängiger als Patient*innen ohne Adipositas. 2017 gab es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Studie von Großschädl et al., welche ebenfalls Daten der Pflegequalitätserhebung 2.0 nutzten. Auch hier waren adipöse Patient*innen zu einem geringeren Maß pflegeabhängig als nicht adipöse Patient*innen. Im Vergleich ist zudem ersichtlich, dass Patient*innen der aktuellen Datenanalyse, insgesamt zu einem überwiegenden Anteil völlig pflegeunabhängig waren (über 60% völlig pflegeunabhängig), während auf Intensivstationen eher eine gleichmäßige Aufteilung zwischen den Kategorien der PAS vorherrschte (11-16% völlig pflegeunabhängig) (Großschädl & Bauer, 2022). Als Intensivstation werden Einheiten in Krankenhäusern definiert die auf die Versorgung kritisch kranker Patient*innen spezialisiert sind. Dies beinhaltet spezielle medizinische und pflegerische Versorgung, eine erweiterte Überwachungs Kapazität, und unterschiedliche Arten der Organunterstützung, um das Leben der Patient*innen während einer lebensbedrohlichen Insuffizienz von Organsystemen zu erhalten. Es gibt unterschiedliche Arten von Intensivstationen. Eine Intensivstation der Stufe 1

ist in der Lage, Sauerstoff, nichtinvasive Überwachung und intensivere Pflege als auf einer Normalstation bereitzustellen. Eine Intensivstation der Stufe 2 kann invasive Überwachung und grundlegende lebenserhaltende Maßnahmen für einen kurzen Zeitraum anbieten. Intensivstationen, welche der Stufe 3 entsprechen, bieten das gesamte Spektrum an Überwachungstechnologien und Technologien der Lebenserhaltung an und dienen als regionale Ressource für die Versorgung kritisch kranker Patient*innen (Marshall et al., 2017). Die Definition von Intensivstationen zeigt die Ursachen auf, die dazu führen, dass Patient*innen auf diesen Stationen, im Vergleich zu Patient*innen auf Normalstationen, pflegeabhängiger sind.

Eine andere Studie, welche Daten der Pflegequalitätserhebung 2.0 analysierte, verglich niederländische, österreichische und britische Pflegeheimbewohner*innen bezüglich Adipositas und Pflegeabhängigkeit. In dieser Studie gab es ebenfalls einen signifikanten Unterschied der Pflegeabhängigkeit zwischen adipösen und nicht adipösen Bewohner*innen. Adipöse Bewohner*innen waren weniger pflegeabhängig als nicht adipöse. Die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit Pflegeheimbewohner*innen war deutlich höher (44 Punkte) als die der aktuellen Datenanalyse mit Patient*innen im Krankenhaus (ca. 67 Punkte) (Großschädl et al., 2023). In anderen Studien mit Patient*innen auf geriatrischen Stationen (Doroszkiewicz, 2022, Lohrmann et al., 2003) oder Pflegeheimbewohner*innen (Schüssler & Lohrmann, 2015, Lohrmann et al., 2003, Henskens et al., 2019) war eine höhere Pflegeabhängigkeit nach der PAS im Vergleich zur aktuellen Datenanalyse vorhanden. Ursachen für die höhere Pflegeabhängigkeit von geriatrischen Patient*innen sind unter anderem Apathie, geringere körperliche Aktivität, eine hohe Anzahl an Begleiterkrankungen (Henskens et al., 2019), eingeschränkte kognitive Fähigkeit (Doroszkiewicz, 2022), sowie Demenz (Schüssler & Lohrmann, 2015, Henskens et al., 2019).

Im folgenden Absatz werden die Stärken und Schwächen dieser Masterarbeit genannt. Im Anschluss wird beschrieben, was aus den aktuellen Ergebnissen für die tägliche Praxis und die Forschung abgeleitet werden kann.

4.1 Stärken und Limitationen

Eine große Stärke dieser Masterarbeit ist, dass eine derartige Analyse von Daten der PQE 2.0 zuvor nicht durchgeführt wurde und dadurch eine wichtige Lücke in der aktuellen Literatur geschlossen wird.

Zudem erlaubt die Verwendung von Daten der PQE 2.0., die bereits über viele Jahre hinweg mit einem standardisierten Instrument Daten erhebt, eine gute Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Jahren.

Besonders ist darüber hinaus die Stichprobengröße. In allen Jahren (außer 2021) waren mindestens 2400 Teilnehmer*innen inkludiert.

Eine (unfreiwillige) Einschränkung stellt, die Situation der COVID-19-Pandemie dar, wodurch im Jahr 2020 keine Datenerhebung möglich war, sowie dass 2021 deutlich weniger Personen teilnahmen, was zu einer Einschränkung der Vergleichbarkeit führt.

Eine Limitation ist weiters, dass die Daten der Erhebung nicht repräsentativ für die Gesamtpopulation aller in Österreich hospitalisierten Patient*innen sind, somit können keine Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen werden.

Problematisch erscheint zudem die Definition von Adipositas in der Datenerhebung. Hier wurde ausschließlich der BMI berechnet, jedoch gibt es keine Daten zu Taillen- oder Hüftumfang bzw. zu abdomineller Adipositas. Dies wäre jedoch besonders bei älteren Personen mit Adipositas relevant. Im aktuellen Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2.0 werden Taillen- und Hüftumfang nicht erhoben, was dazu führt, dass Personen mit abdomineller Adipositas (welche besonders negativ auf das Herz-Kreislaufsystem wirkt), die normal- bzw. übergewichtig sind nicht als adipös berücksichtigt.

Des Weiteren wurde die Analyse auf die biologischen Geschlechter begrenzt, Geschlechtsidentitäten wurden nicht berücksichtigt und von der Ergebnisanalyse ausgeschlossen. Aussagen sind daher nur für Frauen und Männer möglich.

Eine weitere Limitation dieser Arbeit ist die Beschränkung auf die fünf häufigsten Erkrankungen von 2016 bis 2022. So konnten nicht alle mit Adipositas in Verbindung stehenden Krankheiten, beschrieben werden. Dadurch sind in der

aktuellen Arbeit z.B. keine Daten über Lungenerkrankungen, bösartige Neubildungen oder Diabetes.

4.2 Empfehlungen für die Praxis

Die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung 2.0 ist insofern für die Praxis relevant, als dass sie in Bezug auf Adipositas als Sensibilisierung dienen kann. Durch die aktuelle Datenanalyse wurde gezeigt, dass Personen mit Adipositas selbstständiger in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit sind, als nicht adipöse Personen. Es wurde auch erichtlich welche Risikogruppen es gibt, sowie dass die Prävalenz von Adipositas insgesamt in österreichischen Krankenhäusern in den Erhebungsjahren ähnlich hoch war.

Dieses Wissen kann dabei helfen, das Ausmaß der Erkrankung und den Bedarf, der dadurch für das interprofessionelle Team entsteht, besser einzuschätzen. Somit können in Zukunft, im österreichischen Setting, organisatorische Abläufe (zum Beispiel den Aufnahmeprozess bei stationärer Aufnahme) und das Management von Hilfsmitteln (wie z.B. angepasste Betten, Toiletten, Blutdruckmessgeräte) in stationären Einrichtungen adaptiert werden, um angepasste Interventionen zu planen und eine adäquate und bedürfnisgerechte Versorgung für adipöse Patient*innen durch das interprofessionelle Team zu gewährleisten. Durch die Verknüpfung von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und anderen Erkrankungen mit Adipositas im Krankenhaussetting konnten Risikogruppen identifiziert werden. Dies kann dem interprofessionellen Team zum Beispiel durch frühzeitige Beratungen und maßgeschneiderte Interventionen (durch z.B. Diätolog*innen, Physiotherapeut*innen, Pflegepersonal, Psycholog*innen und Ärzt*innen) mit den betroffenen Patient*innen dienen, um diese optimaler und bedürfnisgerechter zu unterstützen. Im Rahmen der Identifizierung und Beratung von Risikogruppen ist es zudem relevant, Adipositas neben dem BMI z.B. mit Hilfe des Waist-To-Hip-Ratios (WHR) einzuschätzen, um auch Personen mit abdomineller Adipositas als adipös zu identifizieren. Da abdominale Adipositas unterschiedliche Auswirkungen wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen und Insulinresistenz hat, ist es notwendig auf diese Form von Adipositas zukünftig einen vermehrten Fokus zu legen.

Zudem können die Ergebnisse der aktuellen Datenanalyse, dass adipöse Patient*innen weniger pflegeabhängig sind als nicht adipöse Patient*innen dazu beitragen, das Bild des interprofessionellen Teams auf Adipositas nachhaltig zu verändern. Des Weiteren kann dadurch der Personalbedarf in Bezug auf Adipositas genauer eingeschätzt werden. Patient*innen mit Adipositas sind zu einem überwiegenden Grad selbstständig in der Versorgung, wenn diese jedoch völlig pflegeabhängig oder überwiegend pflegeabhängig sind, ist es notwendig ausreichend Personal für eine optimale Versorgung bereitzustellen.

4.3 Empfehlungen für die Forschung

In Bezug auf die Forschung wird empfohlen, weiterhin Daten der Pflegequalitätserhebung bezüglich Adipositas miteinander zu vergleichen. Somit können Daten, die bereits leichte Tendenzen aufzeigen in längeren Trends beobachtet werden. Dadurch könnte in weiterer Folge herausgefiltert werden, ob es sich z.B. in der Häufung von Adipositas bei bestimmten Krankheiten wirklich um signifikante Unterschiede handelt und wie diese in weiterer Folge verlaufen.

Zudem sollte, neben dem BMI zur Erkennung von Adipositas auch das WHR oder DXA-Messungen angewandt werden. Dies ist vor allem in Bezug auf abdominelle Adipositas und ältere Personen relevant, denn dadurch könnten zukünftig mehr Personen als adipös identifiziert werden, da Personen mit abdomineller Adipositas nicht immer der Definition von Adipositas anhand des BMI entsprechen.

5 Schlussfolgerung

Abschließend kann festgestellt werden, dass sich die Prävalenz von Adipositas in den Jahren 2016-2022 bei österreichischen Krankenhauspatient*innen nicht signifikant unterschieden hat. Diese lag in allen Jahren bei circa 20%. 2016 war die Prävalenz am höchsten und 2022 am niedrigsten. Zudem lässt sich erkennen, dass sich Frauen und Männer in Bezug auf die Prävalenz von Adipositas annähernten. Des Weiteren lässt sich erkennen, dass durch Definition von Adipositas mittels des

BMI mehr Personen unter 65 Jahren als Personen über 65 Jahren von Adipositas betroffen waren.

Es gibt Krankheiten, welche bei Patient*innen mit Adipositas signifikant häufiger auftraten als bei Patient*innen ohne Adipositas (Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall), Krankheiten des Urogenitalsystems, Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)). In Bezug auf die Pflegeabhängigkeit insgesamt, war diese 2022 höher als in den Jahren davor, jedoch waren Patient*innen mit Adipositas im beobachteten Zeitraum weniger pflegeabhängig als jene Patient*innen ohne Adipositas.

Es ist wichtig, auch in Zukunft die PQE 2.0 in Gesundheitseinrichtungen durchzuführen und auch weiterhin die Prävalenz von Adipositas und Risikogruppen anhand von unterschiedlichen demographischen Variablen, sowie anderer Einflüsse wie Erkrankungen und die Pflegeabhängigkeit darauf zu untersuchen, damit das Gesundheitspersonal ein Bild von der Tragweite von Adipositas an sich und den Risikogruppen, sowie den damit verbundenen Herausforderungen bilden kann. Durch die Anwendung dieses Wissens in der täglichen Praxis kann die Patient*innenversorgung verbessert werden, zum Beispiel im Rahmen einer frühzeitigen Erkennung von Adipositas und daraus resultierenden Beratungen durch das interprofessionelle Team.

6 Referenzliste

- ABU-SHAWISH, G., BETSY, J. & ANIL, S. 2022. Is Obesity a Risk Factor for Periodontal Disease in Adults? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 19, pp. 1-20.
- AGUILAR-GALLARDO, J. S., ROMEO, F. J., BHATIA, K., CORREA, A., MECHANICK, J. I. & CONTRERAS, J. P. 2022. Severe Obesity and Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*, vol. 177, pp. 53-60.
- AKTER, T., ZEBA, Z., HOSEN, I., AL-MAMUN, F. & MAMUN, M. A. 2022. Impact of the COVID-19 pandemic on BMI: Its changes in relation to socio-demographic and physical activity patterns based on a short period. *PLOS One*, vol. 17, no. 3, pp. 1-14.
- ALWASH, S. M., MCINTYRE, H. D. & MAMUN, A. 2021. The association of general obesity, central obesity and visceral body fat with the risk of gestational diabetes mellitus: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, vol. 15, no. 5, pp. 425-430.
- ARDISSINO, M., REDDY, R. K., SLOB, E. A. W., PATEL, K. H. K., RYAN, D. K., GILL, D. & NG, F. S. 2022. Sleep Disordered Breathing, Obesity and Atrial Fibrillation: A Mendelian Randomisation Study. *Genes*, vol. 13, no. 1, pp. 1-11.
- AUNY, F. M., AKTER, T., GUO, T. & MAMUN, M. A. 2021. How Has the COVID-19 Pandemic Changed BMI Status and Physical Activity - Its Associations with Mental Health Conditions, Suicidality: An Exploratory Study. *Risk Management and Healthcare Policy*, vol. 14, pp. 2527-2536.
- BAHARUDIN SHAHARUDDIN, A., ABDUL AZIZ, N. S., AHMAD, M. H., MANJIT SINGH, J. S., CHAN, Y. Y., PALANIVELOO, L., KEE, C. C., ZULKAFLY, N., IBRAHIM WONG, N., SALLEH, R. & SELAMAT, R. 2020. Abdominal obesity and its associated factors among older adults in Malaysia. *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 20, no. 2, pp. 68-72.
- BARCO-CASTILLO, C., PLATA, M., ZULUAGA, L., SERRANO, A., GÓMEZ, A., SANTANDER, J., CAICEDO, J. I., AZUERO, J., ECHEVERRY, M. & TRUJILLO, C. G. 2020. Obesity as a risk factor for poor outcomes after sling surgery in women with stress urinary incontinence: A systematic review and

- meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, vol. 39, no. 8, pp. 2153-2160.
- BATSI, J. A., MACKENZIE, T. A., BARTELS, S. J., SAHAKYAN, K. R., SOMERS, V. K. & LOPEZ-JIMENEZ, F. 2016. Diagnostic accuracy of body mass index to identify obesity in older adults: NHANES 1999-2004. *International Journal of Obesity*, vol. 40, no. 5, pp. 761-767.
- BATSI, J. A. & VILLAREAL, D. T. 2018. Sarcopenic obesity in older adults: aetiology, epidemiology and treatment strategies. *Nature Reviews/Endocrinology*, vol. 14, no. 9, pp. 513-537.
- BECERRA, M. B., BECERRA, B. J. & TEODORESCU, M. 2016. Healthcare burden of obstructive sleep apnea and obesity among asthma hospitalizations: Results from the U.S.-based Nationwide Inpatient Sample. *Respiratory Medicine*, vol. 117, no., pp. 230-236.
- BENDOR, C. D., BARDUGO, A., PINHAS-HAMIEL, O., AFEK, A. & TWIG, G. 2020. Cardiovascular morbidity, diabetes and cancer risk among children and adolescents with severe obesity. *Cardiovascular Diabetology*, vol. 19, no. 79, pp. 1-14.
- BIGARELLA, L. G., BALLARDIN, A. C., COUTO, L. S., DE ÁVILA, A. C. P., BALLOTIN, V. R., INGRACIO, A. R. & MARTINI, M. P. 2022. The Impact of Obesity on Plastic Surgery Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Aesthetic Surgery Journal*, vol. 42, no. 7, pp. 795-807.
- BOUTARI, C. & MANTZOROS, C. S. 2022. A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*, vol. 133, no., pp. 1-77.
- BURKERT, N. T., FREIDL, W., MUCKENHUBER, J., GROßSCHÄDL, F., STRONEGGER, W. J. & RÁSKY, E. 2013a. Social status as a mediator of self-perceived health, quality of life and health-related behaviour in obesity. *Gesundheitswesen*, vol. 75, no. 7, pp. 101-107.
- BURKERT, N. T., RÁSKY, É., GROßSCHÄDL, F., MUCKENHUBER, J. & FREIDL, W. 2013b. The influence of socioeconomic factors on health parameters in overweight and obese adults. *PLOS ONE*, vol. 8, no. 6, pp. 1-8.
- BURTON, Z. A., LEWIS, R., BENNETT, T., MCLERNON, D. J., ENGELHARDT, T., BROOKS, P. B. & EDWARDS, M. R. 2021. Prevalence of Perioperative

- Childhood obesity in children undergoing general anaesthesia in the UK: a prospective, multicentre, observational cohort study. *British Journal of Anaesthesia*, vol. 127, no. 6, pp. 953-961.
- CÂMARA, N. O., ISEKI, K., KRAMER, H., LIU, Z. H. & SHARMA, K. 2017. Kidney disease and obesity: epidemiology, mechanisms and treatment. *Nature Reviews Nephrology*, vol. 13, no. 3, pp. 181-190.
- CARRARA, F. S., ZANEI, S. S., CREMASCO, M. F. & WHITAKER, I. Y. 2016. Outcomes and nursing workload related to obese patients in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 35, pp. 45-51.
- CAUGHEY, M. C., VADUGANATHAN, M., ARORA, S., QAMAR, A., MENTZ, R. J., CHANG, P. P., YANCY, C. W., RUSSELL, S. D., SHAH, S. J., ROSAMOND, W. D. & PANDEY, A. 2021. Racial Differences and Temporal Obesity Trends in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 69, no. 5, pp. 1309-1318.
- COMMERS, G., VICTORIANO-HABIT, R., RODRIGUE, L., KESTENS, Y. & EL-GENEIDY, A. 2023. Impacts of commute mode on body mass index: A longitudinal analysis before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Transport and Health*, vol. 30, pp. 1-13.
- D'AGATI, V. D., CHAGNAC, A., DE VRIES, A. P. J., LEVI, M., PORRINI, E., HERMAN-EDELSTEIN, M. & PRAGA, M. 2016. Obesity-related glomerulopathy: clinical and pathologic characteristics and pathogenesis. *Nature Reviews Nephrology*, vol. 12, no. 8, pp. 453-471.
- DE LORENZO, A., PELLEGRINI, M., GUALTIERI, P., ITANI, L., EL GHOSH, M. & DI RENZO, L. 2022. The Risk of Sarcopenia among Adults with Normal-Weight Obesity in a Nutritional Management Setting. *Nutrients*, vol. 14, no. 24, pp. 1-7.
- DE SIQUEIRA, J. V. V., ALMEIDA, L. G., ZICA, B. O., BRUM, I. B., BARCELÓ, A. & DE SIQUEIRA GALIL, A. G. 2020. Impact of obesity on hospitalizations and mortality, due to COVID-19: A systematic review. *Obesity Research & Clinical Practice*, vol. 14, no. 5, pp. 398-403.
- DELLAFIORE, F., CARUSO, R., BONAVINA, L., UDUGAMPOLAGE, N. S., VILLA, G., RUSSO, S., VANGONE, I., BARON, I. I., DI PASQUALE, C., NANIA, T., MANARA, D. F. & ARRIGONI, C. 2022. Risk factors and pooled incidence of

- intestinal stoma complications: systematic review and Meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion*, vol. 38, no. 7, pp. 1103-1113.
- DESSIE, Z. G. & ZEWOTIR, T. 2021. Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. *BMC Infectious Disease*, vol. 21, no. 1, pp. 1-28.
- DEUKER, M., STOLZENBACH, L. F., COLLÀ RUVOLO, C., NOCERA, L., MANSOUR, M., TIAN, Z., ROOS, F. C., BECKER, A., KLUTH, L. A., TILKI, D., SHARIAT, S. F., SAAD, F., CHUN, F. K. H. & KARAKIEWICZ, P. I. 2021. Obesity is associated with adverse short-term perioperative outcomes in patients treated with open and robot-assisted radical cystectomy for bladder cancer. *Urologic Oncology*, vol. 39, no. 1, pp. 75.e17-75.e25.
- DIJKSTRA, A., BUIST, G. & DASSEN, T. 1996. Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 10, no. 3, pp. 137-143.
- DING, N., ZHAN, J., SHI, Y., QIAO, T., LI, P. & ZHANG, T. 2022. Obesity in children and adolescents and the risk of ovarian cancer: A systematic review and dose–response meta-analysis. *PLOS ONE*, vol. 17, no. 12, pp. 1-14.
- DOROSZKIEWICZ, H. 2022. How the Cognitive Status of Older People Affects Their Care Dependency Level and Needs: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 16, pp 1-10.
- EFFERTZ, T., ENGEL, S., VERHEYEN, F. & LINDER, R. 2016. The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *The European Journal of Health Economics*, vol. 17, no. 9, pp. 1141-1158.
- ELBADAWI, A., BARSSOUM, K., MEGALY, M., RAI, D., ELSHERBEENY, A., MANSOOR, H., SHISHEHBOR, M. H., ABDEL-LATIF, A., GULATI, M. & ELGENDY, I. Y. 2021. Sex Differences in Trends and In-Hospital Outcomes Among Patients With Critical Limb Ischemia: A Nationwide Analysis. *Journal of the American Heart Association*, vol. 10, no. 18, pp. 1-20.
- FAKHRAEI, R., DENIZE, K., SIMON, A., SHARIF, A., ZHU-PAWLOWSKY, J., DINGWALL-HARVEY, A. L. J., HUTTON, B., PRATT, M., SKIDMORE, B., AHMADZAI, N., HESLEHURST, N., HAYES, L., FLYNN, A. C., VELEZ, M.

- P., SMITH, G., LANES, A., RYBAK, N., WALKER, M. & GAUDET, L. 2022. Predictors of Adverse Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Living with Obesity: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 4, pp. 1-23.
- FÖLDI, M., FARKAS, N., KISS, S., ZÁDORI, N., VÁNCSA, S., SZAKÓ, L., DEMBROVSZKY, F., SOLYMÁR, M., BARTALIS, E., SZAKÁCS, Z., HARTMANN, P., PÁR, G., ERŐSS, B., MOLNÁR, Z., HEGYI, P. & SZENTESI, A. 2020. Obesity is a risk factor for developing critical condition in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, vol. 21, no. 10, pp. 1-9.
- FRANCHINI, F., PALATUCCI, G., COLAO, A., UNGARO, P., MACCHIA, P. E. & NETTORE, I. C. 2022. Obesity and Thyroid Cancer Risk: An Update. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 19, no. 3, pp. 1-15.
- GODINA-FLORES, N. L., GUTIERREZ-GÓMEZ, Y. Y., GARCÍA-BOTELLO, M., LÓPEZ-CRUZ, L., MORENO-GARCÍA, C. F. & ACEVES-MARTINS, M. 2022. Obesity and its association with mental health among Mexican children and adolescents: systematic review. *Nutrition Reviews*, vol. 81, no. 6, pp 658-669 .
- GRAHAM, Y., HAYES, C., COX, J., MAHAWAR, K., FOX, A. & YEMM, H. 2022. A systematic review of obesity as a barrier to accessing cancer screening services. *Obesity Science and Practice*, vol. 8, no. 6, pp. 715-727.
- GROßSCHÄDL, F. & BAUER, S. 2022. The relationship between obesity and nursing care problems in intensive care patients in Austria. *Nursing in Critical Care*, vol. 27, no. 4, pp. 512-518.
- GROßSCHÄDL, F., SCHOBERER, D., EGLSEER, D., LOHRMANN, C., EVERINK, I., GORDON, A. L., SCHOLS, J. & BAUER, S. 2023. Obesity and its associated factors in older nursing home residents in three European countries-Secondary data analyses from the "International Prevalence Measurement of Care Quality". *International Journal of Older People Nursing*, vol. 18, no. 3, pp. 1-11.
- GROßSCHÄDL, F. & STRONEGGER, W. J. 2012. Regional trends in obesity and overweight among Austrian adults between 1973 and 2007. *Wiener klinische Wochenschrift*, vol. 124, no. 11-12, pp. 363-369.

- GROßSCHÄDL, F. & STRONEGGER, W. J. 2013. Long-term trends in obesity among Austrian adults and its relation with the social gradient: 1973-2007. *European Journal of Public Health*, vol. 23, no. 2, pp. 306-312.
- GROßSCHÄDL, F. & STRONEGGER, W. J. 2019. Long-term trends (1973-14) for obesity and educational inequalities among Austrian adults: men in the fast lane. *European Journal of Public Health*, vol. 29, no. 4, pp. 790-796.
- GROßSCHÄDL, F. & STRONEGGER, W. J. 2021. Regional and Social Disparities for Obesity among Austrian Adults: Representative Long-term Trends from 1973-2014. *Gesundheitswesen*, vol. 83, no. 1, pp. 59-65.
- GUZMAN-PRADO, Y., BEN SHIMOL, J. & SAMSON, O. 2021. Body mass index and immune-related adverse events in patients on immune checkpoint inhibitor therapies: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Immunology, Immunotherapy*, vol. 70, no. 1, pp. 89-100.
- HALES, C. M., FRYAR, C. D., CARROLL, M. D., FREEDMAN, D. S. & OGDEN, C. L. 2018. Trends in Obesity and Severe Obesity Prevalence in US Youth and Adults by Sex and Age, 2007-2008 to 2015-2016. *Jama*, vol. 319, no. 16, pp. 1723-1725.
- HATCHIMONJI, J. S., KAUFMAN, E. J., VASQUEZ, C. R., SHASHATY, M. G. S., MARTIN, N. D. & HOLENA, D. N. 2020. Obesity is Associated With Mortality and Complications After Trauma: A State-Wide Cohort Study. *Journal of Surgical Research*, vol. 247, pp. 14-20.
- HEGYI, P. J., SOÓS, A., HEGYI, P., SZAKÁCS, Z., HANÁK, L., VÁNCSA, S., OCSKAY, K., PÉTERVÁRI, E., BALASKÓ, M., ERÖSS, B. & PÁR, G. 2020. Pre-transplant Sarcopenic Obesity Worsens the Survival After Liver Transplantation: A Meta-Analysis and a Systematic Review. *Frontiers in Medicine*, vol. 7, pp. 1-9.
- HELVACI, N., EYUPOGLU, N. D., KARABULUT, E. & YILDIZ, B. O. 2021. Prevalence of Obesity and Its Impact on Outcome in Patients With COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Endocrinology (Lausanne)*, vol. 12, pp. 1-13.
- HENSKENS, M., NAUTA, I. M., DROST, K. T., MILDERS, M. V. & SCHERDER, E. J. A. 2019. Predictors of care dependency in nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 92, pp. 47-54.

- HIGGINS, D. M., MALLORY, G. W., PLANCHARD, R. F., PUFFER, R. C., ALI, M., GATES, M. J., CLIFTON, W. E., JACOB, J. T., CURRY, T. B., KOR, D. J., FOGELSON, J. L., KRAUSS, W. E. & CLARKE, M. J. 2016. Understanding the Impact of Obesity on Short-term Outcomes and In-hospital Costs After Instrumented Spinal Fusion. *Neurosurgery*, vol. 78, no. 1, pp. 127-132.
- HUANG, S. L., CHENG, H., DUFFIELD, C. & DENNEY-WILSON, E. 2021. The relationship between patient obesity and nursing workload: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 30, no. 13-14, pp. 1810-1825.
- IBM CORP 2021. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0.*, Armonk, NY, IBM Corp.
- ICD-10 WHO. 2016. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* [Online]. Available: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/R13> [Accessed 06.08. 2023].
- JOHNSTON, M. P. 2014. Secondary Data Analysis: A Method of which the Time Has Come. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML)*, vol., no. 3, pp. 619-626.
- JURA, M. & KOZAK, L. P. 2016. Obesity and related consequences to ageing. *Age (Dordrecht)*, vol. 38, no. 1, pp. 1-18.
- KANG, H. T., SHIM, J. Y., LEE, H. R., PARK, B. J., LINTON, J. A. & LEE, Y. J. 2014. Trends in prevalence of overweight and obesity in Korean adults, 1998-2009: the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Epidemiology*, vol. 24, no. 2, pp. 109-116.
- KOKTS-PORIETIS, R. L., ELMRAYED, S., BRENNER, D. R. & FRIEDENREICH, C. M. 2021. Obesity and mortality among endometrial cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, vol. 22, no. 12, pp. 1-16.
- KWAN, B., WATERS, P. S., KEOGH, C., CAVALLUCCI, D. J., O'ROURKE, N. & BRYANT, R. D. 2021. Body mass index and surgical outcomes in laparoscopic liver resections: a systematic review. *ANZ Journal of Surgery*, vol. 91, no. 11, pp. 2296-2307.

- LEI, X., SONG, S., LI, X., GENG, C. & WANG, C. 2021. Excessive Body Fat at a Young Age Increases the Risk of Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrition and Cancer*, vol. 73, no. 9, pp. 1601-1612.
- LI, H., BOAKYE, D., CHEN, X., HOFFMEISTER, M. & BRENNER, H. 2021. Association of Body Mass Index With Risk of Early-Onset Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, vol. 116, no. 11, pp. 2173-2183.
- LIU, Q., WU, M., ORGILL, D. P., BAI, X. & PANAYI, A. C. 2022. The effect of obesity on inpatient outcomes in lower extremity trauma: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, vol. 92, no. 2, pp. 464-470.
- LOHRMANN, C., EGLSEER, D. & MANDL, M. 2016. *Pflegequalitätserhebung 2.0 - 12. April 2016*, Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- LOHRMANN, C., EGLSEER, D. & HÖDL, M. 2018. *Pflegequalitätserhebung 2.0 - 14. November 2017*, Graz Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- LOHRMANN, C., EGLSEER, D., OSMANCEVIC, S. & HÖDL, M. 2019. *Pflegequalitätserhebung 2.0 - 13. November 2018*, Graz Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- LOHRMANN, C., EGLSEER, D., BAUER, S., HÖDL, M. & OSMANCEVIC, S. 2020. *Pflegequalitätserhebung 2.0 - 12. November 2019.*, Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- LOHRMANN, C., BAUER, S., LAMPERSBERGER, L. & OSMANCEVIC, S. 2022. *Pflegequalitätserhebung 2.0 - 09. - 11. November 2021*, Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- LOHRMANN, C., DIJKSTRA, A. & DASSEN, T. 2003. Care dependency: testing the German version of the Care Dependency Scale in nursing homes and on geriatric wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, no. 1, pp. 51-56.
- MARIENFELD, D. 2016. [Physiotherapeutic treatment of adipose patients. Options and limitations on intensive care units]. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, vol. 111, no. 2, pp. 160-162.

- MARSHALL, J. C., BOSCO, L., ADHIKARI, N. K., CONNOLLY, B., DIAZ, J. V., DORMAN, T., FOWLER, R. A., MEYFROIDT, G., NAKAGAWA, S., PELOSI, P., VINCENT, J. L., VOLLMAN, K. & ZIMMERMAN, J. 2017. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, vol. 37, pp. 270-276.
- MIRANDA, D. R., NAP, R., DE RIJK, A., SCHAUFELI, W., IAPICHINO, G. & GROUP, M. O. T. T. W. 2003. Nursing activities score. *Critical care medicine*, vol. 31, no. 2, pp. 374-382.
- MITTWEDE, P. N., GIBBS, C. M., AHN, J., BERGIN, P. F. & TARKIN, I. S. 2021. Is Obesity Associated With an Increased Risk of Complications After Surgical Management of Acetabulum and Pelvis Fractures? A Systematic Review. *Journal of the AAOS Global Research & Reviews*, vol. 5, no. 4, pp. 1-10.
- MRAD, M. A., AL QURASHI, A. A., SHAH MARDAN, Q. N. M., ALQARNI, M. D., ALHENAKI, G. A., ALGHAMDI, M. S., FATHI, A. B., ALOBAIDI, H. A., ALNAMLAH, A. A., ALJEHANI, S. K., DAGHISTANI, G. & ALSHARIF, T. H. 2022. Predictors of Complications after Breast Reconstruction Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, vol. 10, no. 12, pp. 1-6.
- NAM, S. Y. 2017. Obesity-Related Digestive Diseases and Their Pathophysiology. *Gut Liver*, vol. 11, no. 3, pp. 323-334.
- NCD-RISC. 2017. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*, vol. 390, no. 10113, pp. 2627-2642.
- NØRTOFT, E., CHUBB, B. & BORGLYKKE, A. 2018. Obesity and healthcare resource utilization: comparative results from the UK and the USA. *Obesity Science & Practice*, vol. 4, no. 1, pp. 41-45.
- O'SULLIVAN, D. E., SUTHERLAND, R. L., TOWN, S., CHOW, K., FAN, J., FORBES, N., HEITMAN, S. J., HILSDEN, R. J. & BRENNER, D. R. 2022. Risk Factors for Early-Onset Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, vol. 20, no. 6, pp. 1229-1240.

- ODUM, S. M., VAN DOREN, B. A. & SPRINGER, B. D. 2016. National Obesity Trends in Revision Total Knee Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty*, vol. 31, no. 9, pp. 136-139.
- OJEMOLON, P. E., SHAKA, H., KWEI-NSORO, R., KANEMO, P., SHAH, M., ABUSALIM, A. I. & ATTAR, B. 2023. Trends and Disparities in Colonic Diverticular Disease Hospitalizations in Patients With Morbid Obesity: A Decade-Long Joinpoint Analysis. *Cureus*, vol. 15, no. 3, pp. 1-8.
- ORHURHU, V., KHAN, F., SALISU ORHURHU, M., AGUDILE, E., URITS, I., HASOON, J., OWAIS, K., CHU, R., OGUNSOLA, D., VISWANATH, O., YAZDI, C., KARRI, J., HIRJI, S., GILL, J. & SIMOPOULOS, T. 2020. Obesity Trends Amongst Hospitalized Patients with Spinal Cord Stimulator Implants. *Advances in Therapy*, vol. 37, no. 11, pp. 4614-4626.
- ORTIZ, J., DIAZ, M., ARAYA, B. M., QUIROZ, J., CARROZA, B., PAVEZ, J., GUTIERREZ, L. & BINFA, L. 2019. Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. *Midwifery*, vol. 75, pp. 72-79.
- PEIRIS, W. L., CICUTTINI, F. M., HUSSAIN, S. M., ESTEE, M. M., ROMERO, L., RANGER, T. A., FAIRLEY, J. L., MCLEAN, E. C. & URQUHART, D. M. 2021. Is adiposity associated with back and lower limb pain? A systematic review. *PLOS ONE*, vol. 16, no. 9, pp. 1-41.
- PINTO, K. R. D., FECKINGHAUS, C. M. & HIRAKATA, V. N. 2021. Obesity as a predictive factor for chronic kidney disease in adults: systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol. 54, no. 4, pp. 1-10.
- PLASSMEIER, L., HANKIR, M. K. & SEYFRIED, F. 2021. Impact of Excess Body Weight on Postsurgical Complications. *Visceral Medicine*, vol. 37, no. 4, pp. 287-297.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2021. *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice 11th edn*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- RAHMANI, J., HAGHIGHIAN ROUDSARI, A., BAWADI, H., THOMPSON, J., KHALOOEI FARD, R., CLARK, C., RYAN, P. M., AJAMI, M., RAHIMI SAKAK, F., SALEHISAHLABADI, A., ABDULAZEEM, H. M., JAMALI, M. R. & MIRZAY RAZAZ, J. 2020. Relationship between body mass index, risk of venous thromboembolism and pulmonary embolism: A systematic review

- and dose-response meta-analysis of cohort studies among four million participants. *Thrombosis Research*, vol. 192, pp. 64-72.
- REYNOLDS, C. M. E., EGAN, B., MCMAHON, L., O'MALLEY, E. G., SHEEHAN, S. R. & TURNER, M. J. 2019. Maternal obesity trends in a large Irish university hospital. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 238, pp. 95-99.
- RIVERA-IZQUIERDO, M., PÉREZ DE ROJAS, J., MARTÍNEZ-RUIZ, V., PÉREZ-GÓMEZ, B., SÁNCHEZ, M. J., KHAN, K. S. & JIMÉNEZ-MOLEÓN, J. J. 2021. Obesity as a Risk Factor for Prostate Cancer Mortality: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of 280,199 Patients. *Cancers (Basel)*, vol. 13, no. 16, pp. 1-15.
- ROCK, K., HAYWARD, R. D. & EDHAYAN, E. 2019. Obesity and hospital outcomes following traumatic injury: Associations in 9 years of patient data from a single metropolitan area. *Clinical Obesity*, vol. 9, no. 2, pp. 1-6.
- RODRÍGUEZ-CALERO, M. A., BLANCO-MAVILLARD, I., MORALES-ASENCIO, J. M., FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, I., CASTRO-SÁNCHEZ, E. & DE PEDRO-GÓMEZ, J. E. 2020. Defining risk factors associated with difficult peripheral venous Cannulation: A systematic review and meta-analysis. *Heart & Lung*, vol. 49, no. 3, pp. 273-286.
- ROLSTON, A., SPENCER, R. J., KEVIN REYNOLDS, R., RICE, L. W. & UPPAL, S. 2018. Factors associated with outcomes and inpatient 90-day cost of care in endometrial cancer patients undergoing hysterectomy - implications for bundled care payments. *Gynecologic Oncology*, vol. 150, no. 1, pp. 106-111.
- SAFAEI, M., SUNDARARAJAN, E. A., DRISS, M., BOULILA, W. & SHAPI'I, A. 2021. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*, vol. 136, no., pp. 1-17.
- SCHÜSSLER, S. & LOHRMANN, C. 2015. Change in Care Dependency and Nursing Care Problems in Nursing Home Residents with and without Dementia: A 2-Year Panel Study. *PLOS ONE*, vol. 10, no. 10, pp. 1-12.
- SENARATNA, C. V., PERRET, J. L., LODGE, C. J., LOWE, A. J., CAMPBELL, B. E., MATHESON, M. C., HAMILTON, G. S. & DHARMAGE, S. C. 2017.

- Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, vol. 34, pp. 70-81.
- SHAH, B., TOMBEAU COST, K., FULLER, A., BIRKEN, C. S. & ANDERSON, L. N. 2020. Sex and gender differences in childhood obesity: contributing to the research agenda. *BMJ Nutrition Prevention and Health*, vol. 3, no. 2, pp. 387-390.
- SHIN, H. Y. & KANG, H. T. 2017. Recent trends in the prevalence of underweight, overweight, and obesity in Korean adults: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey from 1998 to 2014. *Journal of Epidemiology*, vol. 27, no. 9, pp. 413-419.
- SIDDIQUI, S., ZAINAL, H., HARUN, S. N., SHEIKH GHADZI, S. M. & GHAFOR, S. 2020. Gender differences in the modifiable risk factors associated with the presence of prediabetes: A systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, vol. 14, no. 5, pp. 1243-1252.
- SOHN, W., LEE, H. W., LEE, S., LIM, J. H., LEE, M. W., PARK, C. H. & YOON, S. K. 2021. Obesity and the risk of primary liver cancer: A systematic review and meta-analysis. *Clinical and Molecular Hepatology*, vol. 27, no. 1, pp. 157-174.
- SONG, R. H., WANG, B., YAO, Q. M., LI, Q., JIA, X. & ZHANG, J. A. 2019. The Impact of Obesity on Thyroid Autoimmunity and Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Immunology*, vol. 10, pp. 1-11.
- STATISTIK AUSTRIA. 2020. *Übergewicht und Adipositas* [Online]. Available: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsverhalten/uebergewicht-und-adipositas> [Accessed 30.03. 2023].
- SURI, M., SURI, A., KUMAR, D. & PATEL, R. 2021. A Systematic Review of the Long-Term Trajectory of Hemodynamics and Body Composition in Childhood Obesity. *Cureus*, vol. 13, no. 11, pp. 1-10.
- SYBÖCK, K., HARTMANN, B. & KIRCHENGAST, S. 2023. Maternal Prepregnancy Obesity Affects Foetal Growth, Birth Outcome, Mode of Delivery, and Miscarriage Rate in Austrian Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 20, no. 5, pp. 1-13.

- TOD, E., BROMLEY, C., MILLARD, A. D., BOYD, A., MACKIE, P. & MCCARTNEY, G. 2017. Obesity in Scotland: a persistent inequality. *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, no. 1, pp. 1-13.
- TORRES-DE LA ROCHE, L. A., STELJES, I., JANNI, W., FRIEDL, T. W. P. & DE WILDE, R. L. 2020. The Association between Obesity and Premenopausal Breast Cancer According to Intrinsic Subtypes - a Systematic Review. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 80, no. 6, pp. 601-610.
- VAN NIE-VISSER, N. C., SCHOLS, J. M., MEESTERBERENDS, E., LOHRMANN, C., MEIJERS, J. M. & HALFENS, R. J. 2013. An international prevalence measurement of care problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 9, pp. e18-29.
- VANHELST, J., BAUDELET, J. B., THIVEL, D., OVIGNEUR, H. & DESCHAMPS, T. 2022. French youth trends in prevalence of overweight, obesity and underweight from 2008 to 2018. *BMC Research Notes*, vol. 15, no. 1, pp. 1-9.
- VULTURAR, D. M., CRIVII, C. B., ORĂSAN, O. H., PALADE, E., BUZOIANU, A. D., ZEHAN, I. G. & TODEA, D. A. 2022. Obesity Impact on SARS-CoV-2 Infection: Pros and Cons "Obesity Paradox"-A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, vol. 11, no. 13, pp. 1-16.
- WARD, M. C., AGARWAL, A., BISH, M., JAMES, R., FAULKS, F., PITSON, J., YUEN, N. & MNATZAGANIAN, G. 2020. Trends in obesity and impact on obstetric outcomes in a regional hospital in Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 60, no. 2, pp. 204-211.
- WARD, Z. J., BLEICH, S. N., CRADOCK, A. L., BARRETT, J. L., GILES, C. M., FLAX, C., LONG, M. W. & GORTMAKER, S. L. 2019. Projected U.S. State-Level Prevalence of Adult Obesity and Severe Obesity. *The New England Journal of Medicine*, vol. 381, no. 25, pp. 2440-2450.
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 2021. *Obesity and overweight* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=For%20adults%2C%20WHO%20defines%20overweight,than%20or%20equal%20to%2030.> [Accessed 03.03. 2023].
- WORLD HEALTH ORGANISATION. 2022. *WHO EUROPEAN REGIONAL OBESITY REPORT 2022* [Online]. Available:

7 Anhang



Code der Einrichtung

Code der Station/Wohnbereich

Angaben zur PatientIn

Station/Wohnbereich/Team

Code der PatientIn

3

Fragen, die mit folgendem Symbol gekennzeichnet sind (👁), müssen direkt am Bett der PatientIn erfasst werden.

👁 1 Hat die PatientIn an der Erhebung teilgenommen?

- Ja (Bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Nein

👁 2 Was war der ausschlaggebende Grund nicht an dieser Erhebung teilzunehmen?

- Teilnahme verweigert
- Nicht anwesend während der Erhebung
- Komatös
- Kognitive Beeinträchtigung
- Terminal/Zustand zu schlecht
- Versteht oder spricht die Sprache nicht
- Anderer Grund

3 Geburtsdatum Tag Monat Jahr

4 Geschlecht männlich weiblich PatientIn möchte keine Angaben zum Geschlecht machen

5 Aufnahmedatum Tag Monat Jahr

6 Wurde die PatientIn innerhalb der letzten zwei Wochen operiert?

- Ja
- Nein

7 Wird bei dieser PatientIn ein Pflege- und Behandlungspfad für PatientInnen am Ende des Lebens befolgt?

- Ja
- Nein

8 Welche medizinischen Diagnosen wurden bei der PatientIn gestellt?

(Mehrfachantworten möglich)

- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- Bösartige Neubildungen
- Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)
 - Diabetes mellitus
- Psychische und Verhaltensstörungen (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)
 - Demenz
 - psychotroper Substanzmissbrauch/Sucht
- Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/Querschnittlähmung)
 - Verletzungen des Rückenmarks/Querschnittlähmung
- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)
 - Schlaganfall
- Krankheiten des Atmungssystems
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- Krankheiten des Urogenitalsystems
- Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
- Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ohne Überdosis)
 - Überdosis
- Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
- Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
- Unbekannt/keine Diagnose

Pflegeabhängigkeitsskala

Frage 9 bitte nur für PatientInnen über 18 Jahren ausfüllen.

9 Bitte geben Sie für jeden Aspekt den Grad an, inwieweit die PatientIn von Pflege durch andere Personen abhängig ist.

	1*	2*	3*	4*	5*
Essen und Trinken: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, alleine zu essen und zu trinken sowie Nahrung und Getränke zuzubereiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, ihre/seine Urin- und/oder Stuhlausscheidungen willkürlich zu kontrollieren und angemessen darauf zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhaltung: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, bei bestimmten Aktivitäten die richtige Körperhaltung einzunehmen (z.B. Muss Person gelagert werden? Braucht die Person Hilfe beim Transfer?).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, sich alleine fortzubewegen und bestimmte Hilfsmittel zu benutzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tages- und Nachtrhythmus: Ausmaß, in dem eine Person einen angemessenen Tag-/Nachtrhythmus aufrechterhalten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, sich allein an- und auszukleiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertemperatur: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, ihre/seine Körpertemperatur gegen äußere Einflüsse zu schützen (z.B. Die Person bemerkt Temperaturunterschiede (Es ist kalt.) und kann angemessen darauf reagieren (Person zieht eine Weste an, fragt nach einer Weste, o.ä.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, sich selbständig zu waschen und zu pflegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeiden von Gefahren: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, selbständig für ihre/seine Sicherheit zu sorgen, Gefahren in der Umgebung zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, verbal (Sprache) und nonverbal (Gestik, Mimik) zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte mit Anderen: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, soziale Kontakte mit Anderen (z.B. ZimmernachbarIn, Freunde, Familie) aufzunehmen, aufrechtzuerhalten und zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinn für Regeln und Werte: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, Regeln und Werte (z.B. Hausordnung) einzuhalten und Wert auf ihre/seine Privatsphäre legt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, tägliche Anforderungen und Aktivitäten innerhalb der Einrichtung zu bewältigen (z.B. merkt sich Termine (Therapien, Essenszeiten, Bastelstunde) und nimmt diese selbständig wahr). Auch die Organisation des Haushaltes gehört zu den Alltagsaktivitäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung: Ausmaß, in dem eine Person in der Lage ist, durch sinnvolle Beschäftigung (z.B. Lesen, Fernsehen, Basteln) ihre/seine Zeit während des stationären Aufenthaltes zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernfähigkeit: Ausmaß, in dem eine Person kognitiv in der Lage ist, Kenntnisse und/oder Fähigkeiten/Fertigkeiten zu erwerben und/oder Dinge zu behalten, die sie/er früher gelernt hat (z.B. Umgang mit Gehhilfen, Befolgen eines Diätplanes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 1 = Völlig abhängig; 2 = Überwiegend abhängig; 3 = Teilweise abhängig; 4 = Überwiegend unabhängig; 5 = Völlig unabhängig

10 Wurde in der PatientInnendokumentation seit der Aufnahme in die Einrichtung (Akutbereich) oder innerhalb der letzten 6 Monate (Langzeitbereich) eine Risikobeurteilung in Bezug auf einer der nachfolgenden Indikatoren durchgeführt und vermerkt?

	Risikobeurteilung vorliegend	
	Ja	Nein
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dekubitus

11 Risikoskala (Bradenskala, ab 8 Jahren auszufüllen)

Sensorisches Empfindungsvermögen

- 1 Fehlt
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Leicht eingeschränkt
- 4 Vorhanden

Ernährung

- 1 Sehr schlechte Ernährung
- 2 Mäßige Ernährung
- 3 Ausreichende Ernährung
- 4 Gute Ernährung

Mobilität

- 1 Komplette Immobilie
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Gering eingeschränkt
- 4 Mobil

Aktivität

- 1 Bettlägerig
- 2 Sitzt auf einem Stuhl
- 3 Geht wenig
- 4 Geht regelmäßig

Feuchtigkeit

- 1 Ständig feucht
- 2 Oft feucht
- 3 Manchmal feucht
- 4 Selten feucht

Reibe- und Scherkräfte

- 1 Aktuelles Problem
- 2 Potentielles Problem
- 3 Kein Problem zurzeit

12 Ist diese PatientIn Ihrer Meinung nach momentan dekubitusgefährdet?

- Ja
- Nein

13 Wurde bei der PatientIn basierend auf einer Hautinspektion ein Dekubitus festgestellt?

- Ja
- Nein
- PatientIn lehnt Hautinspektion ab

14 Welche Maßnahmen wurden in dieser Einrichtung bei dieser PatientIn durchgeführt, um einen Dekubitus zu vermeiden oder zu behandeln? (Bitte kreuzen Sie alle durchgeführten Maßnahmen an)

- Regelmäßige Hautinspektion
- Passive druckverteilende Matratze oder Auflage
- Aktive druckverteilende Matratze oder Auflage
- Sitzaufgabe
- Pflegerollstuhl
- Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen gemäß einem Zeitplan
- Freilagerung der Fersen/Anheben der Fersen
- Druckentlastung anderer Körperstellen
- Gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation
- Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-Produkte
- Prävention oder Behandlung von Flüssigkeits- und/oder Ernährungsdefiziten
- PatientInnenbildung zur Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus
- Andere Maßnahmen
- Keine Maßnahmen
- PatientIn lehnt alle Maßnahmen bezüglich Dekubitus ab

☞ 15 Wenn die PatientIn einen Dekubitus hat, ist die nachstehende Tabelle auszufüllen

Dekubituskategorie:	Sakrum	Trochanter		Ischium		Ferse		Knöchel		Ellbogen		Kopf (inkl. Ohren, Nase, Gesicht)		Andere 1	Andere 2
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R		
Kategorie 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kategorie 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kategorie 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kategorie 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus nicht kategorisierbar: Tiefe unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermutete tiefe Gewebsbeschädigung: Tiefe unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entstehungszeitpunkt:															
Vor der Aufnahme (in diese Einrichtung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf dieser Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf einer anderen Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Aufnahme in diese Einrichtung, Station unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Aufnahme, aber in einer anderen Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz

☞ 16 Ist die PatientIn harninkontinent?

- Ja
 Nein (Bitte mit Frage 21 fortfahren)

☞ 17 Hat die PatientIn aufgrund der Harninkontinenz einen Katheter?

- Ja
 Nein

☞ 18 Begann die Harninkontinenz nach der Aufnahme in diese Einrichtung?

- Ja
 Nein

19 Welche Maßnahmen wurden in dieser Einrichtung bei dieser PatientIn zur Kontinenzförderung und/oder Behandlung der Harninkontinenz durchgeführt?

(Bitte kreuzen Sie alle durchgeführten Maßnahmen an)

- Assessment der Harninkontinenzform
 Blasentagebuch
 Anpassung der Umgebung/Bekleidung
 Lebensstilanpassung
 Blasentraining
 Beckenbodentraining
 Individueller Zeitplan mit fixen Zeiten für Toilettengänge
 Stationsplan mit fixen Zeiten für Toilettengänge
 Überweisung zur/zum ExpertIn
 Absorbierende Produkte/ableitende Hilfsmittel
 Evaluierung der Medikation
 Medikation
 Andere Maßnahmen
 Keine Maßnahmen
 PatientIn lehnt alle Maßnahmen bezüglich Harninkontinenz ab

☞ 20 Ist die PatientIn stuhlinkontinent?

- Ja
 Nein

Wenn die PatientIn harninkontinent aber nicht stuhlinkontinent ist, gehen Sie bitte weiter zu Frage 24.

Wenn die PatientIn weder harn- noch stuhlinkontinent ist, gehen Sie bitte zu Frage 25.

☞ 21 Begann die Stuhlinkontinenz nach der Aufnahme in diese Einrichtung?

- Ja
 Nein

☞ 22 Wurde bei der PatientIn basierend auf einer Hautinspektion eine inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) festgestellt?

- Ja:
 Kategorie 1a
 Kategorie 1b
 Kategorie 2a
 Kategorie 2b
 Nein
 PatientIn lehnt Hautinspektion ab

Mangelernährung

☞ 23 Aktuelles Gewicht der PatientIn: in kg

,
 Unbekannt

24 Aktuelle Körpergröße der PatientIn: in cm

☞ 25 Hat die PatientIn ungewollt Gewicht verloren?

- Ja
 Nein
 Unbekannt

☞ 25a. Wenn ja, wie viel Gewicht hat die PatientIn ungewollt verloren?

,
 Unbekannt

,
 Unbekannt

,
 Unbekannt

☞ 26 Ist die PatientIn akut erkrankt und hat die PatientIn mehr als 5 Tage wenig oder nichts gegessen oder wird die PatientIn in den kommenden 5 Tagen weniger oder nichts essen?

- Ja
 Nein

Fragen 27 und 28 werden nicht angezeigt, diese sind ausschließlich für Pflegeheime.

29 Welche Ernährungsmaßnahmen wurden in dieser Einrichtung bei dieser PatientIn durchgeführt? (Bitte kreuzen Sie alle durchgeführten Maßnahmen an)

- Mangelernährungs-Screening
 Überweisung zur/zum DiätologIn
 Energie- oder proteinangereicherte Kost
 Energie- oder proteinangereicherte Zwischenmahlzeiten
 Anpassung der Nahrungskonsistenz
 Wunschkost
 Anpassung des Ambientes bei den Mahlzeiten
 Unterstützung während den Mahlzeiten
 Information für PatientInnen und Angehörige bezüglich Ernährungsproblemen und Maßnahmen
 Überwachung der Flüssigkeitsaufnahme durch Führen eines Trinkprotokolls
 Orale Trink- oder Zusatznahrung
 Sondennahrung
 Parenterale Ernährung
 Überwachung der Nahrungszufuhr (z.B. mit einem Tellerprotokoll)
 Andere Maßnahmen
 Keine Maßnahmen
 PatientIn lehnt alle Maßnahmen bezüglich Mangelernährung ab

Stürze

☞ 30 Ist die PatientIn in den letzten 30 Tagen in dieser Einrichtung gestürzt?

- Ja
 Nein (Bitte mit Frage 34 fortfahren)
 Unbekannt (Bitte mit Frage 34 fortfahren)

☞ 31 Hat der schwerste Sturz in den letzten 30 Tagen in dieser Einrichtung (wenn mehr als ein Sturz passiert ist) körperliche Verletzungen verursacht?

- Ja:
 Leichte Verletzungen (Hämatome, Schürfwunden, o.ä., welche keine medizinische Behandlung erfordern)
 Mittelschwere Verletzungen (Prellungen, Quetschungen, Schnittwunden, die genäht werden müssen oder schwere Schürfwunden, welche eine Wundbehandlung erfordern)
 Ernste Verletzungen (Kopfverletzung, Frakturen)
 Nein
 Unbekannt

⊕ 32 Ist die PatientIn in den letzten 12 Monaten vor der Aufnahme in das Krankenaus gestürzt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

33 Nimmt die PatientIn sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

34 Welche Maßnahmen wurden in dieser Einrichtung bei dieser PatientIn zur Prävention von Stürzen und/oder sturzbedingten Verletzungen durchgeführt?

(Bitte kreuzen Sie alle durchgeführten Maßnahmen an)

- Evaluierung der aktuellen Medikation
- Evaluierung des Sehvermögens/der Sehkraft
- Evaluierung des Schuhwerks
- Evaluierung der Hilfsmittel
- Evaluierung des Tagesprogramms/der Aktivitäten
- Therapeutische Übungen/Training
- Eins-zu-eins-Betreuung
- Begleitung beim Gehen
- Hilfsmittel zur Sturzprävention
- Sicherheitsanpassung der Umgebung
- Verwendung eines Niederflurbettes/Matratze am Boden und/oder neben dem Bett
- PatientInnenedukation
- Vereinbarung mit PatientIn und/oder Angehörigen über präventive Maßnahmen
- Anwendung anderer freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen
- Andere Maßnahmen
- Keine Maßnahmen
- PatientIn lehnt alle Maßnahmen bezüglich Sturz und sturzbedingten Verletzungen ab

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

35 Wurden bei der PatientIn in den letzten 30 Tagen auf dieser Station freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen angewendet?

- Ja
- Nein *(Bitte mit Frage 40 fortfahren)*

36 Wenn bei der PatientIn in den letzten 30 Tagen auf dieser Station freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen angewendet wurden, ist die nachstehende Tabelle auszufüllen:

	Mechanische Maßnahmen					Körperliche Maßnahmen (Festhalten einer PatientIn mit körperlicher Kraft einer anderen Person)	Pharmakologische Maßnahmen (Sedativa, Tranquillizer, Neuroleptika etc.)	Psychische Maßnahmen (Belohnungen, um erwünschtes Verhalten zu fördern)	Elektronische Überwachung (Videoüberwachung, Alarmsysteme, Sensormatten etc.)	Eins-zu-eins-Überwachung	Einschließen in einem Raum/ Deprivation	Verschlossene Abteilung oder Gebäude (permanent oder temporär; PatientIn kann die Station nicht ohne Erlaubnis verlassen)	Andere Maßnahmen
	Seitenteile	Fixiergurte	(Roll-)stuhl mit Tisch	PatientInnenschutzdecke	Andere mechanische Maßnahmen								
Ausschlaggebendes Motiv:													
Auf Wunsch der PatientIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf Wunsch der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturz(prävention)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umherirren der PatientIn (verhindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressives Verhalten (verhindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwirrtheit/delirantes Verhalten (verhindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung der Behandlung/ Vermeiden von Behandlungsunterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Motive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37 Welche der nachfolgenden Begleitmaßnahmen wurden durchgeführt? (Bitte kreuzen Sie alle durchgeführten Begleitmaßnahmen an)

- In erster Linie wurden Alternativen zu ein-/beschränkenden Maßnahmen angewendet
- In jeder Arbeitsschicht ist eine Person/Pflegende gemäß Vorschrift, zur Überwachung der freiheitsein-/beschränkten PatientIn, eingesetzt
- Die ein-/beschränkenden Maßnahmen wurden in der PatientInnendokumentation festgehalten
- Die PatientIn und/oder die Angehörigen wurden über den gesamten Ablauf der ein-/beschränkenden Maßnahmen informiert
- Die ein-/beschränkenden Maßnahmen wurden mit allen beteiligten Personen regelmäßig evaluiert (einschließlich der PatientIn)
- Keine der oben genannten Begleitmaßnahmen

Schmerzen

☞ **38 Hat die PatientIn während der letzten 7 Tage unter Schmerzen gelitten?**

- Keine Schmerzen (Bitte mit Frage 43 fortfahren)
- Schmerzen vorhanden, aber nicht täglich
- Tägliche Schmerzen

☞ **39 Geben Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen während der letzten 7 Tage an:**

- Leichte Schmerzen
- Mäßige Schmerzen
- Starke Schmerzen
- Sehr starke Schmerzen
- Unerträgliche Schmerzen

☞ **40 Sind die Schmerzen chronisch oder akut?**

- Chronisch
- Akut

☞ **41 Geben Sie die Stärke der momentanen Schmerzen an:**

- Keine Schmerzen
- Leichte Schmerzen
- Mäßige Schmerzen
- Starke Schmerzen
- Sehr starke Schmerzen
- Unerträgliche Schmerzen

42 Welche Maßnahmen wurden in dieser Einrichtung bei dieser PatientIn während der letzten 7 Tage/ im Moment durchgeführt, um Schmerzen zu lindern?

(Bitte kreuzen Sie alle durchgeführten Maßnahmen an)

- Nicht-medikamentöse Maßnahmen
 - Physiotherapie
 - Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS)
 - Akupunktur
 - Ruhigstellen
 - Psychotherapie und Verhaltenstherapie
 - Ergotherapie
 - Musiktherapie
 - Kälte- und Wärmetherapie
 - PatientInnenedukation
 - Entspannungstherapien (Yoga, Achtsamkeit, etc.)
 - Andere nicht-medikamentöse Maßnahmen
- Medikamentöse Maßnahmen
 - Nicht-Opioide
 - Paracetamol
 - Nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR)
 - Antidepressiva
 - Antiepileptika (Gabapentin, Pregabalin, etc.)
 - Andere Nicht-Opioide
 - Opioide
 - Schwachwirksame Opioide (Codein oder Tramadol)
 - Starke Opioide
 - Andere Maßnahmen
- Keine Maßnahmen
- PatientIn lehnt alle Maßnahmen zur Schmerzreduktion ab

☞ **43 Die obengenannten Schmerzeinschätzungen (Frage 40-43) wurden angegeben von:**

- Der PatientIn
- Der Pflegeperson

Einrichtungsinterne Fragen und Antwortkategorien

Frage 1:

- Antwortoption 1
- Antwortoption 2
- Antwortoption 3
- Antwortoption 4
- Antwortoption 5

Frage 2:

- Antwortoption 1
- Antwortoption 2
- Antwortoption 3
- Antwortoption 4
- Antwortoption 5

Frage 3

- Antwortoption 1
- Antwortoption 2
- Antwortoption 3
- Antwortoption 4
- Antwortoption 5

Frage 4:

- Antwortoption 1
- Antwortoption 2
- Antwortoption 3
- Antwortoption 4
- Antwortoption 5

Frage 5:

- Antwortoption 1
- Antwortoption 2
- Antwortoption 3
- Antwortoption 4
- Antwortoption 5