



universität
wien

DIPLOMARBEIT

„Wir sind ja nicht speziell für Ernährung zuständig“ Herausforderungen für Pflegende in Bezug auf Adipositas

Verfasserin

Mag. Maria Mohrenberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer. nat.)

Wien, Mai 2012

Studienkennzahl lt. A 474

Studienblatt:

Studienrichtung lt. Diplomstudium Ernährungswissenschaften

Studienblatt:

Betreuerin / Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Karl-Heinz Wagner

Inhaltsverzeichnis Adipositas

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Einleitung	5
Problemstellung.....	5
Zielsetzung.....	6
Forschungsfragen.....	6
Struktur der Arbeit und methodische Vorgehensweise.....	7
Literaturübersicht	8
Grundlagen.....	8
Handlungsbedarf im Gesundheitssystem.....	12
Herausforderungen für die Pflege	16
Material und Methode.....	24
Teilnehmer und Teilnehmerinnen	25
Analyse	25
Gütekriterien	26
Ethische Überlegungen	27
Ergebnisse	28
Ursachen	28
Folgen.....	37
Hilfsmittel.....	41
Ansprechen des Gewichts	45
Probleme für Patienten und Patientinnen aufgrund des Gewichts.....	47
Räumlichkeiten	49
Hebetechnik.....	51
Die Top 3 Fähigkeiten von Pflegenden.....	52
Gewünschte Veränderungen.....	54
Diätassistenz.....	55
Das Körpergewicht von Pflegepersonal	57
Gefährliche und peinliche Situationen.....	58
Personalbesetzung.....	59

Nahrungsmittelangebot und Auswahl	60
Kritische Gewichtsgrenze	61
Trend	62
Aufenthaltsdauer	62
Diskussion.....	64
Schlussbetrachtung.....	72
Zusammenfassung	75
Abstract	77
Literaturverzeichnis	79
Anhang	81
Zustimmungserklärung	82
Interviewleitfaden.....	83
Lebenslauf	85

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
et al.	et alii
etc.	et cetera
i.S.	im Sinne
WHO	World Health Organisation
BMI	Body Mass Index
W/H-Ratio	Waist-to-Hip- Ratio

Einleitung

Problemstellung

Adipositas ist nicht nur in der westlichen Gesellschaft ein zunehmendes Problem. In den letzten 30 Jahren hat sich die Prävalenz bei Erwachsenen in den USA auf zwei Drittel (64%) der erwachsenen Bevölkerung verdoppelt, bei Kindern sogar verdreifacht. (Hill & Wyatt, 2002; Lee, et al., 2010) Die Weltgesundheitsorganisation WHO berichtet von einer Prävalenz von 62% an Übergewicht und 26% an Adipositas in Amerika. Geringere Prävalenzdaten liegen für Südostasien mit 14% Übergewicht und 3% Adipositas vor. In allen WHO Regionen sind Frauen häufiger von Adipositas betroffen. Im afrikanischen Raum, der östlichen Mittelmeergegend und Südostasien sind Frauen beinahe doppelt so häufig von Adipositas betroffen als Männer. (WHO, 2012) In Australien hingegen sind Männer mit 67% verglichen mit 52% der Frauen ab 25 Jahren von Adipositas betroffen. (AIHW, 2012) Mittlerweile sind Übergewicht und Adipositas nicht nur in hochentwickelten Ländern ein Problem, sondern der Trend steigt besonders in Schwellenländern und Ländern mit mittlerem Einkommen, insbesondere in städtischen Regionen. (WHO, 2011) Nicht nur Adipositas als Krankheit selbst, sondern im Besonderen auch die damit verbundenen Komorbiditäten stellen immer mehr Herausforderungen für medizinisches und pflegerisches Personal dar. Zu den häufigsten adipositas-assoziierten Erkrankungen zählen kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ II Diabetes und dadurch bedingt eine frühzeitige Mortalität. Bluthochdruck, Dyslipidämie, Herzinfarkt, Erkrankungen der Gallenblase, Osteoarthritis, Schlafapnoe und verschiedene Arten von Krebs gehen ebenfalls mit Adipositas einher. (Hill & Wyatt, 2002; Lee, et al., 2010) Außerdem wird die Lebensqualität eingeschränkt und das Risiko für eine Behinderung steigt. (Lee, et al., 2010) Nach dem Rauchen ist Adipositas die zweithäufigste Ursache für vermeidbare Todesfälle. (Hill & Wyatt, 2002) Die direkten medizinischen Kosten aufgrund von Adipositas lagen 2006 bei 5,7% der gesamten Gesundheitsausgaben in den USA. (Sidorov & Fitzner, 2006) Auch vor Europa macht die Epidemie nicht halt. Hier trägt Übergewicht bereits zu 7% der gesamten Gesundheitsausgaben bei und steht damit an vierter Stelle der Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigem Tod. (Anderson, 2008) 18% der europäischen Schulkinder sind bereits übergewichtig und jährlich kommen 400 000 neue Fälle dazu, wovon jährlich mehr als 85 000

Kinder als adipös eingestuft werden müssen. (Lobstein & Baur, 2004) Anderson stellte fest, dass mit steigendem Body Mass Index (BMI) die Häufigkeit von Arztbesuchen steigt und mehr Medikamente verschrieben werden. (Anderson, 2008) Werden allerdings Übergewicht und Adipositas bereits im Kindesalter effektiv behandelt, könnten Risikofaktoren reduziert und somit auch enorme Kosten für Gesundheitsleistungen eingespart werden. Ein multifaktorieller Ansatz wäre hilfreich, der Managementprotokolle, Verhaltensmodifikation, Familienunterstützung und Lebensstil-Änderungen impliziert. Motivation und aktive Mitarbeit sind dafür jedoch wichtige Voraussetzungen. Grundsätzlich sollte die Prävention im Vordergrund stehen. (Lobstein & Baur, 2004)

Zielsetzung

In dieser Diplomarbeit sollen die Probleme in der täglichen Arbeit mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen aufgezeigt werden, vor allem wie sie von Pflegenden wahrgenommen werden. Da Übergewicht und Adipositas stetig zunehmen, ist es wichtig, die Sicht des Pflegepersonals zu kennen und Problemsituationen zu identifizieren. Durch ein geschärftes Bewusstsein können Maßnahmen gezielt geplant und indiziert werden.

Forschungsfragen

Wo sehen Pflegende Probleme im Umgang mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen im Krankenhaus oder Pflegeheim?

Was könnte im Krankenhaus/Pflegeheim verbessert werden, um diese Probleme zu reduzieren?

Wie sehen Pflegende übergewichtige und adipöse Menschen als Teil ihres Berufsalltages?

Welche Vorschläge von Seiten der Pflege gibt es zur Prävention von Übergewicht und Adipositas?

Welche Rolle spielen Pflegende in der Prävention?

Die Forschungsfragen beziehen sich auf medizinische Einrichtungen. Es soll aber auch aus Sicht von Pflegenden herausgefunden werden, wie durch Prävention die Herausforderungen im Krankenhaus oder Pflegeheim reduziert bzw. vermieden werden können. Aus Sicht der Tertiärprävention können Vorschläge gemacht werden

und Maßnahmen für die Primär- und Sekundärprävention könnten erarbeitet werden. Wie übergewichtige und adipöse Menschen von Pflegenden gesehen werden, könnte sich auf die tägliche Arbeit und die daraus abgeleiteten Präventionsmöglichkeiten auswirken.

Struktur der Arbeit und methodische Vorgehensweise

Im ersten Teil dieser Arbeit wird der derzeitige Forschungsstand zum Thema präsentiert. Gesucht wurde nach Literatur, die die Sicht der Pflege darstellt. Aufgrund der geringen Datenlage wurden weiters auch unterschiedliche Anschauungen verschiedener im Gesundheitssystem involvierter Berufsgruppen herangezogen, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu erkennen. Um einen besseren Überblick zur Primärprävention zu bekommen, wurden auch Studien aus diesem Bereich verwendet.

Im Anschluss an die Literaturrecherche wurde ein Interviewleitfaden aus den gefundenen Quellen entwickelt. Dieser halbstrukturierte Leitfaden soll bei Interviews mit Pflegepersonal als Grundlage dienen. Die persönliche Wahrnehmung der Befragten steht im Vordergrund, weshalb die Fragen in offener Form gestellt werden und einen möglichst großen Raum zur Beantwortung lassen. Die Befragten können dadurch frei erzählen und die für sie wichtigen Aspekte aufzeigen. Interessante Anschauungen können weiter verfolgt werden und erlauben eine persönliche Nachfrage. Mögliche bisher nicht erfasste Faktoren können dadurch berücksichtigt werden. (Morse & Field, 1998; Mayring, 2008) Da übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen in nahezu allen Bereichen anzutreffen sind, wurden keinerlei Einschränkungen vorgenommen, was die Arbeitsplätze, also Stationen, der Befragten betrifft.

Nach der Aufnahme der Interviews wurden diese transkribiert und ausgewertet. Im zweiten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse präsentiert und anschließend in Bezug auf die Forschungsfrage dargestellt. Die Ergebnisse dienen als Grundlage, um Möglichkeiten für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen für die Primärprävention aus Sicht der Tertiärprävention zu gewinnen.

Literaturübersicht

Die Literaturübersicht wurde in drei Bereiche unterteilt. So werden zuerst die Grundlagen erwähnt, danach folgt ein Überblick über den Handlungsbedarf im Gesundheitswesen und anschließend werden die Herausforderungen für die Pflege dargestellt.

Grundlagen

Epidemiologie und Prävalenz von Übergewicht und Adipositas

Adipositas ist in der westlichen Gesellschaft ein zunehmendes Problem. In den letzten 30 Jahren hat sich die Prävalenz bei Erwachsenen in den USA auf zwei Drittel (64%) der erwachsenen Bevölkerung verdoppelt, bei Kindern sogar verdreifacht. (Hill & Wyatt, 2002; Lee, et al., 2010) Nach dem Rauchen ist Adipositas die zweithäufigste Ursache für vermeidbare Todesfälle. (Hill & Wyatt, 2002) Die direkten medizinischen Kosten aufgrund von Adipositas lagen 2006 bei 5,7% der gesamten Gesundheitsausgaben in den USA. (Sidorov & Fitzner, 2006) Auch vor Europa macht die Epidemie nicht halt. Hier trägt Übergewicht bereits zu 7% der gesamten Gesundheitsausgaben bei und steht damit an vierter Stelle der Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigem Tod. (Anderson, 2008)

Im European Nutrition and Health Report 2009 wurden Daten aus europäischen Ländern zusammengetragen und ausgewertet. Schwierigkeiten gibt es dabei aufgrund der unterschiedlichen Methoden und der verschiedenen Altersklassen. So liegen österreichische Frauen gemeinsam mit polnischen Frauen mit 21kg/m² in dem von der WHO angegebenen Referenzbereich von 20-25 für einen Großteils sitzenden Lebensstil. Die Prävalenzdaten zeigen, dass Männer häufiger von Adipositas betroffen sind als Frauen. Die höchste Prävalenz zeigen griechische Frauen und zypriotische Männer. Dazu muss gesagt werden, dass die Daten von Zypern und Griechenland mittels Household Budget Surveys (HBS) ermittelt wurden, die die tatsächlich aufgenommene Nahrungsmenge überschätzen. Die geringste Prävalenz weisen norwegische und österreichische Frauen, sowie schwedische Männer auf. Österreichische Daten wurden mittels 24h-Erinnerungsprotokoll in der Altersgruppe der 19- bis 64-Jährigen 2005-2006 erfasst. Die schwedischen Daten stammen aus 7-Tages-Verzehrsprotokollen der über 16-

Jährigen in den Jahren 1997 und 1998. (Elmadfa, 2009) 18% der europäischen Schulkinder sind übergewichtig und jährlich kommen 400 000 neue Fälle dazu, wovon jährlich mehr als 85 000 Kinder als adipös eingestuft werden müssen. (Lobstein & Baur, 2004) Für die ältere Bevölkerung hat sich herausgestellt, dass ein höherer Body Mass Index (BMI) mit positiven Gesundheitsfolgen assoziiert ist. Das National Research Council der USA hat Empfehlungen von 24-29kg/m² für über 65-Jährige als Normalgewicht herausgegeben. (Elmadfa, 2009)

Im Österreichischen Ernährungsbericht 2008 wurden die Daten zum Ernährungszustand in Österreich ermittelt. Gemäß dem weltweiten Trend kann auch hier ein Anstieg von Übergewicht und Adipositas verzeichnet werden. In der Gruppe der 6- bis 15-jährigen Schulkinder sind 19% übergewichtig, davon 8% adipös. Bei den 18- bis 65-jährigen Erwachsenen liegt die Zahl bei 42%, 11% davon sind adipös. Bei den Erwachsenen ab 65 Jahren sind 40% übergewichtig. Auch wenn die Unterschiede nur gering sind, sind Buben und Männer häufiger betroffen. In allen Altersgruppen konnte ein starkes Ost-West-Gefälle gezeigt werden. (Elmadfa, et al., 2009)

Assoziierte Erkrankungen und deren Folgen

Zu den häufigsten adipositas-assoziierten Erkrankungen zählen kardiovaskuläre Erkrankungen, Typ II Diabetes, verschiedene Arten von Krebs und eine frühzeitige Mortalität. Auch Bluthochdruck, Dyslipidämie, Herzinfarkt, Erkrankungen der Gallenblase, Osteoarthritis und Schlafapnoe gehen mit Adipositas einher. (Hill & Wyatt, 2002; Brown, 2006; Lee, et al., 2010) Fettleber, endokrine und orthopädische Erkrankungen sind ebenso erhöht wie psychiatrische Erkrankungen. Die Wahrscheinlichkeit als Erwachsener an Adipositas zu leiden, ist 17fach erhöht, wenn bereits im Kindesalter Übergewicht vorliegt. (Lobstein & Baur, 2004) Außerdem wird die Lebensqualität eingeschränkt und das Risiko für eine spätere Behinderung steigt. (Lee, et al., 2010) Anderson stellte fest, dass mit steigendem BMI die Häufigkeit von Arztbesuchen steigt und mehr Medikamente verschrieben werden. (Anderson, 2008) Werden Übergewicht und Adipositas bereits im Kindesalter effektiv behandelt, könnten Risikofaktoren reduziert und somit auch enorme Kosten für Gesundheitsleistungen eingespart werden. Ein multifaktorieller Ansatz, der Managementprotokolle, Verhaltensmodifikation, Familienunterstützung und

Lebensstiländerungen impliziert, wäre hilfreich. Motivation und aktive Mitarbeit sind wichtige Voraussetzungen. Die Prävention sollte daher immer im Vordergrund stehen. (Lobstein & Baur, 2004)

Messmethoden

Zur Bestimmung des Körpergewichts stehen verschiedene anthropometrische Messungen zur Verfügung. Am häufigsten werden der Body Mass Index (BMI) und die Beurteilung des Bauchumfangs verwendet. Diese sollen hier kurz beschrieben werden. Der BMI wird aus dem Körpergewicht dividiert durch die Körpergröße zum Quadrat ermittelt. ($\text{BMI} = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$) Bei Erwachsenen mit einem BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ spricht man von Untergewicht, zwischen $18,5$ und $24,9 \text{ kg/m}^2$ von Normalgewicht und über 25 kg/m^2 von Übergewicht. Von Adipositas ist die Rede, wenn der BMI über 30 kg/m^2 steigt. Die WHO geht davon aus, dass ein BMI über 25 kg/m^2 ein guter Indikator für ein erhöhtes Krankheitsrisiko ist. Andere Studien sehen die abdominelle Adipositas als besseren Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen als den BMI. (Dalton, et al., 2003; Kragelund, 2005; Yusuf, et al., 2005) Die Grenzen des BMI werden bei Schwangeren und gut trainierten Personen sichtbar. Auch im Wachstum konnten keine festen Klassifikationsgrenzen ermittelt werden. Für Kinder und Jugendliche wurde die 90. Perzentile als Grenze für Untergewicht und die 97. Perzentile als Grenze für Adipositas definiert. (Elmadfa, et al., 2009)

Neben dem BMI wird häufig der Bauchumfang ermittelt. Bei Personen mit einem BMI zwischen 25 und $34,9 \text{ kg/m}^2$ sollte zusätzlich der Bauchumfang erfasst werden. Liegt der Bauchumfang bei Männern über 102 cm und bei Frauen über 88 cm , steigt das Risiko für bestimmte Komorbiditäten. Kombiniert mit Übergewicht und Adipositas kann der Bauchumfang das Krankheitsrisiko von hoch zu extrem hoch erhöhen und wird als besserer Indikator angesehen. (Hill & Wyatt, 2002)

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Die Österreichische Akademie für Präventionsmedizin und Gesundheitskommunikation beschreibt die Unterschiede in der Prävention folgendermaßen: Das Ziel der Primärprävention ist es, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und gleichzeitig Krankheiten zu verhindern. Sie setzt idealerweise möglichst früh an. In der Sekundärprävention soll das Fortschreiten von Erkrankungen durch Frühdiagnostik und frühe Behandlung verhindert werden. In der Tertiärprävention geht es darum, die Schwere und Ausweitung bereits manifester Erkrankungen zu verringern, Rückfallprophylaxe anzubieten und um Prävention von Folgeschäden bestehender Krankheiten. Ziel ist es, die Funktionsfähigkeit und die Lebensqualität der Betroffenen wieder herzustellen. (ÖAPG, 2008)

Handlungsbedarf im Gesundheitssystem

Es besteht aufgrund der bereits beschriebenen Aktualität von Adipositas im Gesundheitssystem dringender Handlungsbedarf im Bereich der Prävention und der Strategieentwicklung. Die Gesundheitsförderung ist aufgerufen, Strategien und Maßnahmen zur Prävention und Therapie zu entwickeln. Bewusstseinsbildung alleine reicht nicht zur Lösung des Problems. Adipositas muss enttabuisiert, die Komplexität und die Konsequenzen bewusst gemacht, Hemmschwellen reduziert und der Zugang zu Angeboten und Einrichtungen erleichtert werden.

Prävention und Strategien

Präventionsmaßnahmen auf kommunaler Ebene werden dann als erfolgreich angesehen, wenn sie eine breite Basis haben und gut in das Leben (am besten bereits im Kindesalter) integriert sind. (Lobstein & Baur, 2004) Anderson schlägt zwei Möglichkeiten vor, die Primärversorgung vermehrt zur Reduktion von Übergewicht und Adipositas einzubeziehen. So müssen professionelle und organisatorische Unterstützung und Schulungen angeboten, sowie finanzielle Anreize geschaffen werden. Es gibt derzeit keine evaluierten Studien, ob qualitativ hochwertige Serviceangebote eine Gewichtsreduktion verbessern, wenn diese kostenpflichtig sind. Auf die Frage, wie öffentliche Gesundheitsaktionen die Primärversorgung ergänzen können, werden drei wichtige Faktoren genannt: Lebensmittelproduktion, Umwelteinflüsse und individuelle Aktivitäten. Im Bereich der Lebensmittelproduktion können Bestandteile von Nahrungsmitteln reduziert (Salz, Fett, Zucker) bzw. erhöht (Ballaststoffe, Vitamine, Spurenelemente, Fettsäuren, Antioxidantien) werden und so auf die Gesundheit auf individueller Ebene einwirken. In den Niederlanden wurden beispielsweise die Stadt- und Verkehrsplanung so angelegt, dass ein leichter Zugang und Anreize für die Inanspruchnahme von öffentlichen Verkehrsmitteln, Rad- und Fußwegen geschaffen werden konnte. Nicht zu vergessen sind Werbung, TV und Computer. Lange Fernsehzeiten gehen signifikant mit einem erhöhten Körpergewicht einher. Gerade das kindliche Essverhalten wird stark von der Werbung beeinflusst. (Anderson, 2008) Tricas-Sauras schlägt in ihrer Antwort auf Brown's Literaturübersicht Möglichkeiten vor, wie präventive Strategien aussehen könnten. So

ist qualitativ hochwertiges Informationsmaterial über die Gesundheitsrisiken von Adipositas ebenso nötig wie diätetische und lebensstilbezogene Empfehlungen, um den erwarteten Anstieg in der Prävalenz von Adipositas zu minimieren. (Tricas-Sauras, 2006)

Adipositas muss in Konzeption und Behandlung in einem chronischen Pflegemodell gesehen werden. (Fontaine & Bartlett, 2000; Bertakis & Azari, 2005) Dadurch kann eine fortlaufende und rechtzeitige medizinische Versorgung im Bereich Identifikation und Behandlung von Risikofaktoren gewährleistet werden. Ärzte und Ärztinnen haben starke Bedenken gegenüber adipösen Patienten und Patientinnen, sie zeigen aber wenig Interesse, eine Führungsrolle in der Behandlung zu übernehmen. Mangelndes Wissen über effektive Behandlungsstrategien, negative Stereotypen über Motivation und Fähigkeiten von Personen ihr Verhalten zu ändern, das geringe Bewusstsein vorhandener Ressourcen und das geringe Vertrauen in die Beratung und die Verhaltensänderungen stellen mögliche Hindernisse dar, ebenso wie die geringen Erfolge. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass gerade Untergruppen in der Bevölkerung mit höherem Risiko weniger Zugang zu Einrichtungen haben, adipöse Menschen häufiger medizinische Angebote in Anspruch nehmen und somit höhere Kosten verursachen. Schulungen zur Identifikation, Behandlung und Beratung für medizinisches Personal sind nötig und die Konzeption von Adipositas als chronische Krankheit hilft, Ziele und Strategien zu entwickeln, sowohl Adipositas als auch die damit verbundenen Komorbiditäten erfolgreich zu bewältigen. (Fontaine & Bartlett, 2000) Eine multidisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Thema ist dafür nötig. (Zimmet & Alberti, 2006) Auch Lobstein & Baur sind der Meinung, dass neben der Verhaltensmodifikation, dem Einbezug des gesamten familiären Umfeldes und Lebensstilveränderungen ein multidisziplinäres Team Voraussetzung für erfolgreiche Managementprotokolle sind. Motivation und aktive Mitarbeit von allen Beteiligten sind ebenso erforderlich. (Lobstein & Baur, 2004) Ein langfristiges Management mit der Betonung auf Prävention in einem Modell für chronische Erkrankungen ist nötig. (Bertakis & Azari, 2005) Es fehlt derzeit an evidenzbasierten Programmen, die psychosoziale Maßnahmen und Interventionen umfassen. Die Möglichkeiten psychosozialer Interventionen werden übersehen und praktische Strategien fehlen. Gut ausgebildetes Pflegepersonal wäre eine wichtige Ressource, gerade durch den engen Kontakt mit Patienten und Patientinnen. (Tricas-Sauras, 2006) Disease

Management Programme könnten eingesetzt werden. Das sind Systeme koordinierter Interventionen und Kommunikation für chronisch Kranke. Sie stützen sich auf Aufklärung und Information von Patienten und Patientinnen und Case Management, damit die Betroffenen Schwierigkeiten managen und bewältigen können. (Sidorov & Fitzner, 2006) Die Schwierigkeiten in Therapie und Prävention führen Thande et al. darauf zurück, dass zu wenig Evidenz aufgrund der Studienlage vorliegt. Somit können keine optimalen Empfehlungen zu Prävention, Therapie und Management gegeben werden. Professionelle Helfer haben dadurch Probleme Anweisungen zur Gewichtskontrolle zu geben. Klarheit bedarf es auch in den Bereichen spezifischer Strategien zur Beratung von Gewichtsmanagement, dem optimalen Zeitpunkt von Beratung und die anzugehenden Faktoren. Schulungen für alle professionellen Helfer in diesem Bereich sind nötig. Zusätzlich müssen die komplexen kulturellen, ökonomischen Faktoren und der Bildungsstand von Individuen einbezogen werden. (Thande, et al., 2008) Strategien sollen ein langfristiges Management mit Betonung auf Prävention beinhalten. Wird dieses kritische Gesundheitsthema nicht angemessen adressiert, wird die Prävalenz von Adipositas inklusive der damit verbundenen Komorbiditäten weiter steigen, wodurch die Nutzung von Gesundheitsangeboten dramatisch ansteigen wird. (Bertakis & Azari, 2005)

Da Kindern eine immer bedeutendere Rolle beim Thema Adipositas zukommt, sollen gewisse Aspekte dazu kurz dargestellt werden. Edmunds (2004) untersuchte in Zentral- und Südwestengland die Einstellungen von professionellen Helfern und Helferinnen im Gesundheitssystem zu Adipositas bei Kindern. Gerade bei Kindern ist die Prävalenz stark im Zunehmen. Wünschenswert wäre, wenn Eltern bereits in einem frühen Stadium von Übergewicht professionelle Hilfe aufsuchen würden. Damit könnten langfristig positive Beziehungen zwischen Eltern, Kindern und dem Personal aufgebaut werden. Derzeit sind Eltern häufig enttäuscht, frustriert und resignieren, da von Seiten professioneller Helfer und Helferinnen wenig neue Informationen und Hilfestellungen kommen und diese keine Antworten auf ihre Fragen haben. Ein besserer Zugang und Erfolge entstehen, wenn Eltern frühzeitig Hilfe aufsuchen. Bei Kindern ist es noch einfacher, das Verhalten zu ändern, da sie noch nicht so stark in ihren Gewohnheiten festgefahren sind wie Erwachsene. Je später Hilfe aufgesucht wird, umso schwieriger ist es, neue und gesündere Verhaltensmuster zu erwerben und diese langfristig im Alltag zu integrieren. Vielfach

wird das Gewichtsmanagement nicht als Aufgabe von professionellen Helfern gesehen, da es als Lebensstilfaktor gilt und nicht als medizinisches Problem bewusst ist. In Zukunft wird diese Einstellung zu einem komplexen Problem mit gesundheitlichen Konsequenzen für adipöse Kinder werden. Hier sind dringend Studien zur Prävention und Behandlung kindlicher Adipositas nötig. Am erfolgreichsten sind Programme zum kindlichen Gewichtsmanagement, wenn professionelle Helfer und Helferinnen interessiert und positiv sind. (Edmunds, 2004) Puhl und Brownell (2006) fanden heraus, dass Familienmitglieder eine häufige Quelle von Stigmata sind. Dies zeigt die Komplexität des Themas, die normative Akzeptanz von Gewicht und bringt neue Herausforderungen für Interventionen. Für adipöse Kinder dominieren familiäre Einflüsse und sie sind sehr verletzlich gegenüber Stigmatisierung und deren Folgen innerhalb dieses geschützten Rahmens. (Puhl & Brownell, 2006) Wenn Adipositas bereits in der Kindheit behandelt wird, könnten nachfolgende Krankheitsrisiken und Gesundheitskosten reduziert werden. Als besondere Herausforderung stellt sich der Übergang von der Kindheit in die Pubertät dar. Die Datenlage zum Übergang zwischen Kindheit und Jugend ist derzeit noch sehr gering. (Lobstein & Baur, 2004)

Nutzung von Einrichtungen

Im Vergleich mit nicht-adipösen Patienten und Patientinnen nehmen adipöse Menschen durchschnittlich signifikant häufiger die medizinische Grundversorgung und Spezialkliniken in Anspruch, ebenso wie diagnostische Einrichtungen. Bei Notfällen und Einweisungen konnte kein Unterschied mit nicht-adipösen Patienten und Patientinnen gezeigt werden. (Bertakis & Azari, 2005) In allen Bereichen verursachen adipöse Menschen aber durchschnittlich höhere Kosten. Dies ergibt sich vermutlich durch den schlechteren Gesundheitszustand und damit verbundenen Komplikationen sowie der aufwändigeren Pflege. Verschiedene Auffassungen von Gesundheit und hilfesuchender Verhaltensweisen sind mögliche Gründe für die unterschiedliche Nutzung medizinischer Ressourcen im Vergleich zwischen adipösen und nicht-adipösen Menschen. Durch das Bewusstsein von Medizinern und Medizinerinnen über die mit Adipositas erhöhten Risiken, könnte die steigende Zahl der Nachbehandlungen mit regelmäßigen diagnostischen Maßnahmen und das Monitoring verbunden sein. Bertakis und Azari stellten außerdem fest, dass der

verringerte Gesundheitsstatus adipöser Patienten und Patientinnen mit dem vermehrten Auftreten von Depressionen assoziiert ist und dass sie signifikant häufiger ambulante Klinikaufenthalte, mehr Kontakte zu diagnostischen Einrichtungen und höhere Ausgaben für die Primär-, Spezial- und Notfallversorgung, für Hospitalisierung, diagnostische Leistungen und insgesamt höhere jahrelange Gesamtkosten haben. (Bertakis & Azari, 2005)

Die Bereiche Prävention, Strategien und mögliche Maßnahmen sind Themen, mit denen sich alle Beteiligten im Gesundheitssystem befassen müssen, und die einer breit angelegten Konzeption bedürfen. Durch die Komplexität von Adipositas, ihren Ursachen auf allen Ebenen, den Komplikationen und weitreichenden Konsequenzen ist es schwierig, allgemein gültige Empfehlungen zu entwickeln. Bewusstsein schaffen und Motivation zur Handlung sind Voraussetzungen für Medizin und Pflege, um effektiv mit Patienten und Patientinnen beratend und unterstützend arbeiten zu können. Da nun der Behandlungsbedarf bezüglich Adipositas im Gesundheitssystem dargestellt wurde, soll nun speziell auf die Problemfelder im Bereich der Pflege eingegangen werden.

Herausforderungen für die Pflege

In Drake's Studie wurden die Herausforderungen Pflegenden im Zusammenhang mit morbid adipösen Patienten und Patientinnen untersucht. Die Ergebnisse zeigen Probleme bezüglich Personal, physischer Aspekte der Pflege, psychosozialer Aspekte, spezieller Hilfsmittel und Bedenken zur Sicherheit. So werden Patienten/Patientinnen-Klassifikationssysteme als nicht ausreichend genau angesehen und sie spiegeln den Arbeitsaufwand nicht wider, wenn adipöse Patienten und Patientinnen klassifiziert werden sollen. Bedenken gibt es auch bezüglich der zusätzlichen Arbeitslast in einem bereits stressigen Umfeld. Neben diesen Aspekten sehen Pflegende das Berühren, Bewegen, Umlagern sowie das Beurteilen und Abschätzen als Herausforderung. Hier wird von großen Unterschieden zwischen normalgewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen gesprochen. In allen Phasen der Pflege treten diese Probleme bei adipösen Patienten und Patientinnen auf. Der Wert der Mobilität von Patienten und Patientinnen ist dem Pflegepersonal sehr wohl bewusst. Ihnen zu assistieren ist sehr

arbeits- und zeitintensiv verglichen mit Normalgewichtigen. Es wurde auch untersucht, ab welchem Gewicht Pflegepersonal Schwierigkeiten sieht. Um die 136kg (300Pfund) dürfte das kritische Gewicht sein, das Pflegende als zusätzliche Belastung empfinden. Neben dem Gewicht kommen aber noch weitere Variablen dazu: So gibt es große Unterschiede in der Qualität von Klassifikationsprotokollen und in der Unabhängigkeit von adipösen Patienten und Patientinnen. Akut Kranke sind schwieriger zu handhaben bezüglich der Körperpflege. Je nachdem, wie sehr Patienten und Patientinnen bei der Pflege selbst mithelfen, hat dies große Auswirkungen auf die Arbeitslast. Pflegende sehen adipöse Menschen als abhängiger und fordernder, häufiger isoliert und deprimiert. (Drake, et al., 2005) Unrealistische Erwartungen von Patienten und Patientinnen an die Pflege erschweren die Arbeit. (Drake, et al., 2005)

Körperliche Aspekte - Eigene Erscheinung

Brown stellte bei der Untersuchung quantitativer Studien fest, dass das Körpergewicht von Gesundheitspersonal eine wichtige Variable in der Beurteilung übergewichtiger und adipöser Patienten und Patientinnen ist. So sind weibliche, jüngere und übergewichtige Pflegepersonen strenger mit Patienten und Patientinnen als ältere, normalgewichtige und männliche Pflegende. (Young & Powell, 1985; Brown, 2006) Pflegende sind sich ihres eigenen Erscheinungsbildes bewusst und nutzen dies vielfältig. So malen sich schlanke Pflegepersonen die Abhängigkeiten bezüglich der Adipositas aus und haben Bedenken über möglicherweise geringere empathische und authentische Erfahrungen. Im Gegensatz dazu, haben Pflegende mit höherem BMI Bedenken, schlechte Vorbilder für Patienten und Patientinnen zu sein. Sie haben aber durch ihre persönlichen Erfahrungen den Vorteil empathisch und glaubwürdig zu wirken. Sie können Informationen und Erfahrungen aus erster Hand liefern, dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dies ihre persönlichen Erfahrungen sind und diese wissenschaftlich nicht belegt sind. (Brown & Thompson, 2007)

Psychosoziale Aspekte - Einstellung Pflegender gegenüber übergewichtigen und adipösen Patienten

Pflegende spielen eine wichtige Rolle im Bereich der Pflege und Unterstützung für übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen. (*National Audit Office*, 2001) Da Pflegende eine Schlüsselrolle darstellen, indem sie Pflege und Unterstützung anbieten, aber auch negative Stereotypen ihre Meinungen beeinflussen, ist es wichtig, ihre Einstellungen und die damit verbundenen Konsequenzen zu kennen. (Brown, 2006) Die negative Sicht übergewichtigen und adipösen Personen gegenüber wird beschrieben und die Vorstellung über die Ursachen beeinflusst die Einstellung. Pflegende sind sich ihrer ambivalenten Rolle einerseits als Hilfestellung und andererseits als mögliche diskriminierende Quelle bewusst. (Mercer & Tessier, 2001; Brown, 2006) Vermeidungshaltung und geringer Kontakt mit Patienten und Patientinnen spiegeln die persönliche, negative Einstellung von Pflegekräften wider. Reaktionen Pflegender auf adipöse Patienten und Patientinnen sind immer von Lebenserfahrungen, Gerüchten und kulturellen Einflüssen geprägt. (Paternelj-Taylor, 1989) Brown fasst die qualitativen Studien so zusammen, dass die generellen negativen Stereotypen ein wesentlicher Aspekt in der Meinungsbildung Pflegender sind. Diese wird beeinflusst durch Gefühle, Einstellungen und Glaubenssätze inklusive Bedenken über die Gesundheit. Weitere Aspekte wie Alter, Geschlecht, Gewicht/BMI von Pflegepersonen beeinflussen die Einstellung Pflegender ebenfalls. (Brown, 2006)

Es wurde angegeben, dass Adipositas ein sehr sensibles Thema ist. Die Beschreibungen „schwierig“, „unangenehm“ und „heikel“ werden in den Berichten verwendet. Am einfachsten für Pflegende ist es, wenn Patienten und Patientinnen das Gewicht von sich aus ansprechen. Auch wenn das Thema im Bezug auf das Management von langfristigen Folgen, wie Diabetes zur Sprache kommt, wird dies als einfacher Zugang beschrieben. Wird das Gewicht unabsichtlich angesprochen, fühlen sich Pflegende unbehaglich und wollen die unangenehme Situation übergehen. Pflegende ohne Vorbereitung und speziellem Protokoll fühlen sich besonders unwohl über Adipositas zu sprechen. (Brown & Thompson, 2007) Pflegende versuchen sehr wohl Empathie zu zeigen und einen individuellen und nicht-wertenden Zugang zu finden. Oftmals werden genetische und medizinische Merkmale als Ursachen von Adipositas vernachlässigt. Betont werden hingegen familiäre und persönliche Umstände, sowie kulturelle, umweltbezogene und

ökonomische Faktoren, die das Ess- und Bewegungsverhalten beeinflussen. Die äußeren Aspekte werden oft entschärft und die persönliche Verantwortung in den Vordergrund gestellt. Neben den möglichen Ursachen sind auch die Meinungen über Motivation und Verantwortungen von Patienten und Patientinnen sehr komplex. Frust entsteht aufgrund der Komplexität und der klinischen Erfahrungen. Der Umgang mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen dürfte mit dem BMI der Pflegeperson zusammenhängen. Bisher konnte noch nicht festgestellt werden, wie sich das auf die Zufriedenheit von Patienten und Patientinnen sowie die Ergebnisse von Interventionen auswirkt. (Brown & Thompson, 2007) Peternelj-Taylor (1989) untersuchte den Einfluss von Adipositas auf die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient/Patientin. Die Ergebnisse zeigen, dass adipöse Patienten und Patientinnen im Gegensatz zu nicht-adipösen Menschen, negativer evaluiert und als weniger sozial attraktiv bewertet werden als nicht-adipöse. Ein überraschendes Ergebnis war, dass männliche Patienten negativer evaluiert wurden als weibliche. Vermutlich haben Pflegende häufiger mit moderat adipösen Patienten und Patientinnen zu tun als mit massiv adipösen. Es gibt keine signifikanten Ergebnisse bezüglich emotionaler Gesundheit von Patienten und Patientinnen und den Gefühlen Pflegender ihnen gegenüber. Es wird angenommen, dass dies mit der sozialen Erwartungshaltung zusammenhängt. (Peternelj-Taylor, 1989)

Stigmatisierung

Die negativen Stereotypen mit denen übergewichtige und adipöse Menschen konfrontiert werden, begegnen diesen auch im Krankenhaus. Oft sind sie Opfer von Vorurteilen und Diskriminierung und sie schämen sich. Übergewicht und Adipositas können auch mit Armut, Behinderung sowie rassistischer und kultureller Diskriminierung einhergehen. Dann spricht man von schichtabhängigem Stigma. Von auferlegtem Stigma ist die Rede, wenn diskriminierendes Verhalten und Sanktionen auf individueller und kollektiver Ebene ablaufen. Im Gegensatz dazu ist gefühltes Stigma die Angst vor dem auferlegten Stigma. Dieses kann zur Vermeidung der Nutzung von Gesundheitseinrichtungen und –Anbietern führen. Ängste über die Reaktionen anderer bestehen unabhängig von der Reaktion. Betroffene sind dadurch ständig unter Stress. Auf Dauer kann dies durch Lernprozesse als Teil des persönlichen Selbstkonzepts integriert werden. Kinder sind dahingehend besonders

verletzlich. So haben betroffene Menschen weniger gute soziale Netze, ihre Lebensqualität sinkt ebenso wie das Selbstvertrauen und Depressionen. Arbeitslosigkeit, Einkommensverluste sowie Gesundheitsprobleme nehmen im Lauf der Zeit zu. Die Modifikation von medizinischem Equipment, Stigmatisierung durch die medizinische Fachsprache und die Pathologie von Adipositas kann stark negative Antworten bei Patienten und Patientinnen auslösen. Neben Interventionen sind auch die Medien Kanäle für Stigmatisierung. Multifaktorielle Ansätze in der Adipositasbekämpfung sind effektiver als Single-Interventionen. Maßnahmen, die auf Umweltfaktoren abzielen, dürften weniger stigmatisierend sein, sind effektiver und unterstützen die Gesundheit besser und über einen längeren Zeitraum. Darüber hinaus dürften sie auch kostengünstiger sein. (MacNeal, et al., 2009) In der westlichen Gesellschaft gibt es häufig soziale, psychologische und ökonomische Hürden für übergewichtige und adipöse Menschen, da sie vermehrt negativen Einstellungen und Diskriminierung ausgesetzt sind. (Brown, 2006) Auch in den Medien werden sie oftmals negativ dargestellt. So sind sie in Fernsehen und Film unterrepräsentiert, seltener in positiven Rollen zu sehen und werden häufig als Witzfiguren dargestellt. (Puhl & Brownell, 2001; Greenberg, et al., 2003) Diese Umstände wirken sich negativ auf das psychologische Wohlbefinden und die Lebensqualität aus. (Kolotkin, et al., 2001) In der westlichen Welt herrscht die Vorstellung, dass das Individuum für seine/ihre Situation verantwortlich ist und Gewichtszunahme bzw. –verlust der persönlichen Kontrolle unterliegen. Assoziationen wie Faulheit, fehlende Selbstdisziplin und Passivität werden ihnen zugeschrieben. (Puhl & Brownell, 2001) Wichtig dabei ist zu bedenken, dass die Gründe, die zu Adipositas führen, nicht klar fundiert sind. (Brown, 2006)

Equipment

Um häufige und vorhersehbare Symptome und Komplikationen kontrollieren zu können, ist Vorausplanung nötig. Kriterien-basierte Protokolle verhelfen zu adäquatem, rechtzeitigem und kosteneffektiven Gebrauch von Ressourcen. (Gallagher, et al., 2008) Patienten/Patientinnen- Klassifikationssysteme sind bei adipösen Patienten und Patientinnen nicht immer exakt genug und geben den damit verbundenen Arbeitsaufwand nicht wider. Dies sehen Pflegende kritisch. (Drake, et al., 2005) Kramer untersuchte die Auffassung Pflegender über den Nutzen

bariatrischer Betten und wichtige Belange zu deren Verwendung. Neben den Betten müssen auch die Matratzen an das Gewicht von Patienten und Patientinnen angepasst werden. Trotz teurer Anschaffung zahlen sich bariatrische Betten aus. So können Kosten aufgrund von Komplikationen wie Druckgeschwüre, Rehabilitationen und verletztem Personal reduziert werden. Morbid adipöse Patienten und Patientinnen verbleiben oft 30% länger im Krankenhaus. Die Kosten für Druckgeschwüre dritten bzw. vierten Grades belaufen sich auf das 5- bis 10-fache verglichen mit dem Einsatz präventiver Produkte wie bariatrischer Betten und Matratzen. Privatversicherungsanstalten, die auf Prävention setzen, fordern bestimmte Kriterien für den Einsatz bariatrischer Betten. Produktinformationen sind die am häufigsten verwendeten Informationsquellen für Pflegepersonal. Wichtig ist auch, dass Produktbroschüren in der Nähe sind, um bei Komplikationen sofort darauf zurückgreifen zu können. (Kramer, 2004) In ihrer Studie fanden Singh et al. heraus, dass die Angemessenheit von Equipment invers mit dem BMI und dem Bauchumfang korreliert. Nur eine Minderheit der Pflegenden wusste über die Gewichtsbeschränkungen von Betten, Nachtstühlen und Toiletten Bescheid. Spezialhilfsmittel und Personalschulungen sind nötig für adäquates Management adipöser Patienten und Patientinnen im Notfallsbereich. Schwierigkeiten entstehen für Pflegende bei der Auskultation von respiratorischen und kardialen Geräuschen bei adipösen Patienten und Patientinnen. Neben diesen sind auch die Vitalzeichen schwierig zu messen und zu interpretieren. Es hat sich gezeigt, dass Pflegepersonal andere Gewichtsbeschränkungen als angemessen sehen als Patienten/Patientinnen. Dabei stellte sich heraus, dass der Bauchumfang besser mit der Unangemessenheit von Hilfsmitteln korreliert als der BMI. Wichtig wäre auch die Dokumentation von Konsequenzen für Patienten und Patientinnen sowie von Pflegepersonal im Zusammenhang mit inadäquaten Hilfsmitteln. (Singh, et al., 2007) Die Größe der Räume im Krankenhaus ist oft zu gering für bariatrische Betten und andere Hilfsmittel. Größere Duschen und breitere Türen werden selten eingeplant. Hinzu kommt, dass mehrere Personen bei verschiedenen Maßnahmen zum Assistieren nötig sind. In vielen Fällen ist der Zugang zu Spezialhilfsmitteln nicht gegeben bzw. sehr umständlich. Hier wird von zentralen und dezentralen Lagermöglichkeiten von Hilfsmitteln berichtet. Oftmals stehen Räume zur Lagerung von Hilfsmitteln auf den Stationen nicht zur Verfügung. Ein Nachteil dabei ist, dass die Beschaffung dann kompliziert wird und deshalb vielfach darauf verzichtet wird. So

nehmen Pflegende die Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Beschaffung von Equipment in Kauf oder sie rekrutieren genügend Kollegen und Kolleginnen, um den Patienten/die Patientin gemeinsam ohne Hilfsmittel zu mobilisieren. (Drake, et al., 2005)

Sicherheit

Um die nötige Sicherheit sowohl von Patienten und Patientinnen als auch von Pflegepersonal zu fördern, ist Vorausplanung nötig. Kriterien-basierte Protokolle können dabei helfen, die Situationen von Patienten und Patientinnen zu erkennen und Risiken für spätere Komplikationen bedingt durch Adipositas zu minimieren. Rechtzeitige und angemessene Anwendung von speziellem Equipment, physikalischer Therapie und Wundpflege reduzieren Druckgeschwüre aufgrund von Übergewicht und unzureichender Bewegung. Kriterien-basierte Protokolle sind also wichtig um nötige Interventionen zur Kontrolle von Risiken zu identifizieren. Aufgrund von Personalmangel ist es Pflegenden allerdings oft nicht möglich, die aufwändigen Tätigkeiten, wie Teammeetings und Datensammlung, die dafür nötig wären, durchzuführen. Auch die finanzielle Instabilität schränkt den Trend zu Veränderungen und anschließendem Fortschritt ein. Bauliche Maßnahmen in diesem Zusammenhang sind zu bedenken. Da alle Bereiche im Krankenhaus auch mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen zu tun haben, wäre hier ein wichtiger Ansatz, um die Sicherheit aller Beteiligten zu erhöhen. (Gallagher, et al., 2008) In der Literatur wird wenig Rücksicht auf die Notwendigkeit einer höheren Zahl an Pflegenden im Umgang mit adipösen Patienten und Patientinnen genommen. Pflegepersonen haben oftmals Bedenken den Kollegen und Kolleginnen zu assistieren und lehnen dies auch aufgrund von Verletzungsangst ab. Eine Möglichkeit wäre, ein spezielles Team zu gründen, das bei morbid adipösen Menschen assistiert, womit Kosten gesenkt und Rückenverletzungen reduziert werden können. Möglicherweise haben Pflegende auch Bedenken bezüglich ihrer Zulassung, wenn es Einschränkungen in der Behandlung von Adipösen gibt. (Drake, et al., 2005) Drake et al. stellten fest, dass es die zweifache Menge an Zeit und Personal bedarf, bestimmte Handlungen an adipösen Patienten und Patientinnen durchzuführen. Obwohl die Zahl der assistierenden Personen angepasst sein sollte, steht zusätzliches Personal oft nicht zur Verfügung. (Drake, et al., 2008; Gallagher, et

al., 2008) Müssen Patienten und Patientinnen weniger gehoben werden, wird auch die Zahl der Verletzungen von Pflegepersonal reduziert. Wenn die Autonomie von Patienten und Patientinnen erhöht wird, kann ebenfalls Zeit gespart werden und die Produktivität von Pflegenden steigt. Durch den Einsatz von entsprechenden Hilfsmitteln werden mehrere Faktoren beeinflusst. Folgeerkrankungen gehen zurück, Rehabilitationszeiten verkürzen sich und Verletzungen von Pflegenden nehmen ab. (Kramer, 2004) Gallagher gibt an, dass sich die Pflege zu den gefährlichsten Berufen in den USA entwickelt hat. Die Angst, sich zu verletzen steigt in diesem Bereich. Es wird von körperlichen Verletzungen bereits auf epidemischem Level gesprochen. 89% der Rückenbeschwerden im Krankenhaus entstehen durch den Umgang mit Patienten und Patientinnen. Die damit einhergehenden direkten Kosten übersteigen 15 000\$ pro Fall. Es wird geschätzt, dass 50 Milliarden Dollar jährlich zur Behandlung von Rückenbeschwerden aufgebracht werden müssen. Neben diesen realen Kosten muss auch bedacht werden, dass verletztes Personal Krankenstände in Anspruch nimmt, der emotionale und physische Stress steigt und die Job- und Karriereaussichten mit einer Verletzung verändern sich ebenso wie die Rollenbilder zu Hause. Nicht nur für das Individuum, sondern auch für das Krankenhaus entstehen dadurch ökonomische Kosten. Diese zeigen sich in der verringerten Produktivität Betroffener, der erhöhten Fluktuation an Arbeitskräften, Anlernen von neuen Arbeitskräften, der verringerten Arbeitsmoral und der zusätzlichen Zeit für Administration, Untersuchungen und Papierarbeit. (Kramer, 2004) Aufgrund ihrer Ängste sich zu verletzen, geben Pflegende an, nur ungern mit adipösen Patienten und Patientinnen zu arbeiten. Darüber hinaus bestehen auch Ängste den Patienten/die Patientin zu verletzen. (Drake, et al., 2008) Durch seltenes Heben und Umlagern steigt die Gefahr von bis dahin unerkannten Komplikationen und zusätzlichen Verletzungen. (Drake, et al., 2005) Die angemessene Anwendung von Hilfsmitteln kann Verletzungen vorbeugen. Allerdings ist die Datenlage, inwieweit Pflegende entsprechendes Equipment einsetzen, unzureichend. Oft ist es einfacher mehrere Kollegen/Kolleginnen um Assistenz zu bitten, als das passende Hilfsmittel für den Transfer zu organisieren. (Drake, et al., 2005; Drake, et al., 2008)

Material und Methode

Dieses Kapitel soll den Forschungsverlauf darstellen. Alle Schritte werden entsprechend der wissenschaftlichen Praxis offen dargelegt.

Es wurde ein qualitativer Ansatz gewählt, da es um die Erfahrungen von Pflegenden in ihrem Berufsalltag geht. Dabei geht es um das Verstehen von Problemen und die Analyse von Lebensverläufen (z.B. Einstellungen verändern sich, Erfahrungen schaffen neue Perspektiven). Wird, wie Mayring (2002) angibt, jede soziale Interaktion als interpretativer Prozess betrachtet, so muss hier qualitativ angesetzt werden, da jeder/jede Beteiligte Situationen für sich deutet, sich ein eigenes Bild davon macht, was von ihm/ihr erwartet wird und welche Rolle ihm/ihr dabei zugeschrieben wird. (Mayring, 2002)

Nach der Fixierung des Themas startete eine umfassende Literaturrecherche. Neben Online-Datenbanken (Cinahl, Pubmed, Online Kataloge der Universität Wien, Karlsruhe und des Rudolfinerhauses) wurde auch in den Bibliotheken des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien und des Rudolfinerhauses gesucht.

Die gefundene Literatur wurde sortiert und relevante Aspekte zusammengefasst. Ein Konzept wurde erstellt, das den Aufbau der Arbeit und deren Inhalte kurz darstellt. Nach der Kürzung des umfangreichen Literaturteils wurden daraus Fragen für den Interviewleitfaden generiert. Dieser war halbstrukturiert, um genügend Möglichkeiten für freie Gespräche zu lassen, wie es die qualitative Forschung verlangt. Von Anfang an war klar, dass nicht alle Fragen des Leitfadens gestellt werden müssen, da viele im Laufe des Gesprächs beantwortet werden.

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden mittels Schneeballprinzip rekrutiert. Nach kurzer telefonischer Information wurden Termine ausgemacht und dann vor Ort erneut mündlich und schriftlich aufgeklärt. Die Zustimmung erfolgte mittels Unterschrift auf Informationsblättern, die sowohl bei Teilnehmern und Teilnehmerinnen als auch bei mir verblieben. Alle personenbezogenen Informationen wurden anonymisiert.

Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Zugang zu den Pflegepersonen wurde über Bekannte und Studienkollegen und Studienkolleginnen mittels Schneeballprinzip geschaffen.

Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen bestätigten ihre Zustimmung zum Interview und dem Auswerten und Veröffentlichen der Daten nach mündlicher Aufklärung schriftlich. Namen und Ortsangaben wurden anonymisiert, um Rückschlüsse auf Personen zu vermeiden.

Es fanden sich sieben Personen, die bereit waren, ein Interview zu geben. Diese konnten sich den Ort des Gesprächs aussuchen. Die Interviews wurden im Zeitraum von August bis September 2011 durchgeführt und dauerten zwischen 20 und 48 Minuten. Unter den Befragten befand sich ein männlicher Pfleger. Neben diplomiertem Personal wurde auch ein Heimhelfer/eine Heimhelferin befragt. Zwei Pflegenden arbeiteten in Pflegeheimen. Die Stationen der anderen Pflegepersonen waren Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Intensiv und Neurologie. Das Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen lag zwischen 26 und 50 Jahren. Ihre Erfahrung in Berufsjahren reicht von 2,5 bis zu 30 Jahren.

Analyse

Die auf Diktiergerät aufgenommenen Interviews wurden transkribiert und anschließend in Anlehnung an Mayring (2008, 2002) analysiert. Codes wurden generiert und in Kategorien zusammengefasst, die einzelne Aspekte beinhalten. Diese Kategorien sind im Kapitel Ergebnisse in den verschiedenen Themenbereichen dargestellt. (Mohrenberger, 2011)

Ein Beispiel der Analyse soll hier zum besseren Verständnis des Vorgehens gebracht werden.

Interviewphrase:

P: Das Schlimmste ist halt, wurscht mit wem, ob der Patient dünn oder dick ist, und ich muss mit dem mit dem Rollstuhl aufs Klo fahren, ich komm dort net eini, net gscheit. Ich muss immer hin und her tun, muss den Rollstuhl samt dem Patienten

aufheben, dass ich um die Kurven komm, dass ich den vom Rollstuhl aufs WC setzen kann, also das ist mühsam.

Aus dieser Passage ergaben sich die Codes „Rollstuhl“, „Räume“ und „Aufwand“. Neben „Rollstuhl“ gab es auch die Codes „Betten“, „Matratzen“, „Blutdruckmanschetten“, „Heber“ usw., die dann in der Kategorie „Hilfsmittel“ zusammengefasst wurden. Durch die Kategoriebildung konnte die große Datenmenge in übersichtlicher Weise dargestellt werden. Überschneidungen sind in vielen Kategorien möglich, diese wurden zur besseren Übersicht- und um Wiederholungen zu vermeiden- nur einfach aufgezählt.

Bei der an die Ergebnisse anschließenden Diskussion wurden die Themen der Ergebnisse in Hinblick auf zukünftige Forschung und Vertiefung erörtert und mit der vorhandenen Literatur verglichen. Diese Vorschläge können in Zukunft weiter verfolgt und erforscht werden. Da in den Gesprächen nur die Sicht von Pflegern und Pflegerinnen ermittelt werden konnte, wurde in der Diskussion versucht, mehrere Blickwinkel einzunehmen und die entsprechenden Argumente zu liefern.

Gütekriterien

Da hier eine wissenschaftliche Arbeit vorliegt, sollen die Gütekriterien der qualitativen Forschung eingehalten werden.

Es wurden die ersten sieben Personen interviewt, die durch die Rekrutierung befragt wurden und zugestimmt haben. Aufgrund einer Verletzung konnte ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin doch nicht am Gespräch teilnehmen. Daher wurde nach einer anderen freiwilligen Person gesucht. Voraussetzung war die Beschäftigung im Krankenhaus oder Pflegeheim. Befragt wurde diplomiertes Personal und Pflegehelfer/Pflegehelferinnen. Es wurde möglichst wertneutral interviewt, transkribiert und analysiert.

Die Offenheit von Interviews ermöglicht einen größeren Spielraum für Antwortmöglichkeiten. Dadurch werden Begrenzungen reduziert und es können neue Aspekte angesprochen werden, die in der Literatur nicht erwähnt werden, in der

Praxis aber relevant sind. Der gesamte Forschungsprozess wird in dieser Arbeit offen dargestellt, damit nachvollziehbar bleibt, was getan wurde und der Erhebungsablauf transparent wird. Durch die Offenheit in der Teilnehmer- und Teilnehmerinnenrekrutierung ergaben sich die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Befragten. Diese Diversität zeigte auch Unterschiede in den Antworten. Neben diesen Kriterien stand auch der Betreuer für Fragen, Anregungen und Diskussionen zur Verfügung. Ein gewisser Grad an Validität konnte durch Nachfragen bei den Gesprächen erreicht werden. Bei unklaren Aussagen konnten Missverständnisse direkt vor Ort geklärt werden, wodurch Interpretationsfehler reduziert werden können. Beobachtungen während der Interviews bekräftigen Aussagen oder können diese auch relativieren. Die Aussagen der Befragten wurden interpretiert und mit Argumenten unterlegt. Da Pflegende die Zielgruppe sind, wurden auch diese befragt und ihre Erfahrungsberichte und Beispiele für bestimmte Situationen wurden analysiert und ausgewertet. (Mayring, 2002, 2008)

Ethische Überlegungen

Da das Thema Übergewicht und Adipositas ein heikles und tabuisiertes Gebiet darstellt, ist es nötig, behutsam auf diese Problematik einzugehen. Die Teilnahme der Pflegepersonen erfolgte anonym und freiwillig und die Zustimmung konnte jederzeit widerrufen werden. Genannte Namen werden nicht an Dritte weitergegeben und wurden anonymisiert, um Zusammenhänge mit Personen auszuschließen.

Es wurden Pflegepersonen befragt, die ihre Sicht im Zusammenhang mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen darstellten und ihre persönlichen Erfahrungen präsentierten. Allgemeine Aussagen sind dadurch und aufgrund der geringen Zahl der Interviews nicht zulässig. Es sollen vielmehr Meinungen erhoben werden, um Einblick in den Berufsalltags und die damit verbundenen Probleme zu bekommen.

Ergebnisse

Da Pflegende sehr nah am Geschehen in Einrichtungen sind, sehen sie die Folgen und die damit verbundenen Probleme der Betroffenen aus nächster Nähe. Ihre Sicht und Erfahrungen sollen hier nun beschrieben werden.

Ursachen

Die Ursachen für Übergewicht und Adipositas sind sehr breit gestreut. Die Erziehung und wie Kindern der Umgang mit Nahrung und Bewegung vorgelebt wird, wird in den meisten Gesprächen als Ursache für das Übergewicht und eine spätere Adipositas genannt. Daneben wird der Wohlstand in unserer Gesellschaft als Problem angesehen. Früher wurde körperlich mehr geleistet, man musste sich bewegen um Geld zu verdienen bzw. um in der Landwirtschaft Erträge einzufahren.

➔ Ernährung aus Sicht der Befragten

Eine ungesunde Nahrungsmittelauswahl, die Portionsgrößen und Familienpackungen haben Einfluss auf das Übergewicht und Adipositas. Der Kreislauf aus Schönheitsideal, Diäten und Jojo-Effekt spielt ebenfalls eine Rolle. Vielfach gibt es zu den vorhandenen Ernährungsgewohnheiten keine ansprechenden Alternativen. Möglicherweise fehlt einfach das Wissen über eine gesündere Variante. Die schlechten Essgewohnheiten und deren Folgen haben Einfluss auf das Selbstbewusstsein.

In Einrichtungen stehen drei warme Mahlzeiten am Tag zur Verfügung. Für Menschen, die das nicht gewohnt sind, ist das während des Aufenthaltes ein Grund, warum sie zunehmen. Es wird angegeben, dass viele Patienten und Patientinnen einer Station oft in Situationen sind, in denen sie nicht genug zu essen bekommen. Es ist nicht möglich ihnen das Essen zu verweigern, sie haben ein Recht auf Nahrung. Infolgedessen geht das Gewicht - oft in Kombination mit Medikamenten - dann rapide bergauf. Neben der kalorienreichen Kost in den Einrichtungen können die Patienten und Patientinnen zum Supermarkt gehen und einkaufen. Hier wird beobachtet, dass eine vorwiegend ungesunde Nahrungsmittelwahl überwiegt. Pflegende beurteilen die Entscheidungen der Patienten und Patientinnen als gesundheitsbedenklich. Es steht ihnen aber nicht zu, einzuschreiten, da die

Betroffenen mündig sind und ihre eigenen Entscheidungen treffen. „Die meisten schreiben es ja nicht dem Essverhalten zu, sondern den Umständen“. Hier stellt sich die Frage, was die sogenannten Umstände sind. Möglicherweise dient dies auch als Ausrede, damit man sich dem Thema nicht stellen muss. Andererseits machen Aussagen wie „ich esse einfach zu viel“, „ich esse zu gerne“ und „das ist mein Laster, ich kann da nicht aufhören“ deutlich, dass den Betroffenen die Ursache „Ernährungsverhalten“ sehr wohl bewusst ist.

Als ungesunde Nahrung werden von einer Pflegeperson die vielen Süßigkeiten, die kohlenhydratreichen Mahlzeiten, zu viel Kuchen und zu wenig Gemüse gesehen. Neben den 3 Mahlzeiten und den Jausen in den Einrichtungen bringen auch die Angehörigen vor allem Süßigkeiten mit, die zusätzlich gegessen werden. Die Ernährungspyramide wird teilweise umgedreht. Die Aussage, „dass man auch Gesundes dazwischen essen sollte, nicht nur Fett und Süßigkeiten“, bestätigt die Umkehrung der Ernährungspyramide.

Bei den Mahlzeiten gibt es 3 Menüs zur Auswahl. Für übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen steht auch eine Reduktionskost zur Verfügung. Reduktionskost wird allgemein eher abgelehnt. Manche Patienten und Patientinnen probieren sie eine Zeit lang aus, kehren aber oft wieder zur Normalkost über, da der Nachbar/die Nachbarin etwas Besseres hat. Es wird beobachtet, dass die Patienten und Patientinnen von Essen zu Essen leben. Patienten und Patientinnen, die nicht viel essen, nehmen nicht ab, weil die Bewegung fehlt und zu wenig getrunken wird. Saft und Wasser stehen immer bereit, wobei vermehrt Saft getrunken wird. Als Dankeschön erhalten auch Pflegepersonen Nahrungsmittel. Meist sind dies ebenfalls Süßigkeiten. Eine Pflegeperson gibt an, dass dies etwas über die schenkende Person aussagt. Es wird angenommen, dass Süßes als Belohnung für Patienten und Patientinnen als auch für andere gesehen wird. Obwohl die Betroffenen wissen, dass Essen ihr Laster ist, wird es als Belohnung gesehen, also positiv bewertet. Es wird von nur einem Patienten/einer Patientin berichtet, der/die Gemüse als Geschenk bringt.

Beobachtungen von Pflegenden zeigen, dass die Partner und Partnerinnen von Patienten und Patientinnen oftmals ebenfalls übergewichtig oder adipös sind.

➔ Genetik aus Sicht der Befragten

Aus Sicht von Pflegenden, spielt die Genetik nur eine untergeordnete Rolle für Übergewicht und Adipositas. In einem Gespräch wird angegeben, dass die Schwangerschaft eine Schlüsselphase für das Gewicht darstellt. Der Körper verändert sich, es werden Entschuldigungen gesucht, warum das Abnehmen danach nicht funktioniert, eine erneute Schwangerschaft verlagert die Prioritäten. Schwangerschafts-Diabetes hat eventuell einen Zusammenhang mit dem Gewicht des Kindes. So wird beobachtet, dass die Kinder bei der Geburt größer sind.

➔ Erziehung aus Sicht der Befragten

Die Genetik spielt für die Befragten nur eine untergeordnete Rolle für Übergewicht und Adipositas. Vielmehr wird die Erziehung und der Umgang mit Nahrung und Bewegung angesprochen. Es wird erwähnt, dass sich Partner und Partnerinnen aneinander anpassen und sich die Gewohnheiten angleichen. Dies äußert sich oftmals in ähnlichen Gewichtsverhältnissen. Es wird auch erwähnt, dass es möglicherweise vom Typ abhängt. „Manche bewegen sich gerne, manche nicht so gerne“. Hier stellt sich die Frage, wodurch dies zustande kommt. Die Menschen haben auch ein „Recht auf ihr Übergewicht“. Es obliegt der Eigenverantwortung, wie man aussieht. Mit gesunder Ernährung soll in jungen Jahren begonnen werden, da man später nichts oder nur mehr wenig verändert. Gewohnheiten lassen sich besonders in frühen Phasen ändern. Dies zu ändern wird nicht als Aufgabe von Pflegenden gesehen. Es wird vielfach falsch vorgelebt, falsch gekocht, falsch erklärt. Der Freundeskreis, Unwissen und Werbung tragen ebenfalls zu Meinungen und Einstellungen bei, die sich auf das Gewicht auswirken können. Eltern können ein Bewusstsein schaffen, die entsprechende Ernährung anbieten und auf gesunde Alternativen hinweisen. Allerdings meint ein befragter Vater/eine befragte Mutter, dass man „ab einem bestimmten Alter dem Ganzen hilflos ausgesetzt“ ist. Sind die Eltern in der Arbeit, kann nicht immer ein Mittagessen angeboten werden. Hier beginnt das Problem, wenn Kinder auswärts essen. Sie können dann selbst entscheiden, wo sie essen bzw. sind Großküchen meist nicht auf gesunde Ernährung ausgerichtet. Da es auch hier meist mehrere Menüs zur Auswahl gibt, wird vermutlich eher auf die bei Kindern beliebtere, oft ungesündere Variante zurückgegriffen. Eltern fühlen sich hier hilflos, da sie im Alltag nicht wirklich eingreifen und kontrollieren können. Kinder werden dadurch zwar selbstständiger, sie haben eigene Erwartungen

und stehen unter Zugzwang. Ein Pfleger/Eine Pflegerin meint, dass ab einem Alter von ca. 10 Jahren Kinder soweit selbstständig sind, dass sie auswählen, wo und was sie essen. Der Befragte/Die Befragte meint, dass dies kritisch ist, da es verlockende Angebote für Kinder und Jugendliche gibt, wie beispielsweise in Fast Food Ketten. Das „Quengelalter“ wird als Phase genannt, in der eine konsequente Grenzsetzung angebracht ist. Kinder übernehmen vieles von ihren Eltern, diese können wiederum viel beeinflussen. In einem Gespräch wird davon berichtet, dass in einem Land den Eltern die Kinder vom Sozialamt weggenommen werden, wenn die Kinder zu dick sind.

➔ Bewegung aus Sicht der Befragten

Eine eingeschränkte Mobilität hat auch Einfluss auf andere Aktivitäten. Viele „sind nicht eingeschränkt, brauchen aber Hilfe bei der Durchführung“. Damit ist gemeint, dass der Bewegungsradius zwar gegeben ist, aber eine Pflegeperson mitgehen muss. Viele können aufgrund der Erkrankung oder des Alters keinen Sport mehr machen. Manche sind auch von vornherein „nicht so sportlich“. Auf den Stationen werden verschiedene Bewegungsangebote bereitgestellt. So gibt es auf einer Station einen 30minütigen Spaziergang für alle, bei dem alle mitgehen, die mobil sind. Dieser findet am Nachmittag statt. Zu dieser Zeit sind alle bereits munter, es ist hell und der Spaziergang ist gut im Tagesablauf integriert. Dadurch sind die Patienten und Patientinnen leichter zu motivieren als bei der ebenfalls angebotenen Morgenaktivierung. Diese findet in der Früh vor dem Frühstück statt, es ist oft noch dunkel und die Patienten und Patientinnen müssen von der Station weg selbstständig zum Turnsaal gelangen. Das Personal ist bemüht, die Patienten und Patientinnen zum Hingehen zu motivieren, aber die wenigsten nehmen das Angebot in Anspruch. Das Aufstehen wird dabei als das Problem angesehen. Oftmals werden Schlafmedikamente eingenommen, die erst eingestellt werden müssen. In der Früh kommt es aufgrund der Überdosierung oder der zu späten Einnahme zu einem Hangover und die Patienten oder Patientinnen kommen einfach nicht aus dem Bett. Ist die Dosierung allerdings zu gering, sind sie in der Früh noch müde. Aufgrund einer Depression fällt das Aufstehen besonders schwer. Physiotherapie wird in allen Einrichtungen angeboten. Aktive und passive Bewegung wird je nach Gesundheitszustand von Arzt oder Ärztin verschrieben. Die Physiotherapie verläuft in Schritten. Je nach Gesundheitszustand und den

Möglichkeiten wird zuerst im Bett und dann außerhalb des Bettes oder am Barren geübt. Können die Beine bewegt werden, wird darauf geachtet, dass die Betroffenen aus dem Bett kommen. Patienten und Patientinnen sollen dadurch ihre Selbstständigkeit wieder erlangen. Oft werden auch Ergo- und Logotherapien verordnet. Gerade bei Schluckstörungen ist die Logotherapie hilfreich, die bei Adipositas häufig vorkommt. Neben den Therapeuten und Therapeutinnen sind auch die Pflegenden dahinter, dass die Patienten und Patientinnen aufstehen und wieder mobil werden. Dies dient sowohl der Gesundheit und Selbstständigkeit von Patienten und Patientinnen als auch der Entlastung der Pflegepersonen. Eine freiwillige Bewegungsgruppe einmal wöchentlich wird in einem Gespräch neben den oben genannten Angeboten genannt. Diese wird ganz gut angenommen. Als weitere Aktivitäten wird eine Kochgruppe angegeben und die Teilnahme an Festen, bei denen auch getanzt wird.

➔ Kultur und Status aus Sicht der Befragten

In Bevölkerungen, denen es gut geht, wird mehr gegessen. Übergewicht und Adipositas sind somit Luxuserkrankungen. In unserer Gesellschaft kann man alles zu jeder Zeit haben. Es wird erwartet, dass alles zur Verfügung steht. Das Problem der Wohlstandserkrankung wird in beinahe allen Interviews genannt. Früher musste man für die Nahrung meist körperlich arbeiten. Dies hat einerseits bereits Kalorien verbrannt, andererseits stand gar nicht so viel an Nahrung zur Auswahl. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin hingegen gibt an, dass das Aufwachsen auf dem Bauernhof zu Übergewicht und Adipositas beiträgt, da man sich keine Sorgen um das Essen machen muss, da genügend zur Verfügung steht. Heutzutage hat sich die Bewegung im Alltag stark reduziert. Je mehr man sich leisten kann, umso fauler wird man. Dies ist laut einer befragten Person ein Hinweis auf genügend Wohlstand. Die Bequemlichkeit und Schnelligkeit macht Kochen unbeliebt. Ein Anruf beim Bestellservice ist wesentlich weniger aufwändig. Als weiterer Grund werden Single-Haushalte genannt. Im Gegensatz dazu steht die Aussage eines Teilnehmers/einer Teilnehmerin, dass das ungesunde Ernährungsverhalten ärmerer Menschen zu Übergewicht und Adipositas führt. Es werden ernährungsphysiologisch eher minderwertige Produkte eingekauft und besonders auf die Quantität (Familienpackungen, Aktionen) anstatt auf Qualität geachtet. Im Krankenhaus wird auch gesehen, dass Patienten und Patientinnen zunehmen, weil ihnen hier

ausreichend Nahrung angeboten wird, was sie von zu Hause her nicht so kennen. So wird auch beschrieben, dass viele Patienten und Patientinnen froh sind, wenn sie nicht entlassen werden, da es ihnen im Krankenhaus besser geht als zu Hause. Durch den geringeren sozialen Status suchen sie Hilfe und nehmen diese dankbar an. Es wird auch von einer früheren Station erzählt, auf der Patienten und Patientinnen Nahrung gesammelt haben. Dabei wurde beobachtet, dass die Nahrung nicht gegessen wurde, sondern aus Angst, dass am nächsten Tag keine Nahrung kommt, gesammelt. Diese Patienten und Patientinnen waren allerdings nicht übergewichtig. Dieses Verhalten wird als sehr selten beschrieben und beschränkt sich nicht nur auf Nahrungsmittel, sondern es wird alles gesammelt. Ein Zusammenhang mit einem erlebten Krieg konnte dabei nicht beobachtet werden.

Aus kultureller Sicht werden verschiedene Aspekte zu Übergewicht und Adipositas genannt. So gibt ein Befragter/eine Befragte an, dass in manchen Kulturen mehr Gewicht zur Mutterrolle dazugehört. Es wird auch von arabischen und afrikanischen Männern gesprochen, die stolz auf das Übergewicht ihrer Frauen sind, weil dadurch ihr Ansehen in der eigenen Kultur steigt. Übergewichtige und adipöse Frauen gelten dort als Status- oder Sexsymbol. Der Pfleger/Die Pflegerin vermutet, dass sich die Frauen möglicherweise natürlicher geben und sich mehr gehen lassen. Auf einer psychiatrischen Station wird beobachtet, dass nur österreichische Patienten und Patientinnen aufgenommen werden. Da es auf der Psychiatrie noch schwieriger ist, wenn man sich nicht verständlich machen kann und auch nicht behandelt werden kann, wenn man die Gebrechen, die ja nicht sichtbar sind, nicht beschreiben kann, ist es nicht möglich hier Menschen aufzunehmen, die sich nicht gut ausdrücken können und bei denen man nicht gut nachfragen kann. Aus diesem Gespräch geht nicht hervor, ob dies allein auf dieser Station so gehandhabt wird oder ob es im psychiatrischen Bereich Usus ist, Patienten und Patientinnen abzulehnen, die sich nicht verständigen können. Auch weitere Pfleger/Pflegerinnen geben an, dass sie nur österreichische Patienten und Patientinnen betreuen. Sind Patienten und Patientinnen verschiedener Kulturen auf der Station, wird das Gewicht nicht kulturabhängig gesehen.

➔ Eigenverantwortung – Verhalten aus Sicht der Befragten

Emotionale Komponenten wie „unglücklich sein“, sich für etwas belohnen und Burnout können sich auf das Gewicht auswirken. Pflegende haben das Gefühl, dass

die Betroffenen sehr wohl wissen, woher das Übergewicht und Adipositas kommt. Sie grenzen sich hier ab, indem sie sagen, dass sie die Patienten und Patientinnen nicht erziehen können und dies auch nicht als ihre Aufgabe sehen. Andererseits wird gesehen, dass viele Patienten und Patientinnen die Auswirkungen und Folgen von Übergewicht und Adipositas nicht kennen. Pflegende sehen die Konsequenzen tagtäglich in ihrem Beruf. Aufgrund der vielfältigen Manifestationen sind diese in allen Bereichen der Medizin vorhanden. Die Problematik wird mit einem Kartenhaus verglichen. Gibt es Beschwerden in einem Bereich, folgen sehr rasch viele weitere Problembereiche. Diese reichen von internistischen, neurologischen bis hin zu Hautproblemen, erhöhter Infektneigung und psychischen Belastungen. Somit sind übergewichtige und adipöse Menschen Risikopatienten und Risikopatientinnen. Selbstverantwortung und Prävention wären angebracht, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Die persönliche Verantwortung bezüglich des eigenen Körpers wird in allen Interviews betont. Es wird gesehen, dass das Gewicht für die Betroffenen ein Problem ist. Manche Patienten und Patientinnen sagen dies auch offen. Sie sind schneller eingeschränkt, können sich nicht mehr bewegen und brauchen Hilfe. Alleine aufzustehen wird schwierig und die Gefahr von Stürzen steigt. Auch wenn viele Patienten und Patientinnen sagen, dass sie abnehmen und gerne weniger wiegen wollen, fehlt die Disziplin. Es sind zwar Ziele vorhanden, die Umsetzung klappt aber meistens nicht. So wird unter anderem beobachtet, dass die Gewichtszunahme auch von der Dauer des Aufenthaltes abhängt. Je länger Patienten und Patientinnen auf der Station sind, umso eher nehmen sie zu. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin erklärt sich dies aufgrund der geringeren Bewegung. Sind die Menschen zu Hause, müssen sie selbstständiger sein, einkaufen gehen und ihren Alltag alleine bewältigen. Sie müssen mobiler sein. Im Krankenhaus oder Pflegeheim gibt es weniger Gründe für Mobilität. Sie werden als abhängig und eingeschränkt erlebt. Theoretisch stehen ihnen viele Möglichkeiten offen. Patienten und Patientinnen können die Station jederzeit verlassen und einkaufen oder spazieren gehen. In der Praxis beobachten Pflegende, dass dies nicht in Anspruch genommen wird und die Patienten und Patientinnen mehr oder weniger wie eingesperrt leben, da die meisten alleine nicht zurechtkommen oder die Angehörigen die gewünschten Besorgungen erledigen und mitbringen. Die Pflegenden geben an, dass man nur abnehmen kann, wenn man es wirklich will. Hier ist Eigeninitiative von Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen gefragt. Nur durch den inneren

Antrieb sieht das Personal gute Möglichkeiten abzunehmen. Als frustrierend wird beschrieben, wenn Informationen an die Patienten und Patientinnen vermittelt, diese aber ignoriert werden.

➔ Krankheiten und Medikamente aus Sicht der Befragten

Besonders Psychopharmaka werden als Ursache von Übergewicht und Adipositas genannt. Diese fördern die Lust am Essen. Viele Patienten und Patientinnen setzen aus diesem Grund die Medikamente wieder ab. Dadurch verstärken sich die Symptome der Krankheit erneut. Dies führt dazu, dass die Medikamente wieder verschrieben werden und das Gewicht in weiterer Folge zunimmt. Dieser Kreislauf ist für die Betroffenen sehr belastend. Pflegende können „wenig bis gar nichts dagegen tun“. Im psychiatrischen Bereich wird den Medikamenten größtenteils die Ursache zugeschrieben. Hier sind die Ursachen gut beobachtbar und für den Teilnehmer/die Teilnehmerin besteht ein klar erkennbarer Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und dem Übergewicht bis hin zur Adipositas. Durch Aussagen, wie „das nehm ich nicht, weil dann nehm ich zu“ wird ersichtlich, dass den Patienten und Patientinnen die Ursache aufgrund der Medikamente klar ist. Ärzte und Ärztinnen sind für die Verordnung von Medikamenten verantwortlich. Pflegepersonal kann hier keine Alternativen bieten. Neben den Psychopharmaka wird auch Cortison mit seinen Nebenwirkungen genannt. Dieses verursacht ein Mondgesicht, einen größeren Nacken und die Betroffenen werden unförmig. Von anderer Seite wird gesehen, dass eher Krankheiten zum Übergewicht und zu Adipositas beitragen, als Medikamente. Als Beispiel werden Depressionen genannt. Hier fehlt die Motivation, sich mehr zu bewegen oder beim Essen aufzupassen. Möglicherweise fehlen auch Ziele. Es müssen die Ursachen behandelt werden. Chronische Wunden und Gefäßerkrankungen gibt ein Pfleger/eine Pflegerin dabei an. Er/Sie meint gleichzeitig, dass die Risikofaktoren bestehen bleiben.

➔ Alter aus Sicht der Befragten

Das Alter wird in den meisten Gesprächen als mitverantwortlich gesehen. Je älter eine Person ist, umso schwerer fällt es ihr abzunehmen. Die Mobilität ist eingeschränkt und die Motivation sinkt. Sie haben zu wenig Kraft um Sport zu betreiben. Schmerzen führen ebenfalls dazu, dass sich die Menschen dann weniger bewegen. Neben diesen Faktoren lässt es der Gesundheitszustand nicht immer zu,

dass ausreichend Bewegung betrieben wird. Im Alter sinkt auch das Durstgefühl. Pflegende sehen, dass die Erholungsphase nach einer Erkrankung bei jungen und schlanken Personen kürzer ist, als bei älteren und übergewichtigen.

Folgen

Ein Thema, das in vielen Gesprächen genannt wird, ist die Hautproblematik. Die Wundheilung ist durch das Übergewicht und Adipositas verzögert. Komorbiditäten treten auch aufgrund von Medikamenten auf. Dies führt zu Krankenhausaufenthalten und zu regelmäßig nötigen Kontrollen. Die fehlende Bewegung führt bei Patienten und Patientinnen zu Schwäche. Durch die erhöhte Infektneigung hat es sich bei adipösen Schwangeren auf einer Station durchgesetzt, dass sie vor der Geburt prophylaktisch Antibiotika bekommen. In einem anderen Interview wird davon berichtet, dass Patienten und Patientinnen Psychopharmaka absetzen, wenn sie den Zusammenhang zwischen Medikament und Gewicht bemerken. Dadurch verschlechtert sich der gesundheitliche Zustand allerdings wieder und sie geraten in eine Zwickmühle. Die Nebenwirkungen von Adipositas werden auf körperlicher und psychischer Ebene gesehen. Dekubitus ist ein Thema, das in den Interviews häufig genannt wird. Dekubitusmatratzen werden eingesetzt. Auf der Psychiatrie wird eine erhöhte Dekubitusgefahr bei fixierten Patienten und Patientinnen beobachtet. Die Fixierung wird so schnell wie möglich wieder entfernt. Die Pflasterhaftung ist durch die erhöhte Schweißproduktion verringert, daher muss von Seiten der Pflege öfter kontrolliert werden. Die einzelnen Hautfalten müssen vermehrt gereinigt und beobachtet werden. Rötungen an Leisten, Unterbrust und Bauchfalten sind häufig. Hier muss sehr sorgfältig gearbeitet werden, um Verschlimmerungen zu vermeiden. Dekubitus salben werden vorbeugend angewendet. Die ständige Beobachtung ist Aufgabe der Pflegenden. Der Geruch wird ebenfalls als eine Folge von Übergewicht und Adipositas beschrieben. Durch die Kurzatmigkeit bewegen sich die Betroffenen weniger gerne, sie liegen im Bett und schämen sich für ihren Körper, der ihnen nicht mehr gehorcht. Die Körperwahrnehmung ist beeinträchtigt und sie leiden darunter.

Pflegende sehen, dass sich übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen oftmals schämen. Sie wollen dem Pflegepersonal etwas vormachen. Dieses nimmt die Unsicherheiten trotzdem wahr. So wird beschrieben, dass sich die Betroffenen oft sehr zusammenreißen und sehr diszipliniert sind, um keine Angriffsfläche zu bieten. Sie wollen ihre Selbstständigkeit erhalten und fragen nicht oft nach Unterstützung. Sie wollen mit schlanken Personen mithalten und sich durch das Zusammenreißen vor Stigmatisierung und Angriffen schützen. So wird angegeben, dass das

mangelnde Selbstbewusstsein unter anderem zu schlechten Essgewohnheiten führt und durch das Übergewicht und die Adipositas die Menschen fauler werden. Durch die hohe Sensibilität wird sozusagen ein Schutz durch Essen aufgebaut, der die Emotionen abdecken soll, da es in unserer Gesellschaft oft nicht einfach ist, so zu sein, wie man ist bzw. wie man sein will. In einem Gespräch wird erwähnt, dass kulturelle Faktoren beim Gewicht eine Rolle spielen. Bei uns herrscht eher das Ideal vom schlanken Menschen, in ärmeren Ländern wird eine übergewichtige Person ganz anders wahrgenommen. Auch das Alter spielt im kulturellen Kontext eine Rolle. Dass Frauen durch die Mutterrolle zunehmen, ist eher akzeptiert. Es wird davon berichtet, dass ausländische Männer dicke Frauen als Statussymbol und/oder Sexsymbol sehen. Dies deutet auf Wohlstand und Reichtum in ihrer Kultur hin. Die Pflegeperson vermutet, dass übergewichtige und adipöse Frauen sich eher gehen lassen und natürlicher sind. Die „Schönen sind eher Plastik halt“ und zieren sich möglicherweise mehr. Ein Gesprächspartner/Eine Gesprächspartnerin beobachtet, dass sich übergewichtige Frauen besonders auf ihre Haare, Nägel und das Gesicht konzentrieren. Es wird von bunten Haaren und Nägeln berichtet. Sie sind auffällig geschminkt. Der Rest des Körpers wird eher ausgeblendet. Haut zu zeigen wird als Tabu gesehen. Mehrfach wird von den Extremen dick und dünn gesprochen. So wird als Gegensatz zu übergewichtigen Personen genannt, dass die Disziplinierten magersüchtige Personen sind.

Als Beispiel für Isolation wird ein Patient/eine Patientin genannt, der/die für sieben Monate stationär behandelt wurde und in dieser Zeit 30kg zugenommen hat. Hier konnte der Pfleger/die Pflegerin gut beobachten, wie sich der Bewegungsradius von draußen durch Spaziergänge nach innen zuerst auf die Station und dann ins Zimmer und zuletzt ins Bett verlagert hat. Auch die soziale Isolation war dabei gut sichtbar. So hatte er/sie zu Beginn des Aufenthaltes noch Kontakt mit Mitpatienten und Mitpatientinnen, zum Schluss gab es keine Kontakte mehr. Da viele Patienten und Patientinnen kein oder nur wenig Geld haben bzw. auf Sozialleistungen angewiesen sind, können sie sich manchmal kein neues, passendes Gewand kaufen. Der soziale Status sinkt und sie schämen sich dafür.

Die Folgen die Pflegende betreffen, sind sehr vielfältig. Neben häufigeren Kontrollen der Wunden adipöser Patienten und Patientinnen muss auch zu zweit oder zu mehr zusammen gearbeitet werden, da vieles alleine nicht möglich ist. Pflegepersonen müssen sich absprechen und das gemeinsame Arbeiten organisieren. Es erfordert

mehr Planung und dauert länger. Pflegende entschärfen dadurch aber auch gefährliche Situationen. Es wird wahrgenommen, dass es für Patienten und Patientinnen unangenehm ist, wenn mehrere Personen kommen müssen. Aus einem Gespräch geht hervor, dass sehr wohl von Seiten der Pflege ein „Hass auf Dicke“ besteht, der oft sehr direkt gezeigt wird. Die Abneigungen so offen zu zulassen, wird als unprofessionelles Verhalten eingestuft. Es sollte eher so gehandelt werden, wie man selbst behandelt werden will. Die Pflegeperson gibt an, dass die Patienten und Patientinnen ein „Recht auf ihr Übergewicht“ haben. Die meisten der Befragten sind „froh, dass die meisten nicht dick sind“. Solange sich die Patienten und Patientinnen selbst waschen und aufs WC gehen können, wird die Arbeit mit ihnen als „nicht tragisch“ bezeichnet. Schwierig ist es für Pflegende, wenn sie dabei helfen müssen. In einem Gespräch wird auch von fixierten Patienten und Patientinnen berichtet, die an Händen und Füßen sowie am Bauch fixiert sind. Da sie sich beim Waschen oft wehren und teilweise sehr kräftig sind, ist es sehr schwer, sie zu waschen und zu pflegen. Dies ist meist nur zu mehrmals möglich, teilweise muss dabei auch sediert werden. Dies kommt aber nicht oft vor. Ein anderer Gesprächspartner/Eine andere Gesprächspartnerin gibt an, dass übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen sehr aufwändig in der Behandlung und Betreuung sind. Dies reicht von Untersuchungen bis hin zur Körperpflege. Durch die häufigen Bewegungseinschränkungen liegen die Betroffenen oft nur passiv im Bett. Als besonders schwierig werden adipöse Patienten und Patientinnen beschrieben, die zusätzlich an Diabetes mellitus Typ 2 leiden. Da Diabetes mellitus Typ 2 als Krankheit gesehen wird, ist es einfacher, diesen zu behandeln. Der Einfluss der Ernährung ist besser ansprechbar. Hier sieht ein Pfleger/eine Pflegerin kaum die Bereitschaft von Betroffenen, etwas umzustellen. Das Problem wird bagatellisiert und es wird beobachtet, dass die Patienten und Patientinnen bei der Aufklärung nicht richtig zuhören. Möglicherweise ist die Bereitschaft, etwas zu ändern, auch abhängig vom Alter. Je älter die Leute sind, umso schwieriger fällt es ihnen, ihre Einstellungen und Lebensweise zu verändern und umzustellen. Zuerst muss sich die Einstellung ändern, um etwas (sich selbst) zu bewegen. Die Eigenmotivation sollte gestärkt werden. Die Patienten und Patientinnen sagen sehr wohl, dass sie ihren Lebensstil umstellen wollen. An der Art, wie sie das sagen, merkt der Pfleger/die Pflegerin, dass ihnen der Wille dazu aber fehlt. Vermutlich spielt auch eine Rolle, wer den Betroffenen die Konsequenzen und nötigen Maßnahmen erklärt und auf welche

Weise dies geschieht. Es wird von Seiten des Befragten/der Befragten von einer „inkonsequenten Patientengruppe“ gesprochen. Dies äußert sich darin, dass sie die ärztlichen Verordnungen nicht einhalten. Nicht bei allen, aber bei vielen wird fehlendes Verantwortungsbewusstsein gesehen. Die Aufklärung ist wichtig, es ist nötig, dass alle Faktoren von Übergewicht und Adipositas dargelegt werden, um ein Bewusstsein zu schaffen. Dann können die eigenen Prioritäten abgewogen werden und Maßnahmen entsprechend überlegt werden. Ein Problem sieht der Pfleger/die Pflegerin darin, dass diese Patienten und Patientinnen „Genießer in allen Bereichen“ sind. In der Praxis wird beobachtet, dass übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen bei der Aufklärung abblocken und kaum darauf reagieren. Die Anreize, etwas zu ändern fehlen. So wird beschrieben, dass es eines tiefen Einschnitts bedarf, um etwas zu ändern. Wird das Gewicht reduziert, ändern sich auch viele weitere Faktoren. Für einen weiteren Teilnehmer/eine weitere Teilnehmerin ist nicht nachvollziehbar, was und wie viel aus dem Aufklärungsgespräch umgesetzt wird. Die Patienten und Patientinnen hören zwar aufmerksam zu, was danach geschieht ist für das Pflegepersonal nicht ersichtlich. Der Einbezug von Angehörigen bei der Aufklärung sollte nicht außer Acht gelassen werden. Ein Problem sieht ein Interviewpartner/eine Interviewpartnerin im schleichenden Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit. Dick zu sein wird nicht als Kranksein gesehen, diese Einsicht fehlt. Die kurze Aufenthaltsdauer auf der Station macht es dem Personal in Krankenhäusern schwer, hier effektiv und nachhaltig anzusetzen. Lange Krankenhausaufenthalte werden auch als Problem gesehen, da das lange Liegen demotivierend wirkt. Für das Personal sind Langzeitpatienten und Langzeitpatientinnen einfacher, weil sie planbarer sind und in der Praxis besser integriert werden können. Man kann sich darauf einstellen, was zu tun ist und hat sich schon gut arrangiert. Die Pflegenden wissen bereits, was zu tun ist und was der Betroffene/die Betroffene will. Bei neuen Patienten und Patientinnen, muss sich das Personal komplett darauf einstellen, alles neu organisieren und die entsprechenden Hilfsmittel vorbereiten. Dies verläuft meist problemlos. Als Katastrophe wird die Arbeit mit immobilen Patienten und Patientinnen (z.B. bei Insult, Schlaganfall, halbseitiger Lähmung) bezeichnet. Da diese Patienten und Patientinnen nicht mithelfen können, sind Lagewechsel nur schwer möglich. Der Gewichtsverlauf kann von Pflegenden nur schwer beurteilt werden, da es selten um das Gewicht geht und Patienten und Patientinnen oft nur kurz auf der Station sind. Nur Patienten und Patientinnen mit

Ödemen oder Aszites werden regelmäßig gewogen, da es um die Entwässerung geht. Dabei ist ein Verlauf erkennbar. Zur Gewichtsreduktion wird dies nicht durchgeführt. Pflegende dürften gut beobachten, wie sich die Patienten und Patientinnen verhalten. So wird von Seiten der Pflege weniger unterstützt, wenn Bequemlichkeit die Ursache des Nicht-Bewegens ist. Das Vorurteil, dass Übergewichtige und Adipöse fauler sind, wird dadurch gestärkt. Pflegende reagieren darauf anders, als wenn Patienten und Patientinnen etwas wirklich nicht mehr selbst tun können. Ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin meint, er/sie sei strenger mit Patienten und Patientinnen, die sich aufgrund von Bequemlichkeit bedienen lassen wollen, weil er/sie sich nicht so abkämpfen will. Diese Einstellung ist auch abhängig vom Alter und vom Gesundheitszustand der Person. So wird angegeben, dass die Bequemlichkeit bei vielen toleriert wird. Er/Sie kann einschätzen, was möglich ist und was nicht. Zusätzlich werden die Patienten und Patientinnen beobachtet. Sieht der Pfleger/die Pflegerin, dass er/sie ausgenutzt wird, dann zieht er/sie Konsequenzen und reagiert strenger. Die Patienten sollen seiner/ihrer Ansicht nach zu mehr Selbstständigkeit erzogen werden und sie werden dann darauf hingewiesen.

Hilfsmittel

Es gibt externe und interne Hilfsmittel. Die internen Hilfsmittel befinden sich auf der Station und sind leicht erreichbar und somit schnell vorhanden. Externe Hilfsmittel müssen bestellt oder aus dem Lager geholt werden. Die Hilfsmittel können je nach Bedarf bestellt werden. In vielen Einrichtungen gibt es auch Lager oder Keller als Standby für Hilfsmittel. Eine Pflegeperson gibt an, dass Hilfsmittel wie Heber, Liegen und Waagen oftmals nicht auf übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen ausgerichtet sind.

Breitere Rollstühle für übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen stehen auf einer Station bereit. Im Pflegeheim werden die Rollstühle an das Gewicht und die Größe der Betroffenen angepasst. Das geht über die Krankenkasse und sie werden in Absprache mit dem Physiotherapeuten/der Physiotherapeutin entsprechend konzipiert. Aus einem Gespräch geht hervor, dass Patienten und Patientinnen entweder in die vorhandenen Rollstühle passen oder nicht mobilisiert werden.

Für immobile Patienten und Patientinnen gibt es teilweise Badelifter oder Patientenheber/Patientinnenheber. Kräne werden nicht speziell bei Übergewicht eingesetzt und sind nicht darauf ausgelegt, sondern wurden eher für Frakturen konzipiert. Eine Person gibt an, dass der Hebekran für die Körperpflege und früher zum Baden sehr hilfreich ist/war. Er wird auch verwendet, um Patienten und Patientinnen aufzusetzen. Auf einer Station steht ein Patientenlifter/Patientinnenlifter auf der Nachbarstation zur Verfügung. Diesen auf die Station zu bringen wird als enormer Aufwand betrachtet und verzögert den Stationsablauf. Aus diesen Gründen, wird er nicht geholt. Wäre ein eigener auf der Station vorhanden, würde dieser allerdings schon eingesetzt werden, auch abhängig davon, wie lange Patienten und Patientinnen auf der Station sind. In einem Gespräch wird erwähnt, dass es nicht allen Patienten und Patientinnen recht ist, dass der Patientenlifter/Patientinnenlifter angewendet wird. Als Grund dafür wird vermutet, dass dabei die Kontrolle abgegeben werden muss. Die Betroffenen schweben kurz und haben keinen Kontakt zu etwas Festem. Weiters dürfte eine derartige Mobilisation nicht besonders angenehm sein. In einem solchen Fall wird mit Hilfe eines Physiotherapeuten/einer Physiotherapeutin zur Unterstützung und zu mehr gearbeitet. Auch die Angehörigen können einbezogen werden.

Für die Gewichtsmessung werden Waagen verwendet. Hier gibt es sehr unterschiedliche Modelle. Eine Pflegeperson schätzt die Grenzen der Waage zwischen 130kg und 150kg. Eine andere Pflegeperson nennt spezielle Waagen mit bis zu 200kg als Begrenzung. Für das Wiegen sind Pflegepersonen verantwortlich. Es wird berichtet, dass das Wiegen bei übergewichtigen Patienten und Patientinnen länger dauert. Oft sind die Waagen zu eng und nicht rollstuhltauglich. Allerdings meint ein Befragter/eine Befragte, dass es auch auf die Größe und die Verteilung des Gewichts ankommt. Für gebrechliche Menschen, oder wenn sie nicht alleine stehen können wird ein Sessel auf die Waage gestellt. Es ist die Aufgabe des Pflegepersonals den Patienten/die Patientin vom Rollstuhl auf die Waage/den Sessel zu bringen. Aufgrund der geringen Breite, ist dies bei adipösen Menschen nicht möglich. Sesselwaagen haben nicht nur eine Gewichtsbeschränkung, sondern sind auch abhängig von der Größe des Patienten/der Patientin. Je nach Mobilität von Patienten und Patientinnen werden Steh- oder Sesselwaagen verwendet. Wiegen wird als Kraftakt für Patienten und Patientinnen als auch für das Pflegepersonal gesehen. Auf zwei Stationen sind Bettenwaagen vorhanden. Hier ist die Waage im

Bett integriert. Ein Interviewpartner/Eine Interviewpartnerin gibt an, dass die Bettenwaage auf der Station neu ist und die Einschulung der Firma wird als „flatterhaft“ bezeichnet. Möglicherweise wird dadurch die Handhabung als etwas umständlich wahrgenommen.

Bei den Gewichtsbeschränkungen von Standardbetten sind sich die Pflegenden nicht einig. Kein Teilnehmer/Keine Teilnehmerin konnte die genaue Gewichtsbeschränkung nennen. Es wird aber angegeben, dass man nachschauen könnte, wo die Begrenzungen liegen. Alle Befragten schätzten das Limit. Die Angaben reichen von 130kg, 150kg, 160kg bis 180kg und 150-200kg bis zu „ohne Beschränkungen bis zu 200kg sicher, glaub ich“. Eine Teilnehmerin/Ein Teilnehmer gibt zu, keine Ahnung über die Gewichtsbeschränkungen zu haben. Die meisten Pflegenden sind bei der Frage zu den Gewichtsbeschränkungen sehr unsicher. Da es auf den Stationen bis zu zehn verschiedene Betten gibt, die vermutlich unterschiedliche Grenzen aufweisen, ist es wahrscheinlich kaum möglich, diese genau zu kennen. Breitere Betten sind extern bestellbar oder im Haus anzufordern. In mehreren Einrichtungen werden diese bei einer Firma bestellt und sind innerhalb weniger Stunden da. Bereits während der Anmeldung eines Patienten/einer Patientin können diese angefordert werden, wodurch sich die Wartezeiten verkürzen. Das Zwischenlagern von Patienten und Patientinnen auf Normalbetten ist laut Pflegepersonal möglich. Besonders die Breite von Normalbetten wird dann zur Herausforderung. „Hoffentlich kugelt er nicht raus“, sagt eine Pflegeperson. Problematisch wird die Situation, wenn ein Patient/eine Patientin ein Gewicht von 140-150kg erreicht. Dann sind „XL-Ausführungen von Betten“ nötig, berichtet ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin. Ein anderer/Eine andere gibt an, dass Betten organisierbar wären, dies aus Kostengründen aber nicht in Anspruch genommen wird. Die Vorgangsweise, wie diese zu organisieren sind, ist nicht bekannt. Es wird vermutet, dass dies über die Krankenkasse, die Direktion und/oder die Bereichsleitung zu organisieren wäre. Auf einer Station wurde kürzlich von manuellen Betten auf elektrische umgestellt. Bei den alten, manuellen Betten knarrt der Kopf- oder Fussteil beim Verändern der Position. Die Gefahr, dass das Bett einstürzt ist aus Sicht der Pflegenden nicht gegeben. Auch die Lagerung wird ab ca. 160kg mühsam, da nicht ausreichend Platz im Bett vorhanden ist. Monarchbetten mit der 1,5fachen Breite bieten ausreichend Platz adipöse Menschen zu lagern und zu pflegen. Allerdings gibt es hier Probleme aufgrund der Raumgröße, wenn schon bei

normalen Betten kaum Platz im Zimmer ist. Außerdem sind diese extrem teuer und es bedarf eines Nachweises der Notwendigkeit zur Anforderung eines solchen Bettes. Mit einem Nachweis ist dieses Bett innerhalb kürzester Zeit verfügbar.

Neben den Betten werden auch die entsprechenden Matratzen angefordert. Dekubitusmatratzen beugen erneuten Hautproblemen vor, die besonders bei adipösen Menschen leicht auftreten können. Wichtig bei breiteren Betten ist es, die Matratze zu fixieren. Luftmatratzen werden als kontraproduktiv und kontraindiziert bezeichnet, da sie mit dem Patienten/der Patientin vom Bett rutschen, wenn man diesen/diese bewegt. Außerdem sind die Lufteinlagen von Luftkissenmatratzen zu gering für adipöse Patienten und Patientinnen. Bei 150kg sind diese nicht mehr adäquat und es sollten Spezialmatratzen verwendet werden. Luftkissenmatratzen sind eigentlich für Patienten und Patientinnen mit empfindlicher Haut entwickelt worden und nicht für Adipöse. Bett und Matratze müssen an das Körpergewicht und die damit verbundenen Probleme angepasst werden und sollten den Gegebenheiten standhalten und nicht erneute Probleme verursachen.

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gibt an, dass Blutdruckmanschetten bei übergewichtigen Personen aufgehen. Dies wird als technisches Problem bezeichnet. Stehen Manschetten in unterschiedlichen Größen zur Verfügung, wird der Wechsel zwischen den Patienten und Patientinnen als mühsam angesehen. Hier gibt es Manschetten in unterschiedlichen Größen auf der Station, die auch gut funktionieren. In einem Gespräch wird erzählt, dass größere Blutdruckmanschetten nicht nötig sind. Diese müssten extra gekauft werden. Von anderer Seite wird berichtet, dass verschieden große und extrabreite Blutdruckmanschetten nötig sind, da die Vitalwerte regelmäßig zu überprüfen sind. Vermutlich hängt die Einstellung darüber auch von der Art der Station ab. Auf einer internen Station muss vermehrt auf die Vitalwerte geachtet werden, als möglicherweise im Pflegeheim.

Es werden auch längere, intramuskuläre Nadeln verwendet. In einem anderen Gespräch wird angegeben, dass längere Nadeln nicht nötig sind, da so selten adipöse Patienten und Patientinnen auf die Station kommen.

Als weitere Hilfsmittel werden die Aufstehhilfe Sara 3000 und Rutschbretter genannt. Leibstühle mit abnehmbarer Lehne stehen ebenfalls zur Verfügung. Größere Sessel

sind auf einer Station vorhanden bzw. können auch 2 Sessel ohne Lehne zusammengeschoben werden.

Ansprechen des Gewichts

Für Pflegende ist es schwierig, einzuschreiten, da das Gewicht nicht vorrangig ist und die Patienten und Patientinnen aufgrund anderer Beschwerden aufgenommen werden. „Wir sind ja keine Ernährungsstation und können nicht rund um die Uhr schauen, was, wer, wann wie isst.“ Es wird nicht als Aufgabe der Pflege gesehen, das Thema Ernährung und Abnehmen anzusprechen. Allerdings wird schon auf die Folgen hingewiesen und an Diätologen und Diätologinnen als auch auf Ärzte und Ärztinnen verwiesen, die besser beraten können. Auch wenn Pflegenden das Fachwissen bezüglich Ernährung fehlt, sehen sie durch das Weiterleiten und vorhandenen Angebote, dass sie hier etwas tun können. Aus dem obigen Zitat geht auch hervor, dass Pflegende weder die Zeit haben, auf das Ernährungsverhalten zu achten, noch die Möglichkeiten haben es zu kontrollieren. In den meisten Einrichtungen haben die Patienten und Patientinnen Ausgang und können einkaufen gehen. Dies wird in weiteren Interviews bekräftigt. So werden eher Hilfestellungen anstatt Ernährungstipps gegeben, da sich die Pflegeperson nicht als Fachkraft für Ernährung sieht.

Das Wiegen stellt kein Problem dar. Bereits bei der Aufnahme wird informiert, wann gewogen wird. Es kommen alle Patienten und Patientinnen, bei denen es möglich ist zur Waage und stellen sich an. Bei adipösen Patienten und Patientinnen wird beobachtet, dass diese nicht schummeln. Pflegende vermuten, dass das Gewicht ab einem bestimmten Wert ausgeblendet und nicht mehr wahrgenommen wird. Es wird berichtet, dass manche Patienten und Patientinnen ihr Gewicht beim Wiegen gar nicht wissen wollen. Als Beispiele werden „ok, ich will es gar nicht wissen“ und „sagen Sie es mir lieber nicht“ genannt. Sie resignieren, weil ihnen die Motivation oder Hilfestellungen zum Abnehmen fehlen. Im Gegensatz zu Anorexiepatienten und Anorexiepatientinnen wird nicht gesehen, dass das Wiegen einen Stress für adipöse Patienten und Patienten darstellt. So wird berichtet, dass Anorexiepatienten und Anorexiepatientinnen sehr diszipliniert sind, was bei übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen nicht gesehen wird. Die beiden Extreme sind gut auf der

Station beobachtbar. Die Häufigkeit des Wiegens ist in den verschiedenen Einrichtungen unterschiedlich. So wird auf einer Station wöchentlich gewogen, auf einer anderen monatlich, ausgenommen Untergewichtige, die 14-tägig gewogen werden. Der BMI wird meistens automatisch vom Computersystem ausgerechnet. Der Bauchumfang wird außer bei starken Ödemen nicht gemessen. Bei Entwässerungsmaßnahmen wird er eingesetzt, um den Erfolg sehen zu können. In einem Interview wird erwähnt, dass nur auf ärztliche Anordnung hin gewogen wird bzw. wenn eine neue Kurve angelegt wird. Ist Wiegen aufgrund von Immobilität oder Somnolenz nicht möglich, dann wird nicht gewogen bzw. das Wiegen auf einen späteren Zeitpunkt verschoben, sobald es möglich ist. In seltenen Fällen werden auch Angehörige gefragt oder das Gewicht geschätzt. Je nach Krankheit wird der Gewichtsverlauf in einer Einrichtung berücksichtigt.

Für die Pflegepersonen macht es keinen Unterschied, ob sie darauf vorbereitet sind, das Gewicht anzusprechen oder ob das Thema nebenbei erwähnt wird. Keiner der befragten Personen ist es unangenehm über das Gewicht zu sprechen. Sie müssen sich nicht darauf vorbereiten. Durch die eigene Adipositas fällt es einem Gesprächspartner/einer Gesprächspartnerin leicht, das Gewicht anzusprechen. Dies wird in einem weiteren Gespräch bestätigt. So wird eine geringere Hemmschwelle genannt, da die betroffene Person aus eigener Erfahrung sprechen kann. Obwohl oftmals mit Humor damit umgegangen wird, versuchen die Pflegenden trotzdem die Ernsthaftigkeit des Problems aufzuzeigen. Probleme werden hier eher im Umgang mit extrem schlanken Pflegenden gesehen. Unangenehm ist es für einen Teilnehmer/eine Teilnehmerin, wenn Patienten und Patientinnen bemerken, dass von Mitpatienten und Mitpatientinnen über sie geredet wird und sie zur Pflegeperson kommen und fragen, was über sie gesprochen wurde. Aus diesem Gespräch geht hervor, dass die Patienten und Patientinnen untereinander reden und sich gegenseitig hänseln und das Pflegenden berichten. Wird die befragte Pflegeperson darauf angesprochen, ist es ihr unangenehm und sie versucht neutral zu bleiben. Ein anderer Teilnehmer/Eine andere Teilnehmerin erzählt, dass Patienten und Patientinnen kaum miteinander reden. Demente reden gar nicht, sind verwirrt, das Körperbild ist für sie nicht relevant. Wenn Patienten und Patientinnen geistig fit sind bilden sich Gruppen. Demente Mitmenschen werden nicht in die Unterhaltungen einbezogen. Sind Patienten und Patientinnen nicht dement, wissen sie oftmals was gesünder wäre. Die Befragten geben an, dass derzeit nicht sehr viele adipöse

Patienten und Patientinnen in die Einrichtungen kommen. Die Pflegenden sehen zwar den Trend zur Zunahme, aber sie sind froh, dass es (noch) nicht alltäglich ist. In einem Pflegeheim wird beobachtet, dass nur weniger Männer auf der Station sind und es kann kein Unterschied in der Ernährung zwischen Männern und Frauen festgestellt werden.

Bei der Aufnahme von Patienten und Patientinnen wird nach den Ernährungsgewohnheiten gefragt. Diese werden dann im Protokoll angegeben. Auch der Ernährungszustand wird erfasst. Wenn nötig, erstellt ein Ernährungsberater/eine Ernährungsberaterin ein Ernährungsprotokoll.

Bei den Gesprächen geben die Pflegenden an, dass von Seiten des Personals eher wenig über Patienten und Patientinnen geredet wird. Probleme mit dem Gewicht des Patienten/der Patientin werden entweder nicht gezeigt oder direkt vor dem Patienten/der Patientin angesprochen. So erzählt ein Pfleger/eine Pflegerin, dass er/sie zu Bewohnern und Bewohnerinnen sagt: „Essen Sie nicht so viel, Sie sind einfach schon so dick.“ Und im nächsten Atemzug wird bemerkt: „Und die essen und essen.“ Die Betroffenen nehmen diese Aussagen nicht ernst.

Probleme für Patienten und Patientinnen aufgrund des Gewichts

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gibt an, dass Patienten und Patientinnen unter ihrem Gewicht leiden. Er/Sie gibt an, dass diese unsicher sind und sie „fürchten immer Attacken“. Dadurch sind sie „immer in Alarmbereitschaft“ und ihre Haltung wird als „aggressiv“ und „bereit, zurück zu beißen“ beschrieben. Es wird angenommen, dass sich Betroffene schon im Vorhinein Rechtfertigungen zurechtlegen, die sie bei Bedarf dann einsetzen. Aus persönlicher Erfahrung weiß er/sie, dass es auch als Elternteil schwierig ist, sich den eigenen Kindern gegenüber angemessen zu verhalten. So wurde in der Vergangenheit Druck auf das eigene Kind ausgeübt, um Übergewicht vorzubeugen. Im Nachhinein wird eingesehen, dass dieser Druck von Seiten der Familie Leid verursacht. Sicherheit als Indikator für das Gewicht als Problem wird auch in einem weiteren Gespräch angegeben. Es kommt auch vor, dass selbstsichere Patienten und Patientinnen auf die Station kommen, die nicht einsehen, dass sie Einschränkungen haben, obwohl sie bereits Hilfe benötigen.

Hier wird gleichzeitig betont, dass es auf den Menschen und seine Persönlichkeit ankommt. Eine Mischung aus Mitleid und Strafe kann in der Aussage „sie leiden eh drunter“ gesehen werden. Einerseits möchte die Pflegeperson den Patienten und Patientinnen helfen und hat Mitleid, andererseits wird den Betroffenen die Verantwortung zugeschrieben und ihr Aussehen ist die Strafe oder Konsequenz ihres Verhaltens. In weiteren Gesprächen wird bestätigt, dass übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen unter dem Gewicht bzw. einer Gewichtszunahme leiden. Es belastet sie, sie geben vor, nichts dagegen tun zu können. Die Einstellung muss sich ändern und die Bereitschaft etwas dafür zu tun muss vorhanden sein. Das Problem, etwas zu ändern, wird in der fehlenden Motivation gesehen. Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin meint, dass es vielen Patienten und Patientinnen bewusst ist, dass das Gewicht ein Problem darstellt. Er/Sie gibt an, darauf zu schauen, dass es allen bewusst gemacht wird. Oftmals sind die mit Übergewicht und Adipositas verbundenen Folgen und Konsequenzen nicht bewusst. Hier sieht die Pflegeperson es als ihre Aufgabe, die gesundheitlichen Auswirkungen anzusprechen und dadurch das nötige Bewusstsein zu schaffen. „Ich kann sie nicht erziehen“ ist die Aussage einer Pflegeperson bezüglich der Patienten und Patientinnen. Der kurze Aufenthalt auf der Station und die Gründe für diesen tragen dazu bei, dass das Gewicht als hintergründig gesehen wird. Außerdem sieht der Großteil der Befragten es nicht als Aufgabe der Pflege, Maßnahmen zur Gewichtsreduktion einzuleiten. Es wird angegeben, dass Ernährungsberatung nicht in der Verantwortung der Pflege liegt. Es finden zwar Gespräche über Ernährung statt, diese sind aber eher auf Ebene eines Privatgespräches mit eigenen Erfahrungen und ersetzen nicht eine angemessene Beratung durch Diätologen und Diätologinnen. Aus einem Interview geht hervor, dass Pflegende gerne etwas tun würden, aber im Alltag wird eingesehen, dass „man aber nicht viel tun kann als Pflegender/Pflegende“. Pflegende resignieren vor dem Problem, sie sind ohnmächtig. Gerade wenn die Gewichtszunahme durch Medikamente hervorgerufen wird, ist es für das Personal schwierig einzugreifen. Neben diesen Aspekten dürften auch weitere Faktoren im Zusammenhang mit dem Alter bestehen. So wird das Leben im Alter beschwerlicher und es fällt schwerer Gewohnheiten zu verändern und Gewicht zu reduzieren. Auch die Mobilität nimmt im Alter oft ab, die Kraft fehlt, die Menschen werden unbeweglicher. Im Gegensatz dazu haben Junge mehr Kraft, sie werden schneller damit fertig und sind noch aktiver.

Für einen Befragten/eine Befragte beinhaltet ein professionelles Verhalten von Pflegenden, dass Anstrengungen aufgrund des Gewichts nicht angesprochen und gezeigt werden. In einem Gespräch wird berichtet, dass es zu Problemen kommt, wenn Patienten und Patientinnen aufgrund ihres Gewichts nicht in ein Pflegeheim aufgenommen werden können. Die Heime sind nicht auf extrem adipöse Patienten und Patientinnen ausgerichtet. Fehlen entsprechende Hilfsmittel, müssen diese Patienten und Patientinnen abgelehnt werden. Ein entsprechendes Heim zu finden, dürfte schwierig sein. Möglicherweise gibt es bereits Heime, die auf stark adipöse Patienten und Patientinnen ausgerichtet sind. Als Nachteil wurde dabei genannt, dass es nicht viele davon gibt und die weit weg sind. Dadurch ergeben sich möglicherweise Probleme bezüglich des Transports und eventuell weniger Besuche von Angehörigen.

Es wird aber auch gesehen, dass übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen sehr um ihre Selbstständigkeit bemüht sind. Sie wollen schnell wieder ohne Hilfe auskommen. Dies wird im Gespräch so interpretiert, dass sie es sich und den Mitmenschen beweisen wollen, dass sie auch alleine gut zurechtkommen. Sie sind einfallsreich und wissen sich oftmals zu helfen. Von Seiten der Pflege wird Hilfe angeboten, aber Übergewichtige und Adipöse „läuten sicher nicht“. Andere Probleme gibt es, wenn Patienten und Patientinnen dement und übergewichtig sind. Diese glauben, vieles noch selbst machen zu können und sehen nicht ein, dass sie warten müssen, bis eine zweite Pflegeperson zu Hilfe kommt bzw. dass sie überhaupt Hilfe benötigen. Da hier die Selbsteinschätzung fehlt, ist es in diesem Bereich sehr schwierig zu arbeiten, da die Patienten und Patientinnen oft nichts mehr alleine machen können.

Räumlichkeiten

Die Raumaufteilung in den Einrichtungen ist sehr unterschiedlich gestaltet. In zwei Gesprächen wurde die Beschaffenheit der Räume nicht erwähnt. Zwei Teilnehmer/Teilnehmerinnen beurteilen die Gegebenheiten als passend. In einem Fall handelt es sich um einen Neubau zu einem Krankenhaus, wobei bei der Planung auf eine angemessene Raumaufteilung geachtet wurde. Im zweiten Gespräch handelt es sich um ein Pflegeheim, mit 1- und 2-Bett-Zimmern, die ausreichend Platz

bieten.

Die weiteren 3 Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen sind mit den Räumlichkeiten unzufrieden. In allen drei Interviews werden zu kleine Zimmer und besonders die Badezimmer als zu klein genannt. Mit starkem Übergewicht bzw. mit einem Rollstuhl sind die Sanitärräume nicht oder nur unter enormem Aufwand benutzbar. Ist es Patienten und Patientinnen nicht möglich, lange zu stehen, kann ein „lapidarer Gartensessel“ verwendet werden, der einerseits Platz verbraucht, andererseits sehr wackelig ist und für schwere Patienten und Patientinnen nicht geeignet ist. Wird die Dusche benutzt, so ist es nicht zu vermeiden, dass alles und alle nass werden. Dies ist für die Pflegenden sehr mühsam. In einem Krankenhaus steht ein größeres Bad außerhalb des Zimmers zur Verfügung. Dieses wird stark frequentiert. In den übrigen Einrichtungen mit kleinen Badezimmern, ist es kaum möglich mit einem Rollstuhl in das Bad hinein zu fahren. „Ich kann da nicht eini, nicht gescheit“ und „man weiß nicht, wie man tun soll“, beschreiben zwei Befragte die Situation. In einer Einrichtung, gibt es hier sogar eine kleine Stufe zum Bad. Dass Krankenhäuser nicht behindertengerecht ausgestattet sind, wird als „Wahnsinn“ bezeichnet. Gerade auf einer internen Station, führt das zu Problemen, wenn die Patienten und Patientinnen nicht sehr mobil sind. Dazu kommt, dass die Patienten und Patientinnen aufgrund des Gesundheitszustands und /oder aufgrund von Adipositas „schnell aus der Puste kommen“. Sind sie es von zu Hause gewohnt zu baden anstatt zu duschen, so müssen sie im Krankenhaus oder Heim beim Duschen selbst mehr mithelfen. Arbeiten Pflegende zu zweit zusammen, wird es auch im Badezimmer entsprechend heiß und eng. Pflegende müssen sich darauf einstellen, dass sie mit duschen gehen und nass werden. Notdürftig Schutz bieten dabei Schürzen und Plastikschuhe. Früher gab es auf den meisten Stationen Badezimmer mit Badewannen, die im Lauf der Zeit umgebaut wurden und jetzt zum Teil als Lager verwendet werden. Heute sind diese aufgrund der engen Türen nicht mehr benutzbar, weil man mit einem Patientenlifter/Patientinnenlifter nicht mehr durchkommt. Stehen Badewannen noch zur Verfügung, werden diese kaum eingesetzt.

Es wird weiters von 3-Bett-Zimmern berichtet, bei denen zwei Betten ausgeparkt werden müssen, um einen Patienten/eine Patientin im Bett zu transportieren. Neben der Raumgröße wird auch die Intimsphäre und Datenschutz erwähnt. Dabei ist es für

Pflegepersonal schwierig, diese aufgrund der Raumgrößen und fehlender Ausweichmöglichkeiten zu wahren.

Neben den Zimmern und Sanitärräumen wurde auch der Sozialraum als zu klein beschrieben und kritisiert, dass es nur auf einer Seite der Station Fenster gibt. Dies wird als bauliche Katastrophe bezeichnet, die sich aber nicht ändern lässt, da baulich keine Veränderungen möglich sind.

Hebetechnik

Alle Befragten geben an, dass sie ergonomisch arbeiten. Die Techniken werden in der Ausbildung und Fortbildungen erlernt. Pflegende kennen die Folgen falscher Methoden und achten darauf, damit sie sich leichter tun. Durch die Routine ist die Gefahr größer falsch zu heben. Dies passiert auch, wenn man sich von Kollegen und Kolleginnen falsche Techniken abschaut. Man arbeitet bewusster, wenn Tätigkeiten nicht alltäglich sind. Im Team wird darauf geachtet, dass ergonomisch gearbeitet wird. Zwei Teilnehmer/Zwei Teilnehmerinnen sind froh, dass die meisten Patienten und Patientinnen mobil sind und nicht gehoben werden müssen. Pflegende müssen selbst entscheiden, ob sie sich den Transfer von Patienten und Patientinnen zutrauen oder lieber Hilfe holen. Sie arbeiten eigenverantwortlich. Hier gibt es große Unterschiede zwischen dem Personal. In Einrichtungen werden Großteils Fortbildungen (Bobath, Kinästhetik, zu Lagerungen) in Theorie und Praxis angeboten. Die Informationen von Fortbildungsteilnehmern und Fortbildungsteilnehmerinnen werden an das gesamte Team weitergegeben. Wie diese dann im Alltag umgesetzt werden, liegt am Einzelnen/an der Einzelnen.

Besonders Rückenschmerzen werden als Folgen der schweren körperlichen Arbeit genannt. Ebenso sind Bandscheibenvorfälle nicht selten. Die Folgen von falscher Technik bzw. Überlastung zeigen sich in Krankenständen, Kur- und Rehabilitationsaufenthalten. Durch die Dauerbelastung kommt es im Laufe der Zeit zu Verschleißerscheinungen. Es wird auch beobachtet, dass erst dann andere Techniken angewendet werden, wenn die Schmerzen zu arg werden. Als Beispiel wird die Aufstehhilfe Sarah genannt. Die Arbeit mit diesem Hilfsmittel dauert zwar länger, ist aber körperlich weniger anstrengend. Neben den genannten Ursachen, können auch Krankheiten oder Unfälle für Probleme sorgen. Als Beispiel wurde eine

Unfallverletzung am Knöchel genannt, wodurch es bei langem Gehen, bei Rotationen und beim Heben zu Schmerzen kommt. Eine Person widerspricht der obigen Aussage mit dem Argument, dass die Krankenstände eher durch saisonal bedingte Erkrankungen entstehen und Bandscheibenvorfälle oft nicht aufgrund des Berufs auftreten. Ein anderer Interviewpartner/Eine andere Interviewpartnerin kennt Rückenschmerzen eher phasenweise, wenn viele Nachtdienste hintereinander zu leisten sind. Da in der Nacht weniger Personal zur Verfügung steht, muss man sich vermehrt absprechen bzw. werden viele Tätigkeiten alleine durchgeführt, für die man tagsüber Hilfe holt. Wird zu viel gehoben, spielt das Gewicht des Patienten/der Patientin keine Rolle mehr. Die Schmerzen kommen dann von der Überlastung. Es treten auch Verspannungen und dadurch verursachte Kopfschmerzen auf.

Der befragte männliche Teilnehmer meint, dass es von Vorteil ist, groß und stark zu sein. Bei weiblichem Personal passt manchmal einfach das Verhältnis zwischen der eigenen Körpergröße und der des Patienten/der Patientin nicht. Dabei stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, von Seiten des Personalmanagements darauf zu achten, dass ausreichend kräftige Personen eingestellt werden. Die Patienten und Patientinnen müssen gelagert werden, wie das gewährleistet wird und wer das macht, spielt bisher keine Rolle.

Die Top 3 Fähigkeiten von Pflegenden

Zum Abschluss der Interviews wurde nach den drei wichtigsten Fähigkeiten von Pflegenden im Umgang mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen gefragt. Menschlichkeit, Gleichbehandlung und professionelles Verhalten nennt ein Pfleger/eine Pflegerin als wichtig. Die wertschätzende Haltung ihnen gegenüber und die gleichberechtigte Behandlung sollten Voraussetzung sein. So wird beschrieben, dass diese Patientengruppe/Patientinnengruppe genauso Menschen sind, die nur anders aussehen. Es wird zugegeben, dass es Vorurteile von Pflegenden gibt und man teilweise merkt, dass Kollegen und Kolleginnen anders mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen umgehen als mit normalgewichtigen. So wird beschrieben, dass dann oft nur Standardmaßnahmen durchgeführt werden, Pflegende nicht mit den Patienten und Patientinnen reden und sie zeigen, dass die Arbeit mit übergewichtigen und adipösen Menschen als lästig

empfundene wird. Es wird auch von einem weiteren Befragten/einer weiteren Befragten bestätigt, dass man die eigenen Vorurteile zurückstecken muss. Man soll den Menschen erst kennen lernen und ihm eine Chance geben, bevor man ihn verurteilt. Einfühlungsvermögen ist dabei gefragt. Das Thema anzusprechen und es nicht zu ignorieren, weil es gesundheitsgefährdend ist, ebenso wie Vorschläge zu machen, welche Möglichkeiten es für die Betroffenen gibt, sind Aufgaben, die ein weiterer Teilnehmer/eine weitere Teilnehmerin nennt. Es gehört auch dazu, dass man die Patienten und Patientinnen ernst nimmt, ihnen Optionen anbietet und sie für langfristige Gewichtsabnahmen motiviert und kontrolliert. So soll der Verlauf beobachtet werden und realistische Ziele erarbeitet werden, die motivieren, damit die Betroffenen weiter machen. Als Angebote werden Gespräche mit Diätologen und Diätologinnen vermittelt und Bewegungsanreize vorgeschlagen. Ein Grundlagenwissen zum Abnehmen sollte auch von Seiten der Pflege vorhanden sein. Dieses ist allerdings nur nützlich, wenn es auch kommuniziert werden kann. Als den wichtigsten Faktor sieht ein Pfleger/eine Pflegerin, dass klar ist, welche Möglichkeiten zum Abnehmen zur Verfügung stehen, wie Hilfe geholt werden kann und was in der Einrichtung überhaupt angeboten werden kann. Zum Eigenschutz ist es wichtig, dass Pflegenden die richtige Technik anwenden, um größere Belastungen zu vermeiden. Hilfsmittel sollen eingesetzt werden und wenn es nötig ist, eine zweite Person zu Hilfe geholt werden. Die vorhandenen Ressourcen sollen genutzt werden und Patienten und Patientinnen einbezogen werden, mitzuhelfen. Was sie noch tun können, sollen sie selbst erledigen. Dies erleichtert Pflegenden die Arbeit und verhilft zur Aufrechterhaltung und Wiedererlangung der Selbstständigkeit. Als besondere Fähigkeit, die Pflegenden in die Arbeit mitbringen sollten, wird Kreativität gesehen, Platz zu schaffen, wo keiner ist. Ein Befragter/Eine Befragte sieht sich als Realist/Realistin und meint, dass man als Pflegeperson die richtige Einstellung übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen gegenüber braucht. Je weniger man von Patienten und Patientinnen erwartet, umso besser geht man an sie heran. Es wird (mit wenigen Ausnahmen) von sehr inkonsequenten Patienten und Patientinnen gesprochen. Die Erwartungen von Pflegenden muss herabgesetzt werden, sie sollen keine unerreichbaren Zielsetzung an den Patienten /an die Patientin herantragen und sollen die eigenen Erwartungen reduzieren. Da das Selbstverantwortungsgefühl, durch das bereits früher reagiert werden hätte sollen, fehlt, muss laut einem Teilnehmer/einer Teilnehmerin

Pflegenden klar sein, dass sie ihre Patienten und Patientinnen zwar motivieren sollen, ihnen aber gleichzeitig bewusst sein muss, dass dies vermutlich nichts bringt. Gleichzeitig wird angegeben, dass Bewegung das um und auf ist. Es sollte möglichst bald versucht werden, den Patienten/die Patientin aus dem Bett zu bekommen, denn „ein Tag im Bett ist ein verlorener Tag“. Weiters wird angegeben, dass man bei dieser Patientengruppe/Patientinnengruppe auf alles achten muss. Dies reicht von der Ernährung, Venenproblematiken, Gefäßstörungen, chronischen Wunden bis hin zur Hautpflege und dass man internistisch alles abklärt. Somit sind übergewichtige und adipöse Personen als Risikopatienten und Risikopatientinnen anzusehen.

Gewünschte Veränderungen

Neben baulichen Veränderungen, die nicht durchführbar sind, wünschen sich Pflegende, dass mehr Gesundheitsbewusstsein von Seiten Professioneller, die authentisch sind, geschaffen wird. Im Alltag stehen Diagnosen und deren Behandlung oft im Vordergrund, das Thema Abnehmen fällt unter den Tisch, wenn es nicht vom Patienten/von der Patientin angesprochen wird. Es bedarf mehr an Bewegungsangeboten und Vorträgen, da man „das gar nicht oft genug hören kann“. Ein Problem dabei stellen kurze Aufenthalte dar, in denen aus Sicht der Pflege nicht viel bezüglich des Gewichts erreicht werden kann. Auch Ärzte und Ärztinnen sollten mehr darauf eingehen und Bewusstsein schaffen. Abnehmen muss mehr „Gewicht“ bekommen. Ein Plakat aufzuhängen reicht nicht, das wird ignoriert. Nicht in allen Einrichtungen sind Diätologen/Diätologinnen verfügbar. Hier „wäre es klasse, wenn einmal in der Woche eine Diätologin kommen tät“. Dadurch kann Bewusstsein geschaffen werden, eine individuelle Beratung ist möglich und die Informationen wären am neuesten wissenschaftlichen Stand. Ebenso besteht der Wunsch nach einem Sport-, Gesundheits- oder Ernährungsberater/einer Sport-, Gesundheits- oder Ernährungsberaterin. Da das Geld gerade für das Personal reicht, ist der Einsatz von Diätologen und Diätologinnen nicht überall möglich. Es wird vermutet, dass die Art der Beratung, ob die Informationen angenommen werden können und auf welche Weise sie vermittelt werden, stark von der Persönlichkeit des Berater/der Beraterin abhängt. Neben der finanziellen Problematik gibt es auch den Wunsch nach mehr Personal. Gerade im Nachtdienst werden Mängel gesehen.

Als weitere Möglichkeit wird genannt, dass Diäten strenger gehalten werden sollten. Ebenso soll darauf geachtet werden, was gegessen wird. Als Beispiel wird angegeben, dass alle professionellen Helfer und Helferinnen mit dem Patienten/der Patientin sprechen sollen, um ihm/ihr bewusst zu machen, was er/sie isst. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, ob dies sinnvoll ist, da nicht alle professionellen Helfer und Helferinnen adäquat beraten können und durch die massive Informationsvermittlung Unklarheiten bei Betroffenen entstehen bzw. vermutlich eine Abwehrhaltung zu erwarten ist. Hilfreich wäre es, wenn ein bis zwei größere Standardbetten für einen schnelleren Zugriff gelagert werden könnten. Ebenso werden breitere Rollstühle für mobile Patienten und Patientinnen für nötig befunden. In vielen Gesprächen wird der fehlende Platz angesprochen. Pflegende sehen, dass bauliche Maßnahmen vielfach nicht umsetzbar sind. Es wird aber nicht verstanden, dass ein Krankenhaus nicht behindertengerecht ausgestattet sein kann. Auch die Anordnung der Waschbecken im Badezimmer wird als problematisch bezeichnet. Gerade die Badezimmer stellen eine große Herausforderung für die Pflegenden dar. Prävention wird als wichtiger Faktor gesehen. Einig sind sich die Gesprächspartner/Gesprächspartnerinnen, dass ein besseres Gesundheitsbewusstsein geschaffen werden und zu einem früheren Zeitpunkt angesetzt werden muss. Da Kinder sehr wissbegierig sind, sollte laut einigen Pflegenden hier angesetzt werden. Auch die Eltern müssen einbezogen werden.

Diätassistenz

Es gibt nicht in allen Einrichtungen Diätassistenten und Diätassistentinnen. Manche Patienten und Patientinnen verlangen von sich aus eine Reduktionskost. Oftmals schmeckt diese nicht und sie sehen, dass die Mitpatienten und Mitpatientinnen etwas Besseres bekommen und steigen rasch wieder auf Normalkost um. Es wird auch davon berichtet, dass sie die Reduktionskost beibehalten und nebenbei „Chips und Cola“ verzehren. Neben dem Pflegepersonal, das Ernährungstipps geben kann, informieren auch Ärzte und Ärztinnen die Patienten und Patientinnen. Da Pflegende sehen, dass sie nicht adäquat beraten können, da das Fachwissen und die Zeit fehlt, werden Diätologen und Diätologinnen hinzugezogen. Die Ernährungstipps von Pflegern/Pflegerinnen werden eher als Privatgespräche gesehen, und nicht als

Beratung. So wird erzählt, dass auch über die eigene Person gesprochen wird und sich Pflegende solidarisch zeigen, wenn sie auch übergewichtig oder adipös sind. Eine Pflegeperson gibt an, dass es auch Patienten und Patientinnen gibt, die sich beraten lassen wollen und ein Gesundheitsbewusstsein besitzen. Sie suchen aktiv nach Hilfe und nehmen diese auch an. Pflegende sind hier nur in der Lage „ein bissl gesundheitserzieherisch einzugreifen“, wenn danach gefragt wird. Zum Körperbild von Diätassistenten und Diätassistentinnen wird angegeben, dass schlanke Diätassistenten und Diätassistentinnen ernster genommen werden, sie seriöser und professioneller wirken und das, was sie predigen verkörpern. Es wurde in keinem Gespräch von übergewichtigen Diätologen und Diätologinnen berichtet. Eine Pflegeperson erzählt, dass Diätologen und Diätologinnen von Montag bis Freitag zur Verfügung stehen und meist am gleichen, spätestens am nächsten Tag da sind, sie kommen täglich auf die Station. Die Kalorien dürfen nicht zu sehr herabgesetzt werden, sie müssen ausreichend aufgenommen werden, aber reduziert. Dies wird vom Arzt/von der Ärztin angeordnet. Daraufhin kommt ein Diätologe/eine Diätologin, klärt auf und stellt die Kost ein und der Patient/die Patientin nimmt dies an oder auch nicht. Werden die Patienten und Patientinnen wieder mobil, so muss die Kost erneut angepasst werden. Dies kommt aber auf der eigenen Station selten vor, da die Patienten und Patientinnen meist in einem sehr schlechten Zustand sind. Es gibt nur wenige mobile und halbmobil Patienten und Patientinnen, beobachtet ein Teilnehmer/eine Teilnehmerin. Nachdem der Arzt/die Ärztin Schonkost verordnet hat, gibt es oftmals Diskussionen zwischen Patienten und Patientinnen und den Pflegenden, weil das Essen nicht schmeckt. Das Pflegepersonal verweist dann auf den zuständigen Arzt/die zuständige Ärztin. Diese Problematik wird besonders bei Durchfallerkrankungen beobachtet, wenn nur Tee, Zwieback, Suppe und Püree am Speiseplan stehen. Die Reaktionen auf die verordnete Kostform sind sehr unterschiedlich. Manche Patienten und Patientinnen nehmen sie hin, manche tolerieren sie und nehmen sie gerne in Anspruch, andere beschwerten sich darüber. Aussagen wie „wozu abnehmen?“ und darüber lachen zeigen einer Pflegeperson, dass kein Interesse besteht, am Gewicht etwas zu ändern. Auch wenn einige die Reduktionskost ausprobieren, schätzt der Teilnehmer/die Teilnehmerin, dass die Patienten und Patientinnen nicht lange dabei bleiben. Bei Intoleranzen und Allergien werden sofort Diätassistenten und Diätassistentinnen geholt, die dann das Essen dementsprechend im Computersystem eingeben. Dies funktioniert aus Sicht der

befragten Pflegeperson sehr gut. Auch von Seiten der Küche stellt dies kein Problem dar. Es wird beobachtet, dass insulinpflichtige Diabetiker und Diabetikerinnen eher auf ihre Ernährung achten, als medikamentös eingestellte. Es liege in der Einstellung des Patienten/der Patientin, ob eine diätologisches Beratung angenommen wird oder nicht.

Das Körpergewicht von Pflegepersonal

Haben Pflegende selbst Übergewicht oder Adipositas, so können sie kongruent über die Schwierigkeiten des Abnehmens berichten und sich mit Betroffenen solidarisieren. Da sie aus eigener Erfahrung berichten können, wirken sie sehr glaubhaft. Es wird vermutet, dass es auch auf die Persönlichkeit ankommt, wie schlanke und übergewichtige Pflegepersonen wahrgenommen werden. Da jeder/jede für sein/ihr Gewicht selbst verantwortlich ist, wird als Lösung die Selbstmotivation und die eigene Einstellung zu Nahrung und Abnehmen wichtig. Dabei ist Pflegenden klar, dass dies von innen kommen muss und nicht von außen oder durch Werbung erreicht werden kann. In einem Gespräch wird von einer übergewichtigen Person festgestellt, dass sie weiß, dass es derzeit nicht möglich ist, abzunehmen. Hier stellt sich die Frage, wie lange diese momentane Phase bereits andauert. Das Thema Abnehmen wird hinausgeschoben, andere Dinge haben Priorität. Adipöse Pflegende denken, dass sie die Situation entspannter sehen als schlanke Kollegen und Kolleginnen. Sie haben nicht so ein Problem mit der Pflege, da sie genug Kraft haben. Es wird berichtet, dass es mühsam ist, mit jemandem zusammen zu arbeiten, der/die nicht genug Kraft hat anzuheben bzw. aus Vorbehalten und Bequemlichkeit nicht heben will. Patienten und Patientinnen werden aufgrund der fehlenden Kraft oder mangelnden Willens nicht so angehoben sondern eher geschliffen. Sind Pflegende schlank, wird das Gewicht von Seiten der Patienten und Patientinnen eher angesprochen, indem sie sagen „Sie sind so schön schlank.“ Es wird wahrgenommen, aber nicht auf sich bezogen. Ein Pfleger/Eine Pflegerin meint: „Es wirkt sich vielleicht ein bisschen aus.“ Ein weiterer Pfleger/Eine weitere Pflegerin gibt an, dass es ihm/ihr nicht auffällt, dass das eigene Gewicht einen Einfluss auf Patienten und Patientinnen hat.

Gefährliche und peinliche Situationen

„Man kämpft, nicht zu zeigen, dass es schwer ist, oder nicht so leicht. Oder auch etwas nicht so schön ist, weil manche sind wirklich kein schöner Anblick.“ Das zeigt, dass sich Pflegepersonen professionell verhalten und nicht zeigen wollen, was ihnen unangenehm ist. So kann ein Verbandswechsel oder das Waschen für die Pflegeperson peinlich sein, wenn Patienten und Patientinnen nach Betäubungen noch nichts spüren und nicht mithelfen können. Auch den Patienten und Patientinnen dürfte dies peinlich sein, da angegeben wird, dass sie sich sehr zusammenreißen und „bemüht sind, sehr schnell wieder ohne Hilfe auszukommen“. So wird auch beobachtet, dass adipöse Patienten und Patientinnen „sicher nicht läuten, weil sie wollen niemanden, der sie noch anschaut“. Auf einer psychiatrischen Station wird von der Angst vor einem Raptus gesprochen. Wenn Patienten und Patientinnen um sich schlagen und aggressiv werden, entwickeln sie Kräfte, die bereits bei einer schlanken Person kaum zu bändigen sind. Hier muss zu mehr gearbeitet werden, da man selbst zu zweit unterlegen ist. Sind Patienten und Patientinnen „größer und dicker, schwerer und pompöser“ verursacht dies zusätzlich einen „anderen Respekt“. In einer derartigen Situation wird der Notruf getätigt, Personal aus dem ganzen Haus kommt. Die Gefährlichkeit eines Raptus ist bewusst. Die Angst vor Stürzen ist eher weniger gegeben, denn „komischerweise polstert das Fett ein bisschen“. So wird gesehen, dass sich schlankere Personen eher verletzen, das Körperfett bietet einen gewissen Schutz. Stürze geschehen eher, wenn Pflegepersonen nicht in der Nähe sind. So sind „Stürze nicht mehr oder weniger als bei anderen Patienten“. Drei andere Pflegepersonen beobachten keine peinlichen Situationen bzw. meint eine davon, sind diese unabhängig vom Gewicht. Als für Patienten und Patientinnen peinlich wird die Körperpflege beschrieben. Nach dem Duschen sollte man sich wohl fühlen. Durch den Stress, den das Duschen verursacht sind die Patienten und Patientinnen aber wieder verschwitzt, abgehetzt und außer Atem. Manche nehmen es mit Humor, andere schämen sich, wenn sie darum bitten müssen, nochmals abgetrocknet zu werden. Auch vor der Visite und den Ärzten und Ärztinnen fürchten sich manche Patienten und Patientinnen. So wird beobachtet, dass die Scham durch Unsicherheit gezeigt wird, es wird plötzlich weniger geredet und die Pflegeperson meint, dass darauf Rücksicht genommen werden sollte. Auf der Station sind

Vorhänge zwischen den Betten vorhanden, diese zuzuziehen sei „eher ungewöhnlich“ auf der Station.

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin sieht auch keine gefährlichen Situationen. So bestehe eher ein erhöhtes Risiko beim Positionieren beim CT, wobei der Pfleger/die Pflegerin dieses persönlich nicht so sehe. Man müsse sich darauf einstellen und das Personal entsprechend anpassen. So gehen auf dieser Station eher die männlichen Pflegepersonen zu adipösen Patienten und Patientinnen, denn „es hilft nichts, wenn man eine Schwester zu einem 150kg schweren Patienten schickt, die ein Drittel des Gewichts wiegt“.

Personalbesetzung

Die Personalbesetzung ist so ausgelegt, dass alle Patienten und Patientinnen versorgt werden müssen. Dass zu zweit oder mehr gepflegt wird, ist „üblich, nichts Besonderes“. Gerade bei übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen ist eine regelmäßige Lagerung wichtig, die von einem Pfleger/einer Pflegerin alleine nicht bewältigt werden kann. Zusätzliches Personal stehe allerdings auch nicht zur Verfügung. Lagerungen wären alle zwei bis drei Stunden nötig, oftmals sind allerdings andere Probleme vorrangig. Durch Personalabbau auf den Stationen stehen im Nachtdienst oft nur 1-3 Pflegenden je nach Stationsgröße zur Verfügung. Dadurch ist eine regelmäßige Lagerung nicht möglich. Alleine sei die Lagerung nur beschwerlich möglich. Muss eine adipöse Person auf eine Spezialmatratze umgelagert werden, ist auf einer Station das gesamte Team von vier Pflegenden dafür nötig.

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin gibt an, dass bei weiblichen Pflegerinnen häufig die Kraft fehle und sie zu dritt arbeiten. Eine weitere Pflegeperson bestätigt dies. So werden Patienten und Patientinnen nicht mobilisiert, da es aufgrund des Personalmangels und der zu geringen Kraft nicht möglich ist. Die Pflegenden achten dabei auf ihre körperlichen Grenzen. Auf dieser Station steht nur weibliches Personal zur Verfügung. Früher war auf der Schlaganfallabteilung mehr männliches Personal eingesetzt. So wird auf einer Station eher das männliche Personal zu adipösen Patienten und Patientinnen geschickt. Von Seiten des Personalmanagements ist es

egal, wer die Patienten und Patientinnen lagert. Diese Aufgabe muss erledigt werden. Vor den Personaleinsparungen war es leichter, da man in der Nacht zu viert war und man zu zweit arbeiten konnte. Für das Management gehe es nur ums Geld und die Zahlen, was als frustrierend beschrieben wird. Die Patienten und Patientinnen sind alle monetiert und man kann nicht so auf sie eingehen. Es wird befürchtet, dass der Personalmangel in Zukunft ein noch größeres Problem darstellen wird.

Nahrungsmittelangebot und Auswahl

Es wird berichtet, dass es im Krankenhaus drei bis vier Menüs und einen Frühstückszettel zum Ankreuzen zur Auswahl gibt. Die Patienten und Patientinnen können selbst entscheiden was sie wählen. Aufgrund von Krankheiten, Intoleranzen und Allergien bekommen manche bestimmte Nahrungsmittel nicht. Diätassistenten und Diätassistentinnen beraten die Patienten und Patientinnen und geben entsprechend die Kost im System ein. Es wird beobachtet, dass Patienten und Patientinnen in der Nacht Hunger haben und sich von Angehörigen etwas bringen lassen. Dies bekommen Pflegende oftmals aber gar nicht mit, da es im Kühlschrank aufbewahrt wird. Auch das Nachtkästchen wird zum Aufbewahren verwendet. Hier schauen Pflegende allerdings nicht hinein, da dies Privatsache des Patienten/der Patientin ist. Oftmals werden süße Getränke, Säfte, Mehlspeisen, Obst und Nachspeisen sowie Schokolade gekauft. Die Vorliebe für Süßes wird bei einigen Befragten gesehen. Die Angehörigen bringen den Patienten und Patientinnen oft Mehlspeisen und Süßes. Bei der Essensausgabe verlangen die Patienten und Patientinnen nach der Nachspeise, wobei Kuchen dem Obst oder Jogurt vorgezogen wird. Obst ist eher unbeliebt. Es besteht immer die Möglichkeit auf eine gesunde Alternative auszuweichen, dies wird aber nicht in Anspruch genommen. Nur wenige haben die Disziplin Jogurt statt Kuchen zu verlangen. Reduktionskost wird gerne ausprobiert, viele kehren aber schnell wieder zur Normalkost zurück, da die Bettnachbarn und Bettnachbarinnen etwas Besseres bekommen. Neben dem Angebot sind auch die Angehörigen ein Faktor, der einbezogen werden sollte. Die Gewohnheiten sind in der Familie oft stark verankert. Um die Ernährung langfristig

umzustellen, müssen die gesamte Familie und die Angehörigen mit einbezogen werden und alle mitspielen.

„Gibt es im Krankenhaus gesundes Essen?“ Das Essen im Krankenhaus wird als „eher fad, könnte mehr gewürzt sein“ beschrieben. Oftmals werden Fertiggerichte und Glutamat verwendet, auch wenn es sich um sehr einfache Gerichte handelt. Die Speisen wiederholen sich circa alle vier Wochen, das Obst ist nicht regional oder saisonal. Dies sehen Pflegende kritisch. Aus einem Gespräch geht hervor, dass eine junge Diätassistentin/ein junger Diätassistent versuchte, einiges zu ändern aber am Küchenchef/der Küchenchefin gescheitert ist.

Das Essen wird bei der Patientenbefragung/Patientinnenbefragung immer wieder kritisiert. Es schmeckt nicht und die Portionen sind oftmals zu klein. Pflegende bestellen oft doppelte Portionen. Dies geschieht selbstständig, wenn sie vermuten, dass es dem Patienten/der Patientin zu wenig ist oder sie fragen beim Patienten/bei der Patientin nach.

Kritische Gewichtsgrenze

Auf die Frage, ab welchem Gewicht die Pflege zur Herausforderung wird, gibt es sehr unterschiedliche Aussagen. So komme es auf die Größe und die Verteilung des Gewichts an. Ebenso sind das Alter und die Mobilität wichtige Faktoren. Sind Patienten und Patientinnen älter und schwächer, können sie weniger mithelfen. In zwei Gesprächen wird davon berichtet, dass man ab 150kg nicht mehr alleine mit der Arbeit zurechtkomme. Die Arbeit sei dann extrem mühsam, man habe keinen Platz in Standardbetten, was vom Personal als tragisch bezeichnet wird. Es wird auch betont, dass Patienten und Patientinnen über 130-140kg eher selten sind. Von einem anderen Pfleger/einer anderen Pflegerin werden bereits 80kg und mehr als Herausforderung gesehen, wenn der Patient/die Patientin zusätzlich immobil ist. Aus einem weiteren Gespräch geht hervor, dass bei 130-140kg und Immobilität die Grenze zur Herausforderung liege. Hier werde dann mit dem Heber und 2-3 Pflegerin/Pflegerinnen hantiert. Eine weitere Pflegeperson nennt hier 90-95kg.

Von einem Befragten/einer Befragten wird angegeben, dass immer wieder Anfragen von sehr dicken, starken Patienten und Patientinnen kommen, für die die Einrichtung

nicht ausgelegt ist. Patienten und Patientinnen mit 150-160kg müssen abgelehnt werden, da die entsprechenden Hilfsmittel nicht vorhanden sind. Auch die Personalbesetzung ist nicht darauf ausgerichtet.

Trend

In fünf der sieben Interviews wird bestätigt, dass der Trend an übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen steigt. In den beiden anderen Gesprächen wurde das Thema nicht angeschnitten. Ein Pfleger/Eine Pflegerin schätzt etwa 10% an übergewichtigen Patienten und Patientinnen auf der Station, adipöse auf weniger. Als Gründe dafür wird der schlechte Gesundheitszustand angegeben, wodurch sich die Patienten und Patientinnen weniger bewegen und dadurch das Gewicht während des Aufenthaltes steigt. Es wird beobachtet, dass Patienten und Patientinnen in Einrichtungen von Essen zu Essen leben. Auch Übergewichtige und Adipöse, die während des Aufenthaltes nicht viel essen, nehmen nicht ab, da die Bewegung fehlt. Oftmals wird aufgrund des geringen Durstgefühls auch zu wenig getrunken, obwohl Saft und Wasser immer bereitstehen. In mehreren Gesprächen wird angesprochen, dass auch Kinder stark betroffen sind. Die Vermutung wird geäußert, dass der Trend zu Adipositas in Langzeiteinrichtungen zunehmen wird. Die häufige Fehlernährung ist ein weiterer Grund für diesen Trend. Adipositas wird als Startschuss zum multimorbiden Patienten/zur multimorbiden Patientin gesehen. Eine Pflegeperson spricht dabei von sehr schwer kranken Menschen. Die Negativspirale ist nur sehr schwer aufzuhalten.

Aufenthaltsdauer

Die Dauer des Krankenhausaufenthaltes ist sehr unterschiedlich. Zeiträume von 5 Tagen bis zu einem oder zwei Monaten sind keine Seltenheit. Durchschnittlich werden in etwa 2 Wochen in einem Gespräch genannt. Ein weiterer Teilnehmer/Eine weitere Teilnehmerin bestätigt dies durch die Angabe von ein paar Tagen bis zu Wochen. Im Akutbereich dürfte die Aufenthaltsdauer geringer sein. So werden hier nur fünf bis zehn Tage als geschätzter Durchschnittswert angegeben. Faktoren, die

den Aufenthalt beeinflussen sind das Alter, der Gesundheitszustand aber auch Adipositas.

Diskussion

Vergleicht man die erhaltenen Ergebnisse mit den Daten zu Epidemiologie und Prävalenz (Hill & Wyatt, 2002; Lobstein & Baur, 2004; Anderson, 2008; Elmadfa, et al., 2009), bestätigen fünf der sieben Pflegenden die Zunahme von Adipositas. Es wird in den Gesprächen immer wieder darauf hingewiesen, dass die Pflegenden froh sind, dass (noch) nicht so viele adipöse Patienten und Patientinnen in den Einrichtungen sind. Wie sich das allerdings in Zukunft verändern wird, ist fraglich. Pflegeheime können die Betroffenen nicht aufnehmen weil es an Ressourcen mangelt. So fehlt es an Hilfsmitteln, passenden Räumlichkeiten und Personal. Nach derzeitigem Wissensstand und trotz Nachforschungen konnten keine Informationen zu einem Pflegeheim, das speziell auf adipöse Patienten und Patientinnen ausgerichtet ist, in Österreich gefunden werden. Ein solches einzurichten, würde den Bedürfnissen von Patienten und Patientinnen als auch den Pflegenden vermutlich besser entsprechen, da die Räumlichkeiten, das Personal und die Hilfsmittel im Idealfall angepasst sind. Auch von Seiten adipöser Menschen könnten Hemmschwellen reduziert werden, da die Betroffenen in einem geschützten Rahmen agieren können. Unter ihres gleichen fällt es leichter, offen zu sprechen und Stigmatisierung und Schamgefühle können vielleicht reduziert werden. In Zukunft stellt sich vielleicht auch die Frage, wie sehr das Personalmanagement bereits bei der Rekrutierung von Pflegenden die Personalbesetzung optimieren könnte. Neben zusätzlichen Pflegern und Pflegerinnen könnte auch auf die Ausgewogenheit zwischen Männern und Frauen bzw. ihrer körperlichen Kräfte geachtet werden. Wie und ob dies allerdings ethisch vertretbar ist, bedarf noch einer Diskussion. Problematisch sehen die Befragten, dass aufgrund fehlender Bewegung, wegen der Medikamente und regelmäßigen Mahlzeiten das Gewicht der Patienten und Patientinnen während des Aufenthaltes im Krankenhaus steigt. Angebote zur Bewegung stehen in den Einrichtungen teilweise zur Verfügung werden aber nicht so angenommen, wie erhofft. Da die Patienten und Patientinnen aufgrund einer anderen Diagnose ins Krankenhaus kommen, steht die Behandlung dieser Erkrankung im Vordergrund. Um präventiv der Gewichtszunahme im Krankenhaus vorzubeugen, könnte eine Art persönliche Trainer/Trainerin oder Lebensstilberater/Lebensstilberaterin installiert werden, der/die gemeinsam mit den Patienten und Patientinnen individuelle Ansatzmöglichkeiten eruiert und dafür sorgt,

dass diese dann (gemeinsam) umgesetzt werden. Dabei sollten die vorhandenen Ressourcen, die Angehörigen, die Einschränkungen und Vorlieben der Betroffenen mit einbezogen und berücksichtigt werden. Auch das Umdenken in Richtung gesunde Lebensweise und das Aufzeigen von Risikofaktoren und deren Konsequenzen sollten in den Aufgabenbereich fallen. Die Kosten dafür könnten von den Krankenkassen übernommen werden, da durch die Prävention spätere Kosten reduziert werden können. Der Zugang zu persönlichen Trainern und Trainerinnen könnte für alle aufgenommenen Patienten und Patientinnen gegeben und für Menschen mit Risikofaktoren verpflichtend sein. Das Berufsbild Lebensstilberater/Lebensstilberaterin sollte auf jeden Fall die Themen Coaching, Pädagogik, Ernährung und Bewegung beinhalten. Zusätzlich könnten noch psychologische Maßnahmen, Erste Hilfe und Stressmanagement einfließen. Da Krankenkassen auf Vorsorge und Prävention setzen, um zukünftig Kosten zu sparen, wäre mit persönlichen Trainern und Trainerinnen ein Ansatz geschaffen. Da Adipositas den „Startschuss zum multimorbiden Patienten/zur multimorbiden Patientin“ darstellt, muss die Krankheit Adipositas vermehrt ins Bewusstsein gebracht werden. Durch den schleichenden Übergang zwischen Normal- und Übergewicht und die oft fehlende eigene Körperwahrnehmung ist es schwierig frühzeitig selbst zu erkennen, wann einzugreifen ist. Der Übergang zwischen Eigenverantwortung und Eigengefährdung ist nicht offensichtlich.

Auf die Frage, wo und wie man ansetzen sollte, um Übergewicht und Adipositas zu reduzieren, fühlt sich das Personal überfragt. Da es sehr viele Ansatzmöglichkeiten (Schwangere, Kinder, Erziehung, Politik, Ärzte und Ärztinnen, usw.) gibt, ist es schwierig allgemeine Aussagen zu treffen, um vorzubeugen. Wahrscheinlich bedarf es einer individuellen Betreuung der Patienten und Patientinnen, um den effektivsten Weg zu finden, wobei eine genaue Lebensstilanalyse in Kombination mit der Lebensgeschichte angestrebt werden sollte, um alle möglichen Ansatzpunkte zu identifizieren. Besonders schwierig dürfte es für Eltern sein, einen optimalen Mittelweg zu finden, Kindern ein ausgewogenes Ernährungs- und Bewegungsverhalten vorzuleben und die Selbstständigkeit des Kindes zu fördern und es dabei experimentieren lassen. Die emotionalen Komponenten spielen eine große Rolle in der Ernährung, z.B. Belohnungen. Wie Lobstein und Baur (Lobstein & Baur, 2004; Puhl & Brownell, 2006) sehen auch die Befragten, dass multifaktoriell auf mehreren Ebenen angesetzt werden muss und die Prävention im Vordergrund

stehen sollte. Lebensstilberater und Lebensstilberaterinnen, wie sie oben beschrieben sind, können auch in Kindergärten und Schulen oder in Familien eingesetzt werden. Da die einzelnen Berufsgruppen (Pfleger und Pädagogen) sich nicht als Fachpersonal bei Adipositas sehen, könnte hier ein entsprechend angepasstes Berufsbild implementiert werden.

Ein Teilnehmer/Eine Teilnehmerin ist der Meinung, dass möglicherweise finanzielle Auflagen bei Übergewicht und Adipositas bei den Betroffenen etwas erreichen. Da im Gesundheitssystem die finanziellen Mittel sehr knapp sind, sollten aus seiner/ihrer Sicht diejenigen dafür bezahlen, die für den Mehraufwand verantwortlich sind. Die befragten Pflegepersonen sehen sich nicht als Fachkräfte zur Gewichtsreduktion und fühlen sich nicht dafür verantwortlich, die Patienten und Patientinnen zum Abnehmen zu bringen. Allerdings geht aus den Gesprächen hervor, dass sie gerne mehr tun würden, um die Betroffenen zu motivieren. Hochwertiges und aktuelles Informationsmaterial sowie eine interdisziplinäre Vernetzung könnten gefördert werden. (Tricas-Sauras, 2006) Leicht umsetzbare Maßnahmen und der Wille etwas zu verändern dürften Voraussetzungen sein. Bestätigt wird auch, dass das Fachwissen Pfleger für effektive Maßnahmen fehlt und die Motivation von Betroffenen, ihr Verhalten zu ändern als gering eingeschätzt wird. (Tricas-Sauras, 2006) Mehrere Pflegepersonen bestätigen die Wichtigkeit des Einbezugs der Angehörigen zur Umsetzung und Motivation. (Lobstein & Baur, 2004) Wie Bertakis und Azari (2005) sind die Pflegenden auch der Meinung, dass die Prävalenz von Adipositas und deren Komorbiditäten sowie die damit einhergehende Nutzung von Gesundheitseinrichtungen steigen werden, wenn nicht bald präventiv eingegriffen wird.

Schwierig ist die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit beim Gewicht zu finden. Viele Patienten und Patientinnen sehen nicht, dass ihr Gewicht bereits gesundheitliche Folgen hat. (Edmunds, 2004) Pfleger stimmen dem zu. Sie empfinden das Gewichtsmanagement nicht als ihre Aufgabe an, da die Betroffenen aufgrund anderer Probleme in den Einrichtungen aufgenommen werden. Ob Einrichtungen durch Übergewichtige und Adipöse vermehrt genutzt werden, kann aufgrund der Interviews nicht beantwortet werden. Es wird allerdings berichtet, dass während des Aufenthaltes vermehrt kontrolliert, beobachtet und gelagert werden

muss, um z.B. Dekubitus vorzubeugen oder die Pflasterhaftung im Auge zu behalten, wodurch sich der Zeit- und Personalaufwand erhöht.

Drake (2005) beschreibt in seiner Studie verschiedene Faktoren, die die Pflege morbid adipöser Patienten und Patientinnen zur Herausforderung werden lässt. Die Probleme aufgrund von Personalmangel werden in den Gesprächen bestätigt. Auf allen Stationen kommt es aufgrund von Einsparungsmaßnahmen zu einer Unterbesetzung. Gerade im Nachtdienst fühlen sich die Pflegenden überfordert, wenn regelmäßig gelagert werden muss, aber nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Sich mit den Kollegen und Kolleginnen abzusprechen, um sich die Arbeit zu erleichtern, erfordert Organisation und bedarf eines zeitlichen Aufwandes. Ebenso bestätigen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, dass zwar Hilfsmittel zur Verfügung stehen, diese aber oftmals aufgrund von Praktikabilität und Zeitaufwand nicht angewendet werden. Die Beschaffung von entsprechendem Equipment ist auch eine Kostenfrage. Auch die Bedenken zur Sicherheit werden in den Interviews angesprochen. Alle Pflegenden sehen die körperlichen und psychischen Folgen des Übergewichts. Die 136kg als kritische Gewichtsgrenze von Drake et al. (2005) kann aufgrund der Gespräche mit den Befragten nicht bestätigt werden. Hier werden große Unterschiede angegeben, ab wann die Pflege zur Herausforderung wird. So werden auch bereits 80kg in Zusammenhang mit Immobilität als schwierig empfunden. Allerdings spielt es für die Pflegenden eine große Rolle, wie sehr die Patienten und Patientinnen selbst mithelfen können. Da die Gespräche mit Pflegenden und nicht mit Patienten und Patientinnen geführt wurden, kann die Erwartungshaltung der Patienten und Patientinnen nicht beurteilt werden. Aus Sicht eines Pflegers/einer Pflegerin sollten eher die Erwartungen des Pflegepersonals überdacht werden. So wird angegeben, dass die Erwartungen Pflegender zurück geschraubt werden sollten, um nicht unrealistische Ziele zu verfolgen.

Brown und Thompson (2007) beschreiben, dass sich Pflegende ihres eigenen Gewichts bewusst sind und dieses im Umgang mit Patienten und Patientinnen nutzen. Die Reaktionen der Befragten lassen darauf schließen, dass sie sich darüber zum Teil noch keine Gedanken gemacht haben. Andererseits wird durch Nachfragen klar, dass sich vor allem übergewichtige und adipöse Pfleger und Pflegerinnen mit Patienten und Patientinnen solidarisieren. Sie können nachempfinden, wie schwer es den Patienten und Patientinnen fällt abzunehmen, da sie die Situation und die damit

verbundenen Schwierigkeiten kennen. Die mit den Patienten und Patientinnen geführten Gespräche werden eher als Privatgespräche empfunden und nicht als Beratung. Für eine adäquate Beratung fehlen ihnen das Fachwissen und die Ausbildung. Dies wird klar angegeben. Bezüglich des Körperbildes von Diätassistenten und Diätassistentinnen wird angegeben, dass es einfach nicht passt, wenn diese übergewichtig sind. Das Ansprechen des Gewichts von Patienten und Patientinnen, stellt im Gegensatz zu Brown und Thompsons Studie (2007) für die Befragten kein Problem dar. Die Befragten fühlen sich erfahren und kompetent, das Thema anzusprechen und empfinden es als Teil und Aufgabe ihres Berufes. Dabei ist es ihnen auch gleichgültig, ob sie darauf vorbereitet sind oder Adipositas zufällig zur Sprache kommt.

In einigen Interviews wurden kulturelle Aspekte genannt. Peternelj-Taylor (1989) beschreibt die Reaktionen Pflegender auf adipöse Patienten und Patientinnen, die unter anderem kulturell geprägt sind. In den Gesprächen wird die Kultur eher als Ursache von Übergewicht und Adipositas gesehen. Durch den geringeren Wohlstand war es früher einfach nicht so leicht möglich übergewichtig oder adipös zu werden. Dass das Ansehen eines Mannes in einem armen Land mit einer übergewichtigen oder adipösen Frau steigt, ist ein Zeichen dafür, dass Übergewicht und Adipositas positiv gesehen werden. Dies macht ein Umdenken noch schwieriger. Auch die Unterstützung durch die Familie ist dann nicht gegeben.

Vorurteile werden in den Gesprächen immer wieder genannt. So wird von Kollegen und Kolleginnen berichtet, die sehr abweisend Patienten und Patientinnen gegenüber reagieren. MacNeal et al. (2009) bezeichnen dies als auferlegtes Stigma. So werden bei den Betroffenen nur die notwendigsten Maßnahmen durchgeführt und Gespräche auf das Wesentlichste reduziert. Dass Situationen den Patienten und Patientinnen unangenehm sind, erkennen Pflegende an deren Sicherheit. Die Vermeidungshaltung und weniger Kontakt mit Patienten und Patientinnen von Seiten Pflegender aufgrund persönlicher Vorurteile, wie sie Peternelj-Taylor (1989) beschreibt, werden in nur zwei Gesprächen erwähnt. Wie das Personal auf adipöse Menschen reagiert, hängt vermutlich von vielen Faktoren zusammen. Kulturelle Komponenten werden zum Teil in den Interviews erwähnt. Bestätigt wird, dass Pflegepersonal gesundheitliche Bedenken bezüglich Adipositas hat und versucht, diese den Patienten und Patientinnen zu vermitteln. Der Wunsch, die Betroffenen zu

unterstützen, zu informieren und zu motivieren, besteht. Für die Befragten stellt sich die Frage, wie die Patienten und Patientinnen erreicht werden können, damit sich Gewohnheiten langfristig verändern. In allen Gesprächen gab es Schwierigkeiten, die Frage zu beantworten, wo am besten mit Maßnahmen angesetzt werden soll. Die Palette der Ansatzmöglichkeiten ist sehr breit.

Die Gründe für Adipositas werden auf familiäre und persönliche Umstände zurückgeführt. Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Ursachen kaum genetisch und medizinisch bedingt sind, sondern vermehrt vom Lebensstil abhängen. Besonders das Ernährungs- und Bewegungsverhalten wird genannt. Das Alter sollte dabei auch nicht unterschätzt werden. Lässt die Kraft nach, fällt es schwerer sich zu bewegen und der Bewegungsradius reduziert sich. Dass die Motivation und die Verantwortung von Patienten und Patientinnen sehr komplexe Themen sind, wird von den Befragten bestätigt. Durch die Vielfältigkeit der Einflussfaktoren auf das Gewicht, ist es schwierig, die Zusammenhänge beim Einzelnen/bei der Einzelnen zu erkennen. Pflegende sprechen vielfach von der Eigenverantwortung der Patienten und Patientinnen. So wird einerseits vom „Recht auf ihr Übergewicht“ gesprochen und davon, dass man den Betroffenen das Essen nicht verweigern kann. Andererseits wird Reduktionskost von Ärzten und Ärztinnen angeordnet. Hier wird den Patienten und Patientinnen die Nahrung zwar nicht verweigert, aber mehr oder weniger vorgeschrieben. Durch den fließenden Übergang zwischen Gesundheit und Krankheit beim Gewicht, ist es auch schwierig, den Patienten und Patientinnen zu vermitteln, ab wann das Gewicht krankhaft ist. Die Krankheitseinsicht fehlt vielfach. Erst durch die Kombination mit Komorbiditäten (z.B. Diabetes mellitus Typ 2) wird die Erkrankung ernst genommen. Hier ein Bewusstsein zu schaffen, dass Adipositas eine Krankheit ist, muss im Alltag integriert werden. Pflegende äußern ihre gesundheitlichen Bedenken und können auch die Konsequenzen einschätzen, da sie diese in ihrer täglichen Praxis erleben. Sie fühlen sich aber gleichzeitig aufgrund fehlender Qualifikation im Bereich Ernährung und durch die Ansicht, dass jeder selbst für sich verantwortlich ist, nicht zuständig. Möglicherweise spielt auch der Zeitfaktor aufgrund der Unterbesetzung eine Rolle. Hier wäre weitere Forschung wichtig. Die persönliche Verantwortung des Einzelnen/der Einzelnen wird von Seiten der Pflegenden stark betont. Aus den Gesprächen geht eine gewisse Hilflosigkeit hervor. Pflegende wollen helfen und den Patienten und Patientinnen klar machen, warum das Abnehmen so wichtig ist und bieten auch verschiedene Möglichkeiten an

(Diätologen/Diätologinnen, Bewegungsangebote,...). Durch den häufigen Kontakt und die Nähe zu den Betroffenen wären sie auch ideale Gatekeeper. Leider sehen sie dies nicht als ihre Aufgabe. Kurze Aufenthalte im Krankenhaus und andere Ursachen des Aufenthaltes erschweren dies zusätzlich. Somit werden Puhls und Brownells Aussagen (2001), dass in der westlichen Welt das Individuum für seine/ihre Situation verantwortlich ist, untermauert. Ideen, wie die Informationen besser vermittelt werden können, wurden nicht genannt. Es stellt sich immer wieder die Frage, ob man wartet, bis Patienten und Patientinnen von selbst abnehmen wollen und sie bereit sind etwas zu ändern oder ob von medizinischer Seite Maßnahmen angeordnet werden sollen. Vorschriften der Krankenkassen wurden in einem Gespräch genannt, die möglicherweise durch finanzielle Belastung die Betroffenen zum Umdenken animieren. Im gleichen Atemzug wird aber die Frage gestellt, ob sich dadurch wirklich etwas ändern würde.

Die Literatur und die Ergebnisse stimmen bezüglich der Vorausplanung, des Arbeitsaufwandes und des Gebrauchs der Hilfsmittel Großteils überein. (Kramer, 2004; Gallagher, et al., 2008) Pflegende setzen die Hilfsmittel ein, wenn sie diese für geeignet halten. Wie Singh et al. (2007) konnte auch in den Interviews festgestellt werden, dass die Pflegenden die genauen Gewichtsbeschränkungen der Betten nicht kennen. Diese wurden in allen Gesprächen geschätzt und die Befragten waren eher unsicher über die Angaben. Die in einem Gespräch genannte Schulung der Firma zu einem Bett wurde als nicht ausreichend beurteilt. Hier wäre ein möglicher Ansatzpunkt zur Verbesserung der Sicherheit. Drake et al (2005) wissen vom Wunsch des Pflegepersonals nach größeren Räumen, Duschen und breiteren Türen, der vom Großteil der Befragten ebenfalls geäußert wird. In der Raumplanung sollten auch mehrere Personen zum Assistieren eingerechnet werden. Zentrale und dezentrale Lager für Hilfsmittel, sowie das Zusammenarbeiten mehrerer Kollegen und Kolleginnen werden ebenfalls bestätigt. Dass das Vorausplanen von Maßnahmen zur Sicherheit der Patienten und Patientinnen, wie es Gallagher et al. (2008) beschreiben, beiträgt, wird so nicht angegeben. Ein bekannter Ablauf, wenn Patienten und Patientinnen schon länger auf der Station sind, erleichtert Pflegenden eher einzuschätzen, was zu tun ist und wie viel Zeit ihnen zur Verfügung steht. Es wird als einfacher empfunden, wenn man den Patienten/die Patientin bereits kennt und sich mit ihm/ihr schon arrangiert und die entsprechenden Hilfsmittel organisiert hat. Bei neu aufgenommenen Patienten und Patientinnen erhöht sich hier der

Arbeitsaufwand. Auf allen Stationen wird das Gewicht mittels Waagen gemessen. Dies erfolgt in unterschiedlichen Abständen. Die Messung des Bauchumfanges wird nur bei Entwässerungstherapien und Ödemen oder auf Anordnung des Arztes/der Ärztin durchgeführt. Möglicherweise ist der Bauchumfang als besserer Indikator für Risikofaktoren nicht bewusst, obwohl beobachtet wird, dass die Gewichtsverteilung einen Einfluss hat. Die Messung des Bauchumfanges sollte forciert werden. In einem Gespräch wurde die Braden-Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos genannt, die vermutlich auch in weiteren Einrichtungen verwendet wird.

Wie Drake (2008) und Gallagher et al. (2008) stellen auch Pflegende einen Mehraufwand an Personal und Zeit im Umgang mit adipösen Patienten und Patientinnen fest. Zusätzliches Personal steht nicht zur Verfügung, es wird eher noch reduziert. Alle Befragten geben an, dass es eine enorme Erleichterung für sie darstellt, wenn Patienten und Patientinnen selbst mithelfen können. Diese Ressourcen werden genutzt und gefördert. Die Autonomie und Selbstständigkeit sollen wieder hergestellt werden. Hier stimmen sie mit Kramer (2004) überein.

Bei den Ursachen für Krankenstände von Pflegenden sind sich die Befragten nicht einig. Einige nennen Rückenschmerzen und Bandscheibenvorfälle aufgrund der Belastung im Berufsalltag wie sie auch Drake (2005) beschreibt. Die anderen sehen eher saisonal bedingte Erkrankungen als Ursache.

Der Krankenhausaufenthalt selbst als Risikofaktor für die Gewichtszunahme sollte untersucht werden.

Schlussbetrachtung

Pflegepersonen sehen einen klaren Trend in der Zunahme übergewichtiger und adipöser Patienten und Patientinnen in den Einrichtungen. Noch sind sie „froh, dass es nicht so viele“ sind. Dies wird sich aber zukünftig ändern. Ein oft vergessener Faktor ist die Gewichtszunahme während des Krankenhausaufenthaltes, den die Befragten beobachten. Dazu gehört auch die Festlegung von Verantwortlichkeiten. Pflegende sehen sich nicht zuständig für die Gewichtsreduktion. Mit dieser Frage müssen sich die Akteure im Gesundheitswesen sicher beschäftigen. Der schleichende Übergang zwischen gesundem und krankhaftem Gewicht erschwert die Krankheitseinsicht und die Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gewichtsreduktion. Vermutlich fühlen sich viele übergewichtige und adipöse Menschen nicht krank, wodurch zu spät gegengesteuert wird. Die Bevölkerung muss soweit informiert werden, dass ein Bewusstsein zur bestehenden Problematik entsteht und Angebote zur Gewichtsreduktion und niederschwellige Zugänge dazu sollen ermöglicht werden, die leicht angenommen werden können. Zu Aufenthalten in Krankenhäusern kommt es aufgrund anderer Beschwerden, die oftmals auch Folgen von Adipositas sind - aber meist nicht vorrangig. Personal und Patienten und Patientinnen setzen die Prioritäten im Akutbereich.

Alle Akteure im Gesundheitswesen müssen sich über die Folgen von Übergewicht und Adipositas und über die Möglichkeiten, diese zu vermeiden beziehungsweise zu reduzieren, klar werden. Dazu zählen die zukünftig anfallenden Kosten bezüglich adipöser Patienten und Patientinnen, der steigende Personalmangel und die damit verbundene Mehrbelastung des eingesetzten Personals, sowie der Zeitdruck, dem Pflegende ausgesetzt sind, um die geforderten Maßnahmen durchzuführen. Interdisziplinäre Vernetzung ist notwendig.

Die aus den Ergebnissen hervorgehenden Möglichkeiten sind unter anderem die Konzeption von Pflegeheimen und Stationen in Krankenhäusern, die speziell für adipöse Patienten und Patientinnen ausgerichtet sind, die Entwicklung, Implementierung und Evaluation von Lebensstilberatern/Lebensstilberaterinnen und die Definition der Verantwortlichkeit in Einrichtungen. Nach derzeitigem

Wissensstand, gibt es keine entsprechenden Einrichtungen speziell für adipöse Personen.

Diese Arbeit bestätigt den von Bertakis und Azari (2005) beschriebenen zunehmenden Trend von Übergewicht und Adipositas in Einrichtungen. Außerdem wird der Einbezug von Angehörigen als wichtig beurteilt und Pflegende bestätigen die häufigere Kontrolle von Risikofaktoren. Aufgrund von Personalmangel, müssen sich Pflegende gut absprechen und zusammen arbeiten. Die räumlichen Gegebenheiten erschweren die erforderlichen Maßnahmen teilweise. Nicht einig sind sich die Befragten bezüglich der Ansatzmöglichkeiten Übergewicht und Adipositas in den Griff zu bekommen. Die Vielzahl an Ursachen und Folgeerkrankungen dürften die Ursache dafür sein. Betont wird die nötige Prävention. Es wäre auch sinnvoll, die Verantwortlichkeit für das Gewicht in Einrichtungen klar zu definieren. Da der Bauchumfang ein aussagekräftigerer Parameter als der Body Mass Index ist, sollte die Messung in der Praxis forciert werden. Pflegende sehen den schleichenden Übergang zwischen Normalgewicht und Übergewicht bis zu einer späteren Adipositas als problematisch. Ebenso fehlt das Bewusstsein über diese chronische Krankheit in der Bevölkerung. Aufgrund akuter Beschwerden werden die Patienten und Patienten eingeliefert, die chronische Grundkrankheit wird kaum beachtet.

Nicht bestätigt werden kann eine festgesetzte Grenze als kritisches Gewicht. Das Alter und die Mobilität von Betroffenen sowie die Kraft von Pflegenden sind hier Komponenten, die dazu eine Rolle spielen. Pflegende nehmen ihr eigenes Gewicht im Berufsalltag nicht stark wahr und setzen es nicht als Vorbildwirkung ein. Einige berichten von Solidarisierung mit adipösen Patienten und Patientinnen, allerdings eher im Privatgespräch.

Diese Arbeit ist aufgrund der geringen Stichprobe nicht verallgemeinerbar und hat nur begrenzte Aussagekraft bezüglich der Ergebnisse. Aufgrund des Vergleichs mit der Literatur können aber Aspekte bestätigt oder geschwächt werden. Eine gewisse Erwartungshaltung Pflegender im Interview verzerrt möglicherweise einzelne Aussagen. Beobachtungen im Gespräch wurden dabei zu Hilfe genommen. Die breite Palette an Ansatzmöglichkeiten bietet einerseits Raum, die für den Befragten/die Befragte wichtigen Aspekte anzusprechen, viele weitere werden hingegen gar nicht genannt. Für weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet müsste der Fragebogen erneut überarbeitet und die Stichprobe erhöht werden. Die

Meinungen anderer beteiligter Berufsgruppen wären auch interessant, um das Bild zu vervollständigen.

Es waren Erfahrungen im Berufsalltag gefragt, die durch die gewählte Methode erfasst werden konnten. Sie geben Hinweise auf wichtige Problembereiche für Pflegepersonal und bieten dadurch Einblick in die täglichen Herausforderungen. Die Arbeit erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Pflegeheime haben gegenüber Krankenhäusern den Vorteil, dass längerfristige Maßnahmen möglich sind, die in Krankenhäusern aufgrund anderer Prioritäten zu kurz kommen. Da sich die Befragten bezüglich der Möglichkeiten für Prävention nicht einig sind, können keine klaren Aussagen für mögliche Ansätze gemacht werden. Maßnahmen können bei Kleinkindern, Kindern in Schule und Kindergarten, bei Schwangeren, Erwachsenen ebenso ansetzen wie in der Bevölkerung und bei Individuen. Wie übergewichtige und adipöse Patienten und Patientinnen von Pflegenden gesehen wird, kann aufgrund der möglichen Erwartungshaltung nicht eingeschätzt werden. Derzeit spielen Pflegende in der Prävention von Adipositas eine untergeordnete Rolle. Einig sind sich die Befragten darin, dass möglichst früh angesetzt werden soll und die Eigenverantwortung des Einzelnen/der Einzelnen gefragt ist.

Zusammenfassung

Da der Trend zu Übergewicht und Adipositas weltweit zunimmt, muss sich das Personal in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen vermehrt mit übergewichtigen und adipösen Patienten und Patientinnen auseinandersetzen.

Diese Arbeit geht den Herausforderungen Pflegender bezüglich adipöser Patienten und Patientinnen in ihrer täglichen Arbeit nach. Mittels eines qualitativen Leitfadens wurden Pflegepersonen zu ihrer Sicht dazu befragt. Die sieben Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus dem Raum Wien und Niederösterreich arbeiten in Krankenhäusern oder Pflegeheimen und sind Pflegehelfer oder diplomiertes Personal. Es wurden Problembereiche aufgezeigt und nach Möglichkeiten zur Verbesserung bzw. Prävention gefragt. Durch die offene Vorgehensweise konnten Meinungen und Erfahrungen aufgezeigt werden, die einen Einblick in die täglichen Hürden von Pflegern und Pflegerinnen geben. Diese reichen von baulichen Hindernissen, Personalmangel, den Hilfsmitteln bis hin zu den eigenen Erwartungen. Ebenso wurde nach den Ursachen und Folgen von Adipositas gefragt, wobei die Befragten sehen, dass diese Frage nicht einfach zu beantworten ist, da sehr viele Faktoren eine Rolle spielen. Pflegende grenzen sich Großteils ab, indem sie sagen, dass sie nicht für die Ernährung und das Gewicht zuständig sind. Es fällt ihnen auch schwer Ansatzmöglichkeiten zur Prävention zu nennen, was vermutlich auch in der Vielfalt der Möglichkeiten und Ursachen von Adipositas liegt. Die Pfleger und Pflegerinnen sehen den weltweiten Trend zur Zunahme von Adipositas täglich in ihrem Berufsalltag. Es bedarf weiterer Diskussion um Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, die in der Praxis und in weiten Teilen der Bevölkerung gut anwendbar sind. Die Entwicklung des Berufsbildes und die Implementierung von Lebensstilberatern/Lebensstilberaterinnen wären eine der Möglichkeiten.

Medizinische und pflegerische Einrichtungen sollten sich mit den auf sie zukommenden, möglichen Problemen befassen und Maßnahmen ergreifen, die den Problemen vorgreifen. Die Akteure im Gesundheitswesen sind aufgerufen, bauliche, finanzielle und personelle Gegebenheiten dahingehend zu verändern, dass die Herausforderungen bewältigt werden können. Zusätzlich müssen in Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen Möglichkeiten zur Prävention auf allen Ebenen entwickelt

und implementiert werden. Finanzielle Anreize für die Betroffenen oder Auflagen von Seiten der Krankenkassen oder Einrichtungen könnten Ansatzmöglichkeiten sein, Bewusstsein zu schaffen und die Eigenverantwortung zu fördern.

Natürlich muss das Personal dahingehend geschult werden, an entsprechende Anbieter zu verweisen bzw. Maßnahmen selbst durchzuführen. Andererseits liegt es auch an der Bevölkerung umzudenken und Präventionsmaßnahmen anzunehmen. Dazu müssen die Folgen und Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas der Bevölkerung bewusst gemacht werden.

Abstract

Since overweight and obesity are rising worldwide, employees in medical and care facilities have to face and be prepared for this trend.

This present thesis was aimed to show the difficulties and challenges they are facing in their daily work. In order to collect data, seven caregivers from the area of Vienna and Lower Austria were interviewed with a semi-structured interview-guide that was compiled after an extensive literary research. The participants were working in nursing homes or hospitals. The qualitative interview- guide allows open and individual answers, which permit an insight into their daily work and also their personal experiences.

The results show the daily challenges of the employees in this area. They were also asked to show possibilities for general improvement and prevention from their point of view. With this strategy opinions on overweight and obese subjects and experiences with them were collected. The main topics for them are structural, financial and personal limitations that arise in the existing health system. Further the handling with equipment and their own attitudes towards obese patients are important factors for their daily work. Opinions about the reason for overweight and obesity are differently discussed among them. However for them, many possibilities to offer approaches would be available. It was not easy to answer the question at which point to start with prevention and where to implement strategies due to the multifactorial causes and possibilities. The subjects don't see the diet as their business, although they are aware of the international obesity trend.

Further investigation is needed to improve prevention strategies for practical use in the majority of the population. One possibility might be the implementation of a new job profile called lifestyle-coach.

The identification of the main problems is essential in order to meet the growing challenges and to prevent them in the future. Strategies have to be installed and evaluated to proof their practicability. Prevention at all levels is needed and the staff has to be prepared to face the challenges. At the same time, there is also a need to

correct the population's attitude towards overweight and obesity by information campaigns and easy access to health care facilities.

Literaturverzeichnis

- AIHW (2012). *Overweight and obesity*. Retrieved 30.4.2012. from <http://www.aihw.gov.au/risk-factors-overweight-obesity/>.
- Anderson, P. (2008). Reducing overweight and obesity: closing the gap between primary care and public health. *Family Practice*, 25, i10-i16.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2005). Obesity and the Use of Health Care Services. *Obesity Research*, 13, 372-379.
- Brown, I. (2006). Nurses' attitudes toward adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 221-232.
- Brown, I., & Thompson, J. (2007). Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 535-543.
- Dalton, M., Cameron, A. J., & Zimmet, P. Z. (2003). Waist circumference, waist-hip ratio and body mass index and their correlation with cardiovascular disease risk factors in Australian adults. *Journal of Internal Medicine*, 254(6), 555-563.
- Drake, D. J., Dutton, K., Engelke, M., et al. (2005). Challenges that nurses face in caring for morbidly obese patients in the acute care setting. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 1, 462-466.
- Drake, D. J., Baker, G., Engelke, M. K., et al. (2008). Challenges in Caring for Morbidly Obese: Differences by Practice Setting. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 8(3).
- Edmunds, L. D. (2004). Parents' perceptions of health professionals' response when seeking help for their overweight children. *Family Practice*, 22, 287-292.
- Elmadfa, I., Freisling, H., Nowak, V., et al. (2009). *Österreichischer Ernährungsbericht 2008*. 2. Auflage. Wien.
- Elmadfa, I. (Ed.). (2009). *European Nutrition and Health Report* (Vol. 62). Basel: Karger.
- Fontaine, K. R., & Bartlett, S. J. (2000). Access and Use of Medical Care among Obese Persons. *Obesity Research*, 8, 403-406.
- Gallagher, S., Arzouman, J., Lacovara, J., et al. (2008, 1.5.2012). Criteria-Based Protocols and the Obese Patient: Pre-planning Care for a High-Risk Population Retrieved 1.5.2012, from <http://www.o-wm.com/article/2627>
- Greenberg, B., Eastin, M., Hofshire, L., et al. (2003). The portrayal of overweight and obese persons in commercial television. *American Journal of Public Health*, 93, 1342-1348.
- Hill, J. O., & Wyatt, H. (2002). Outpatient Management of Obesity: A Primary Care Perspective. *Obesity Research*, 10, 124S-130S.
- Kolotkin, R., Meter, K., & Williams, G. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Kragelund, C. A. (2005). A farewell to body-mass index. *The Lancet*, 366, 1589-1591.
- Kramer, K. L. (2004). WOC Nurses as Advocates for Patients Who Are Morbidly Obese. A Case Study Promoting the Use of Bariatric Beds. *J WOCN*, 31(6), 379-387.
- Lee, J. M., Pilli, S., Keirns, C. C., et al. (2010). Getting heavier, younger: trajectories of obesity over the life course. *International Journal of Obesity*, 34, 614-623.
- Lobstein, T., & Baur, L. A. (2004). Policies to prevent childhood obesity in the European Union. *European Journal of Public Health*, 15, 576-579.
- MacNeal, L., Edwards, N., Garrard, M., et al. (2009). Obesity, stigma and public health planning. *Health Promot Int*, 24(1), 88-93.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mercer, S., & Tessier, S. (2001). A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health Bulletin*, 59, 248-253.

- Mohrenberger, M. (2011). *Probleme mit Tod und Sterben im Akutspital aus Sicht der Pflege*. Universität Wien, Wien.
- Morse, J. M., & Field, P. A. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- National Audit Office (2001). Tackling Obesity in England: The Stationary Office, London.
- ÖAPG (2008). *Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention*. Retrieved 30.4.2012. from <http://www.oeapg.at/content/praeventivmedizin/primaer.php>.
- Peternelj-Taylor, C. (1989). The effects of patient weight and sex on nurses' perceptions: a proposed model of nurse withdrawal. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 744-754.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity Research*, 9, 788-805.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity* 14, 1802-1815.
- Sidorov, J. E., & Fitzner, K. (2006). Obesity Disease Management Opportunities and Barriers. *Obesity*, 14, 645-649.
- Singh, N., Arthur, H. M., Worster, A., et al. (2007). Emergency department equipment for obese patients: perceptions of adequacy. *Journal of Advanced Nursing*, 59(2), 140-145.
- Thande, N. K., Hurstak, E. E., Sciacca, R. E., et al. (2008). Management of Obesity: A Challenge for Medical Training and Practice. *Obesity*, 17(1), 107-113.
- Tricas-Sauras, S. (2006). Psychological strategies for obesity. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 265-266.
- WHO (2011). *Factsheet Nr 311*. Retrieved 14.4.2012. from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#>.
- WHO (2012). *Obesity: Situation and trends*. Retrieved 30.4.2012. from http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/index.html.
- Young, L., & Powell, B. (1985). The effects of obesity on the clinical judgement of mental health professionals. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26, 233-246.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., et al. (2005). Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries: a case-control study. *The Lancet*, 366(9497), 1640-1649.
- Zimmet, P. Z., & Alberti, G. M. M. (2006). Introduction: globalization and the non-communicable disease epidemic. *Obesity Research*, 14, 1-3.

Anhang

Zustimmungserklärung

Interviewleitfaden

Lebenslauf

Zustimmungserklärung

Mag. Maria Mohrenberger
Hauptstrasse 119/RH 14
3021 Pressbaum

0699 15678109
maria.mohrenberger@gmx.at

Sehr geehrte Damen und Herren!

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, um einen Beitrag zu meiner Diplomarbeit zu leisten. Mein Name ist Maria Mohrenberger, ich bin Pflegewissenschaftlerin und studiere Ernährungswissenschaften. Zum Abschluss meines Studiums schreibe ich meine Diplomarbeit zum Thema:

„Herausforderungen mit adipösen Patienten und Patientinnen für die Pflege“

Dazu soll Pflegepersonal befragt werden. Ziel dieser Arbeit ist es, die Probleme die Pflegenden im Umgang mit adipösen Patienten und Patientinnen haben, aufzuzeigen, um diese in Zukunft besser bewältigen zu können.

Mit Ihrem Einverständnis erlauben Sie mir, Ihnen Fragen zu diesem Thema zu stellen, das Interview auf Tonband aufzuzeichnen und zu verschriftlichen, zu analysieren und die Ergebnisse zu veröffentlichen.

Die Daten werden anonym und vertraulich behandelt. Sie haben das Recht das Gespräch jederzeit ohne Angabe von Gründen abubrechen und Ihre Zustimmung zurückzuziehen.

Die Ergebnisse werden veröffentlicht, ohne dass Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Alle persönlichen Daten werden anonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben.

Das Transkript bzw. die fertige Arbeit werden auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

Ich nehme am Interview freiwillig teil und stimme zu, dass meine Daten anonym verwendet werden dürfen. Ich kann meine Zustimmung jederzeit widerrufen.

Emailadresse für die Zusendung der fertigen Arbeit: _____

Datum

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Unterschrift der Interviewerin

Interviewleitfaden

1. Wie sehen Sie die Situation von übergewichtigen/adipösen Patienten im Krankenhaus/Pflegeheim?
2. Beschreiben Sie eine Begegnung mit einem übergewichtigen/adipösen Patienten!
3. Ab welchem Gewicht wird die Pflege für Sie zur Herausforderung?
4. Was sehen Sie als die häufigsten Ursachen, dass es zu Übergewicht und Adipositas kommt?
5. Was denken Sie über adipöse Patienten/Patientinnen?
6. Wie beurteilen Sie die Rolle von Eltern in Bezug auf die Entwicklung von kindlichem Übergewicht?
7. Was gefällt Ihnen bei der Arbeit mit übergewichtigen/adipösen Patienten?
8. Welche positiven Eigenschaften sehen Sie bei übergewichtigen/adipösen Patienten vermehrt?
9. Wo liegen die Unterschiede, ob ein Patient erst neu im Krankenhaus/im Heim ist, oder schon länger?

Stigmatisierung

10. Welche Situationen sind Ihnen im Umgang mit adipösen Patienten peinlich?
11. Wovor haben Sie Angst, wenn Sie mit übergewichtigen und adipösen Patienten arbeiten?
12. Was/Wen sehen Sie als die Hauptquellen von stigmatisierenden Situationen?
13. Welche Hemmungen haben Sie, das Körpergewicht anzusprechen?

Equipment

14. Welches spezielle Equipment steht Ihnen zur Verfügung? Was fehlt Ihnen?
15. Wie ist dieses erreichbar? Wird es angewendet?
16. Mit welchen Hilfsmitteln für adipöse Patienten arbeiten Sie gerne? Warum?
17. Welche sind ungeeignet? Warum?
18. Wie können Sie sich im Team gegenseitig unterstützen?
19. Welche Messmethoden (BMI, Bauchumfang) für Adipositas werden angewendet?
20. Was können Sie im Voraus planen, wenn adipöse Patienten auf die Station kommen?
21. Welche Assessment- Tools, Protokolle oder ähnliches stehen Ihnen als Leitlinie zur Verfügung?

Rolle der Pflegeperson

22. Welche gesundheitlichen Folgen bemerken Sie bei der Arbeit mit adipösen Patienten und Patientinnen?
23. Wie zufrieden sind Sie bei der Arbeit mit adipösen Patienten und Patientinnen? Woran liegt das?

24. Was sollte sich im Krankenhaus/im Heim für adipöse Patienten und Patientinnen ändern?
25. Wie können Sie die Situation für adipöse Patienten und Patientinnen im Krankenhaus/im Heim verbessern?
26. Wie glauben Sie, wird ihr eigenes Körperbild von adipösen Patienten und Patientinnen wahrgenommen?
27. Was sehen Sie als die Top 3 Fähigkeiten/Kompetenzen im Umgang mit adipösen Patienten und Patientinnen an?

Lebenslauf

Mag. Maria Mohrenberger

30.08.1983, Wien

Hauptstraße 119/RH 14
3021 Pressbaum
maria.mohrenberger@gmx.at

Schulbildung

1990 - 1994	Volksschule Roseggergasse, Perchtoldsdorf
1994 - 2002	AHS unter besonderer Berücksichtigung der musischen Ausbildung, Perchtoldsdorf
Abschluss: Matura	

Studium

2006 - 2011	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität Wien
-------------	--

Aktuell

Seit 2002	Diplomstudium der Ernährungswissenschaften, Universität Wien
Seit 2006	Therapeutin, Dr. Gerhard Hubmann

Erfahrung

Universität Wien	Praktikum am Institut für Ernährungswissenschaften
EF	Sprachkurs in Hastings
Universität Wien	Niederländisch Spracherwerb 1
PGA	Praktikum beim Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, Projekt Gesundes Dorf
