

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen –
Pilotstudien zur Erfassung von versorgungsspezifischen Mehraufwendungen
in vollstationären Pflegeeinrichtungen**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Gerda Apelt

aus Berlin

Datum der Promotion: 12.09.2014

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
1 Abstract.....	1
2 Einleitung.....	3
3 Ziele und Fragestellungen.....	4
4 Methodik.....	4
4.1 Strukturierte Tätigkeitsanalyse (S1).....	4
4.2 Leitfadengestützte Interviews mit professionell Pflegenden (S2).....	7
4.3 Experteninterviews mit Führungskräften (S3).....	7
5 Ergebnisse.....	8
5.1 Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser Heimbewohner (S1).....	8
5.2 Versorgung adipöser Menschen aus der Sicht professionell Pflegender (S2).....	11
5.3 Versorgung adipöser Menschen aus der Sicht von Führungskräften (S3).....	13
6 Diskussion.....	15
7 Stärken und Limitationen.....	18
8 Implikationen für Praxis und Forschung.....	19
9 Referenzen.....	20
Eidesstattliche Erklärung.....	22
Anteilerklärung.....	23
Ausgewählte Publikationen.....	24
Komplette Publikationsliste.....	58
Danksagung.....	60

Zusammenfassung

1 Abstract

Hintergrund: Obwohl Pflegeheime mit einer zunehmenden Anzahl adipöser Menschen konfrontiert sind, ist deren Pflege in Deutschland kaum erforscht. Ziel dieser Dissertation war es zu untersuchen, ob und mit welchen Mehraufwendungen die Versorgung adipöser Menschen einhergeht. Im Zentrum der Analyse standen zeitliche, personelle und instrumentelle Mehraufwendungen. **Methodik:** Es wurden drei Pilotstudien mit unterschiedlicher Methodik durchgeführt. In Studie **S1** wurden zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner¹ auf Basis einer Stichprobe von fünf Berliner Pflegeheimen untersucht. Beobachtet wurden 48 Pflegemitarbeiter bei der Durchführung der Tätigkeit des Ankleidens bei 70 Heimbewohnern im Alter von 65 Jahren und älter. Angaben des funktionalen/kognitiven Status, der Kommunikationsfähigkeit und des Schmerzgeschehens der Bewohner wurden mittels *interRAI Contact Assessment* erhoben. Alter, Geschlecht, Qualifikation und Berufserfahrung der Pflegenden wurden erfragt. In Studie **S2** wurde untersucht, ob Pflegemitarbeiter die Versorgung Adipöser mit Mehraufwendungen verbinden, welches Verständnis sie von Adipositas besitzen und welche Einstellungen sie gegenüber den Adipösen haben. Es wurden 16 Interviews mit Pflegenden einer Langzeitpflegeeinrichtung in Berlin durchgeführt und durch fallbezogenes Kodieren ausgewertet. Studie **S3** basierte auf einer Stichprobe von 15 Heimen aus Berlin, Sachsen und Bayern. Untersucht wurde, mit welchen Mehraufwendungen Pflegedienstleiter, Qualitätsmanager und Heimleiter die Versorgung Adipöser verbinden, wie sie adipöse Bewohner wahrnehmen und welche Bedeutung sie der Adipositas beimessen. Insgesamt wurden 15 Experteninterviews durchgeführt und in Anlehnung an Meuser und Nagel ausgewertet. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Studie **S1** zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem BMI und der Dauer des Ankleidens. Pflegemitarbeiter benötigten für das Ankleiden Adipöser im Mittel 1,82 Minuten länger als für Nicht-Adipöse. Keine Zusammenhänge bestanden zwischen Alter und Qualifikation der Pflegenden sowie der Dauer des Ankleidens. Strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner zeigten sich durch Veränderungen des Ablaufs einzelner Tätigkeitssequenzen. Die Ergebnisse der Studie **S2** bestätigen, dass Pflegende durch die Versorgung Adipöser mit zeitlichen Mehraufwendungen konfrontiert werden. Ferner zeigen sie, dass Pflegende negative Einstellungen gegenüber Adipösen besitzen und generell in der Gesellschaft verankerte Vorurteile und Stigmatisierungen übernehmen. Die Ergebnisse der Studie **S3** zeigen, dass die befragten Führungskräfte,

¹ Zur Vereinfachung der Lesbarkeit werden Personenbezeichnungen in der männlichen Form verwendet. Eingeschlossen sind in allen Fällen sowohl Frauen als auch Männer.

die Versorgung adipöser Bewohner mit einer Verdoppelung des Personalaufwands und einem erhöhten Hilfsmittelbedarf assoziieren. Die Wahrnehmung adipöser Bewohner und die Bedeutung der Adipositas als Ernährungs- und Gesundheitsproblem erwiesen sich als gering. **Diskussion:** Empirische Befunde aus drei unterschiedlichen Perspektiven zeigen, dass die institutionelle Langzeitversorgung adipöser Menschen mit zeitlichen, personellen und instrumentellen Mehraufwendungen einhergeht. Um die bedarfsgerechte pflegerische Versorgung adipöser Menschen künftig sicherzustellen, ist die Bereitstellung zusätzlicher personeller und instrumenteller Ressourcen unabdingbar.

1.1 Abstract

Background: Although nursing homes are faced with an increasing number of obese people very little research has been done on the proper way to care for them in Germany. The aim of this thesis was to examine whether and what additional expenses are associated with nursing care of obese people. The focus of the analysis was on time, human and instrumental additional expenses incurred. **Method:** Three pilot studies were conducted using different methods. In study S1, temporal and structural differences were examined in the care of obese and non-obese nursing home residents on the basis of a sample of five nursing homes in Berlin. 48 nurses were observed while performing the activity of dressing 70 residents aged 65 years and older. Data about the functional/cognitive status, the ability of the residents to communicate and the occurrence of pain was collected using the *interRAI Contact Assessment*. Age, gender, qualifications and experience of the nurses was obtained through face-to-face interviews. In study S2, the understanding professional caregivers have of obesity was examined. The attitudes professional caregivers have towards obese residents and whether they associate the care of the obese with additional expenditures was also studied. 16 guideline-based interviews with professional caregivers of a long-term care facility in Berlin were conducted and analyzed by using case-related coding. The S3 study was based on a sample of 15 nursing homes in Berlin, Saxony and Bavaria. The study examines how executives of long-term care facilities perceive obese residents, what significance they attach to obesity and whether they associate the care of the obese with additional expenditures. A total of 15 guideline-based expert interviews were conducted and analyzed based on the method of Meuser and Nagel. **Results:** The results of study S1 show a significant correlation between Body Mass Index and the required time of dressing. No correlations exist between age, qualifications and nurses' level of education and the time of dressing. Structural differences in the care of obese and non-obese residents appear by changes of single activity sequences. The results of study S2 confirm that professional caregivers are challenged with additional temporal expenditures when caring for the obese. Furthermore, they demonstrate that nurses have negative attitudes towards the obese and generally assume the prejudice and stigmatization that is anchored in society. The findings of the study S3 show that executives hardly per-

ceive obese residents. This results from the fact that they attach little importance to obesity as a nutritional and health problem. Nevertheless, obese nursing home residents lead to the doubling of staff costs and an increased need for special resources. **Discussion:** Empirical findings from three different perspectives show that institutional long-term care of obese people is associated with time, personnel and additional instrumental expenses. To ensure that the future needs-based nursing care of obese people is met the provision of additional human and instrumental resources are essential.

2 Einleitung

Adipositas stellt in Deutschland ein zunehmendes Gesundheitsproblem dar, das insbesondere die Population der alten Menschen betrifft [1]. Nach Angaben der aktuellen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland sind durchschnittlich 23,3% der Bundesbürger und 23,9% der Bundesbürgerinnen adipös [2]. Mit zunehmendem Alter nimmt deren Anteil an der Gesamtbevölkerung zu. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen sind 31,3% der Männer und 41,6% der Frauen adipös [2]. Repräsentative Daten zur Verbreitung der Adipositas in der vollstationären Langzeitpflege liegen hierzulande nicht vor. Dennoch scheinen diese Institutionen mit einer zunehmenden Anzahl adipöser Menschen konfrontiert zu sein. Die Befunde der in sieben Bundesländern und zehn Pflegeheimen durchgeführten ErnSTES-Studie belegen, dass 21% der Heimbewohnerinnen und 20% der Heimbewohner adipös sind [3]. In einer weiteren Untersuchung wiesen 23,5% der Heimbewohner einen BMI von $\geq 30,0$ kg/m² auf [4]. Die internationale Studienlage zur Langzeitversorgung adipöser Menschen ist spärlich [5]. Die wenigen bereits veröffentlichten Studien zeigen, dass die Versorgung adipöser Heimbewohner mit zusätzlichen personellen [6] und instrumentellen [7,8] Aufwendungen einhergeht. Adipöse benötigen für die Ausübung unterschiedlicher Aktivitäten des täglichen Lebens signifikant mehr personelle Unterstützung als nicht-adipöse Bewohner [6]. Im Versorgungsalltag führt dies, bei Verrichtungen wie dem Baden oder Duschen, zu einer Verdoppelung der Pflegedauer und des Personalaufwands [9]. Zur Vermeidung adipositasassoziierter Pflegerisiken sind professionell Pflegenden zunehmend auf die Bereitstellung von Hilfsmitteln mit hohen Belastungskapazitäten (>130 kg) angewiesen [7]. Das Fehlen geeigneter Transport-, Lagerungs- und Mobilisationshilfen begünstigt ungewollte Verlegungen der Adipösen innerhalb der Einrichtungen und führt teilweise dazu, dass diese nicht in die Institution aufgenommen werden [7]. Ferner kommt es durch die Nutzung ungeeigneter Hilfsmittel für die Pflegenden zu erhöhten körperlichen Belastungen [10]. Die nicht sachgerechte Nutzung von Hilfsmitteln geht sowohl für die Pflegeempfänger als auch für die Pflegeerbringer mit erhöhten Sicherheits- und Verletzungsrisiken einher [11]. Zahlreiche Studien belegen darüber hinaus, dass die Einstellungen von professionell Pflegenden gegenüber adipösen Menschen durch negative Vorurteile und Stigmatisierungen geprägt sind [exempl. 12]. Obwohl anzunehmen ist, dass sich Pflegeeinrichtungen bereits auf die

zunehmende Anzahl adipöser Menschen mit Pflegebedarf einstellen, liegen hierzulande keine empirischen Daten darüber vor, ob die Versorgung Adipöser mit zusätzlichen zeitlichen, personellen und instrumentellen Aufwendungen einhergeht. Entsprechende Angaben sind jedoch wichtig, da sich aus ihnen beispielsweise Implikationen für die Personaleinsatzplanung oder den künftigen Anschaffungsbedarf an speziellen Hilfsmitteln ableiten lassen. Darüber hinaus tragen sie zur Schließung der bislang lückenhaften empirischen Grundlagen zur institutionellen Langzeitversorgung adipöser Menschen in Deutschland bei.

3 Ziele und Fragestellungen

Ziel der Dissertation war es zu untersuchen, ob die institutionelle Langzeitversorgung adipöser Menschen mit zeitlichen, personellen und instrumentellen Mehraufwendungen einhergeht. Es wurden drei empirische Studien durchgeführt, in denen die Perspektive professionell Pflegender sowie unterschiedlicher Leitungskräfte auf die Versorgung adipöser Menschen untersucht wurde.

- Basierend auf der Hypothese, dass die Pflege adipöser Heimbewohner mit einem erhöhten Arbeitsaufwand einhergeht, wurden in Studie **S1** zeitliche und strukturelle Unterschiede bei der Durchführung der Pfl egetätigkeit des Ankleidens adipöser und nicht-adipöser Heimbewohner analysiert.
- In Studie **S2** wurde untersucht, ob sich Pflegemitarbeiter durch die Versorgung adipöser Menschen mit personellen und instrumentellen Mehraufwendungen konfrontiert sehen. Erforscht wurde dabei auch, wie sie adipöse Menschen im Versorgungsalltag wahrnehmen, welches Verständnis sie von Adipositas besitzen und welche Einstellungen sie gegenüber den Adipösen haben.
- In Studie **S3** wurden die Erfahrungs- und Wissensbestände unterschiedlicher Leitungskräfte auf die Versorgung Adipöser untersucht. Ziel dieser Studie war es zu erforschen, ob sie sich durch die Versorgung adipöser Bewohner mit zusätzlichen personellen und instrumentellen Aufwendungen konfrontiert sehen, wie sie adipöse Bewohner wahrnehmen und welche Bedeutung sie der Adipositas in ihren Einrichtungen beimessen.

4 Methodik

4.1 Strukturierte Tätigkeitsanalyse (S1)

Zur Analyse zeitlicher und struktureller Unterschiede in der Versorgung adipöser und nicht-adipöser Pflegeheimbewohner wurde eine strukturierte Tätigkeitsanalyse durchgeführt.

Die **Gelegenheitsstichprobe** umfasste fünf Pflegeheime in Berlin mit 593 Bewohnern. Neben Pflegemitarbeitern zählten Heimbewohner mit einem BMI $\geq 30,0$ kg/m² bzw. Gewicht ≥ 100 kg (Untersuchungsgruppe) und mit einem BMI von 24,0-29,9 kg/m² (Vergleichsgruppe) zu den Studienteilnehmern. Die Rekrutierung der Pflegemitarbeiter fand durch mündliche Ansprache statt. Alle 48 angesprochenen Pflegemitarbeiter erklärten sich schriftlich zur Teilnahme an der

Studie bereit. Die Rekrutierung der Heimbewohner erfolgte ebenfalls durch mündliche Ansprache. Zur Einteilung in die **Untersuchungsgruppe** galten als Einschlusskriterien ein BMI von $\geq 30,0$ kg/m², eine aktive Hilfestellung bei der Tätigkeit des Ankleidens, ein Alter von 65 Jahren und älter, ein Heimaufenthalt von mindestens drei Wochen, das Nicht-Vorhandensein kritischer Erkrankungen bzw. der Sterbephase und das Vorliegen einer schriftlichen Teilnahmeerklärung (ggf. des gesetzlichen Betreuers). Ergänzend wurde in die Untersuchungsgruppe eine Person aufgenommen, die einen BMI von 28,3 kg/m² bei einem Gewicht von ≥ 100 kg besaß, da deren Pflege aufgrund des hohen Gewichtes mit der Pflege Adipöser vergleichbar war. Von 50 Heimbewohnern, die den Einschlusskriterien für die Untersuchungsgruppe entsprachen, nahmen 34 an der Studie teil. Gründe für die Nichtteilnahme waren persönliche Gründe (10 Bewohner) und die fehlende schriftliche Teilnahmeerklärung des gesetzlichen Betreuers (6 Bewohner). In die **Vergleichsgruppe** wurden ausschließlich normalgewichtige Bewohner (BMI von 24,0-29,9 kg/m²) aufgenommen. Ansonsten galten die gleichen Einschlusskriterien wie für die Untersuchungsgruppe. Um die Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen hinsichtlich der funktionellen und kognitiven Einschränkungen sowie der Kommunikationsfähigkeit und des Schmerzgeschehens zu gewährleisten, wurden die Teilnehmer der Vergleichsgruppe so ausgewählt, dass Art und Schwere der Einschränkungen denen der Untersuchungsgruppe entsprachen. Eine zusätzliche, objektive Einschätzung erfolgte durch den Einsatz des *interRAI Contact Assessment*. Alle 36 Bewohner, die den Einschlusskriterien für die Vergleichsgruppe entsprachen, willigten ein an der Studie teilzunehmen.

Die **Datenerhebung** fand von Januar 2009 bis Februar 2010 statt. Für jede Beobachtung wurden Alter, Geschlecht, Qualifikation und Berufserfahrung der Pflegemitarbeiter sowie Alter, Geschlecht, Diagnosen, Körpergewicht und Körpergröße der Bewohner erhoben. Die Angaben wurden der Pflegedokumentation entnommen und waren nicht älter als vier Wochen. Der Status der Bewohner wurde mithilfe des *interRAI Contact Assessment* beurteilt, welches 19 Items enthält. Auf Basis der Items wurden der ADL-Index, die Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit, die Schmerzskala und die Kommunikationsskala kalkuliert. Um Daten zur Dauer und Struktur des Ankleidens zu erheben, wurde ein Beobachtungsprotokoll entwickelt, das die Tätigkeit des Ankleidens in folgende Tätigkeitsequenzen untergliedert: Vorbereitung (8 Items), Pflegehandlung (15 Items), Nachbereitung (4 Items). Zusätzlich wurden die Kategorien Kommunikation (7 Items) und Personal und Transfereinsatz (11 Items) als Umgebungsfaktoren erfasst. Insgesamt enthielt das Protokoll 45 Items, die in Tabelle 1 dargestellt sind.

Tätigkeitssequenzen	Vorbereitung	Aufklärung des Bewohners/der Bewohnerin über die Tätigkeit, Freiraum schaffen (Gegenstände aus dem Weg räumen z. B. Stühle, Nachttisch), Anziehsachen bereitlegen (Auswahl der Kleidung und Kleidung zum Bett bringen), Gegenstände bereitstellen (z. B. Brille, Uhr), zusätzliche Mitarbeiter(innen) organisieren, Fenster schließen, Bett positionieren (Bett rauf- und runterfahren, umstellen), Bettgitter entfernen
	Pflegehandlung	Bettdecke zurückschlagen, Lagerungsmittel entfernen, Anheben des Bewohners, Drehen des Bewohners, Hilfe beim Aufstehen, beim Stehen, beim Laufen, Hinsetzen auf die Bettkante, Nachtwäsche ausziehen, Unterwäsche anziehen, Strümpfe anziehen, Oberbekleidung anziehen, Unterbekleidung anziehen, Schuhe anziehen, Hörgerät/Brille anlegen
	Nachbereitung	Hilfsmittel entfernen (Nachtwäsche, Schuhe etc. wegräumen), Gegenstände reinigen (z. B. Brille, Nachttisch), Bett richten (Bett aufschütteln, Kissen/Tagesdecke zurechtlegen, Bett rauf-/runterfahren, Bettgitter anbringen), Fenster öffnen
Umgebungsfaktoren	Kommunikation	Pflegemitarbeiter informiert/gibt Ratschläge, gibt Aufforderung mitzumachen, Tätigkeitsfernes Gespräch mit Bewohner, Gespräch mit anderen Bewohnern, Gespräch mit Kollegen, Gespräch mit Außenstehenden/Telefongespräch, kein Gespräch
	Personal und Transferhilfen	Pflegemitarbeiter arbeitet allein, zu zweit, holt Lifter, positioniert Lifter, legt Tragetuch unter, hängt Tragetuch in Lifter ein, hebt Bewohner an und legt Bewohner ab, entfernt Tragetuch, bringt Lifter weg, holt Drehscheibe, positioniert und entfernt Drehscheibe

Tabelle 1: Beschreibung der berücksichtigten Tätigkeitssequenzen und Umgebungsfaktoren

Die Dauer der Tätigkeit wurde mit einer Stoppuhr gemessen. Die Zeitmessung begann mit der Durchführung eines Items aus dem Bereich Vorbereitung oder Pflegehandlung und endete mit Abschluss eines Items aus dem Bereich Pflegehandlung oder Nachbereitung. Bestandteil des Beobachtungsprotokolls war eine Zeitskala mit deren Hilfe minutenweise dokumentiert wurde, welche Items die Pflegenden verrichteten. Die Anzahl der Kleidungsstücke variierte in den Beobachtungen nur gering. In allen Beobachtungen wurde die Nachtwäsche vor dem Ankleiden ausgezogen. Im Anschluss wurde die Tagesbekleidung angezogen. Fälle, in denen keine Tagesbekleidung oder weniger als fünf Wäschestücke angezogen wurden, kamen nicht vor. Im Mittel wurden 1,5 Kleidungsstücke ausgezogen und sieben Kleidungsstücke angezogen. Das Beobachtungsprotokoll wurde in einem Pretest an sieben Probanden erprobt. Die **Datenanalyse** erfolgte mittels Häufigkeitsverteilungen und Kreuztabellen. Die Analyse der Unterschiede zwischen kategorialen und kontinuierlichen Variablen erfolgte mittels Chi-Quadrat-Test und Mann-Whitney-U-Test. Zur Analyse des Zusammenhangs des BMI und der Dauer des Ankleidens wurde eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Für die Daten des Beobachtungsprotokolls wurde eine Datenmaske erstellt, die minutengenau das Stattfinden oder Nicht-Stattfinden aller 45 Items erfasste. Unterschiede in der Gesamtdauer der Tätigkeit sowie die Dauer der einzelnen Tätigkeitssequenzen und deren Abfolge wurden mittels Häufigkeitsverteilungen und Kreuztabellen sowie mittels Chi-Quadrat-Test und Mann-Whitney- U-Test analysiert. Zur Auswertung des *interRAI Contact Assessments* wurden die Auswertungsalgorithmen mehrfach validierter Skalen genutzt. Die Signifikanz wurde auf dem 5 %-Niveau definiert.

4.2 Leitfadengestützte Interviews mit professionell Pflegenden (S2)

Um zu untersuchen, ob und mit welchen Mehraufwendungen professionell Pflegende die Versorgung adipöser Menschen verbinden, welches Verständnis sie von Adipositas haben und welche Einstellungen sie gegenüber adipösen Menschen besitzen, wurden 16 leitfadengestützte Interviews mit Pflegenden durchgeführt. Die **Gelegenheitsstichprobe** umfasste eine Langzeitpflegeeinrichtung in Berlin mit 35 Pflegemitarbeitern. Die Rekrutierung des Unternehmens und der darin tätigen Pflegemitarbeiter fand durch persönliche Ansprache statt. Zu den Einschlusskriterien für die Pflegemitarbeiter zählten: eine abgeschlossene Fachausbildung als examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger *oder* Altenpfleger *oder* Pflegehelfer, eine Berufserfahrung von mindestens einem Jahr und die schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme. Alle 16 Pflegemitarbeiter, die den Einschlusskriterien entsprachen, nahmen an der Studie teil.

Die **Datenerhebung** fand von April bis Mai 2010 statt. Die **Durchführung** der Interviews basierte auf einem eigens entwickelten Interviewleitfaden. Dieser enthielt sieben offen formulierte Fragen zu folgenden vier Themenbereichen: 1. Verstehen des Begriffs Adipositas 2. Erfahrungen mit adipösen Bewohnern im Versorgungsalltag 3. Erfahrungen mit möglichen Mehraufwendungen, die durch die Versorgung Adipöser entstehen 4. Vorurteile gegenüber adipösen Bewohnern. Der Interviewleitfaden wurde vorab an sechs Personen, die den Einschlusskriterien entsprachen, aber nicht Teil der Stichprobe waren, getestet. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die soziodemografischen Daten der Interviewten wurden in einem separaten Erhebungsprotokoll dokumentiert.

Die **Datenauswertung** beinhaltete neben der inhaltlichen Zusammenfassung der Interviews, das offene fallgezogene Kodieren des Materials und das Bilden thematischer Kategorien. Es folgte ein erster Fallvergleich, indem die Aussagen der Befragten mit den zuvor gebildeten Kategorien verglichen wurden. Durch ein zweites fallbezogenes Kodieren wurden die individuellen Erklärungen der Befragten („subjektive Theorien“) herausgearbeitet. Diese wurden in einem zweiten Fallvergleich diskutiert und mit den gewonnenen Fakten verglichen. Es folgte die Interpretation der Daten. Dies geschah durch den Vergleich der recherchierten Literatur mit den „angenommenen Erklärungsansätzen“. Hierbei wurden die ursprünglichen Annahmen, die nicht mit der empirischen Realität übereinstimmten, revidiert.

4.3 Experteninterviews mit Leitungskräften (S3)

Zur Untersuchung möglicher personeller und instrumenteller Mehraufwendungen aus der Sicht von Leitungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen, wurde das Experteninterview als eine besondere Form des qualitativen Interviews eingesetzt, da die impliziten Wissens- und Erfahrungsbestände der in die Versorgungssituation und Arbeitsprozesse involvierten Personen im Zentrum des Forschungsinteresses standen [13]. Die **Gelegenheitsstichprobe** schloss sieben privatwirtschaftliche und acht freigemeinnützige Langzeitpflegeeinrichtungen in Berlin, Sachsen

und Bayern ein. Der Zugang zu den ersten fünf Einrichtungen wurde durch Expertenempfehlungen realisiert. Die Auswahl weiterer Einrichtungen erfolgte mittels Schneeball-Verfahren. An der Studie nahmen ausschließlich Leitungskräfte, die als *Pflegedienstleiter* oder als *Qualitätsmanager* oder als *Heimleiter* tätig waren, teil. Sie wiesen eine Berufserfahrung von mindestens einem Jahr in ihrer Arbeitsposition auf. Die Leitungskräfte wurden durch mündliche und schriftliche Ansprache rekrutiert und willigten schriftlich zur Studienteilnahme ein. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die soziodemographischen Daten wurden in einem separaten Erhebungsprotokoll dokumentiert. Die **Datenerhebung** fand von Dezember 2010 bis Juni 2011 statt. Die **Durchführung** der Interviews basierte auf einem eigens entwickelten Leitfadens. Dieser enthielt 15 offen formulierte Fragen zu drei Themenbereichen: 1. Wahrnehmung der Adipositas 2. Bedeutung der Adipositas 3. Versorgungsspezifische Mehraufwendungen. Jedes Interview wurde digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die soziodemographischen Daten der Interviewten wurden in einem separaten Erhebungsprotokoll dokumentiert. Die **Datenauswertung** lehnte sich an die Methode nach Meuser und Nagel an [14] und begann mit der inhaltlichen Zusammenfassung des Materials. Es folgte die Auswahl der relevanten Textabschnitte entlang der Interviewfragen. Die anschließende inhaltliche Einzelanalyse umfasste die Paraphrasierung der Textabschnitte sowie die Bildung thematischer Überschriften und Kategorien. Es folgte der interviewübergreifende Vergleich, in dem die gebildeten Kategorien über die einzelnen Interviews hinweg verglichen wurden. Anschließend wurden die Kategorien auf Basis der Funktionen der Befragten hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert.

5 Ergebnisse

5.1 Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser Heimbewohner (S1)

Charakteristika der Pflegemitarbeiter: Insgesamt wurden 48 Pflegemitarbeiter bei der Durchführung der Tätigkeit des Ankleidens beobachtet. Von diesen waren 42 weiblich und 6 männlich. Ihr Alter betrug im Mittel 40,02 Jahre. Neben 28 examinierten Pflegemitarbeitern wurden 12 Pflegehelfer, zwei Physiotherapeuten und sechs Pflegeschüler beobachtet. In beiden Gruppen war die Qualifikation der beobachteten Pflegemitarbeiter gleich verteilt. Die mittlere Berufserfahrung betrug 10,17 Jahre. Es gab keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Berufserfahrung zwischen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe ($p = 0,41$).

Charakteristika der Heimbewohner: Von den 70 Heimbewohnern, bei denen die Pflgetätigkeit des Ankleidens ausgeführt wurde, waren 61 weiblich und 9 männlich. Im Mittel waren sie 82,11 Jahre alt. Ihr Körpergewicht betrug im Mittel 77,8 kg, ihre Körpergröße 161,36 cm und ihr BMI 29,8 kg/m². Die Bewohner der Untersuchungsgruppe waren im Mittel 79,53 und in der Vergleichsgruppe 84,56 Jahre alt. Die adipösen waren signifikant jünger als die nicht-adipösen

Bewohner ($p = 0,03$). Der BMI betrug in der Untersuchungsgruppe im Mittel $34,31 \text{ kg/m}^2$ und in der Vergleichsgruppe $25,56 \text{ kg/m}^2$. Die drei häufigsten Diagnosen in beiden Gruppen waren Hypertonie (67,1 %), Diabetes mellitus (44,3 %) und Demenz (34,3 %). Adipöse Bewohner waren statistisch signifikant häufiger hyperten ($p = 0,04$). Bezüglich der Angaben der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, des Schmerzgeschehens, des funktionalen Status und der körperlichen Fähigkeiten (ADL) der Bewohner wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe ermittelt.

Dauer des Ankleidens: Es wurde angenommen, dass die Pflegemitarbeiter für die Tätigkeit des Ankleidens bei adipösen Bewohnern mehr Zeit benötigen als bei nicht-adipösen. In Tabelle 2 wird die Gesamtdauer des Ankleidens und die Dauer der einzelnen Tätigkeitssequenzen für die Untersuchungs-/ Vergleichsgruppe abgebildet. Die Pflegemitarbeiter benötigten für die Tätigkeit des Ankleidens bei den adipösen Bewohnern signifikant mehr Zeit als bei den nicht-adipösen Bewohner (UG: Mittelwert 9,26 Minuten; SD 3,11 VG: Mittelwert 7,44 Minuten; SD 1,65 $t(68) = 3,04$; $p = 0,004$). Im Vergleich der einzelnen Tätigkeitssequenzen ist festzustellen, dass die Pflegemitarbeiter bei adipösen Bewohnern für die Tätigkeitsabschnitte Pflegehandlung und Nachbereitung signifikant mehr Zeit benötigten. Für die vorbereitenden Tätigkeiten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

	Adipöse		Nicht-Adipöse		T-Test	Effektstärke
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	P-Wert	Cohen's d
Gesamtdauer des Ankleidens in Minuten	9,26	3,11	7,44	1,65	0,001	0,73
Dauer der einzelnen Tätigkeitssequenzen*						
Vorbereitung	2,34	1,66	1,82	1,06	0,140	0,37
Pflegehandlung	7,97	3,26	6,14	1,36	0,001	0,73
Nachbereitung	3,65	3,28	1,68	1,28	0,001	0,25

*Tätigkeitssequenzen verliefen parallel zur Gesamtdauer

Tabelle 2: Gesamtdauer des Ankleidens und der einzelnen Tätigkeitsabschnitte in Minuten

Strukturelle Unterschiede

Um Unterschiede in der Struktur der Pfl egetätigkeit des Ankleidens zwischen den Gruppen zu untersuchen, wurden die Anfangs- und Endpunkte der einzelnen Tätigkeitssequenzen (Vorbereitung, Pflegehandlung, Nachbereitung) miteinander verglichen. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, begann die Sequenz der Vorbereitung bei den adipösen Bewohnern im Schnitt um 0,19 Minuten später. Dies resultierte daraus, dass in einigen Fällen die Vorbereitung komplett in die Pflegehandlung integriert und somit erst später durchgeführt wurde. Es zeigt sich, dass sich die einzelnen Tätigkeitssequenzen sowohl bei den adipösen als auch den nicht-adipösen Bewohnern überschneiden, wobei die Überschneidungen bei den adipösen überwiegen. Bei den nicht-adipösen Bewohnern begann das Ankleiden mit der Vorbereitung. Es folgte die Pflegehandlung und zum Abschluss die Nachbereitung. Bei den adipösen Bewohnern begann das Ankleiden

ebenfalls mit der Vorbereitung, allerdings wurde die Sequenz der Nachbereitung vollständig in die Pflegehandlung integriert. Signifikante Mittelwertunterschiede ergaben sich für das Ende der Vorbereitung und der Pflegehandlung.

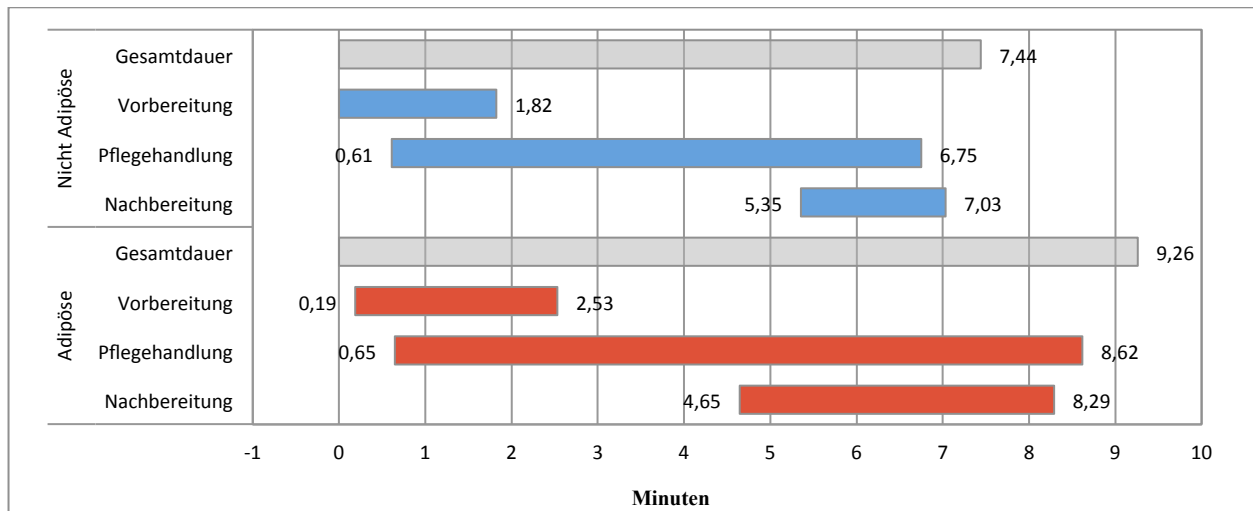


Abbildung 1: Mittelwerte der Anfangs- und Endpunkte der einzelnen Tätigkeitssequenzen des Ankleidens bei adipösen und nicht adipösen Pflegeheimbewohnern in Minuten

Zusammenhang zwischen der Dauer des Ankleidens und dem BMI

Um einen Zusammenhang zwischen dem BMI als unabhängige Variable und der Dauer des Ankleidens (Zeit) als abhängige Variable zu untersuchen, wurde eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Eingeschlossen waren die Faktoren Qualifikation (Qual) und Alter (Alter) der Pflegemitarbeiter sowie der BMI (BMI) der Bewohner. Anschließend wurde eine Modellwahl durchgeführt, bei der schrittweise Faktoren weggelassen wurden. Diese Modelle wurden mit dem Informationskriterium von Akaike (AIC) verglichen. Das Ausgangsmodell (Tabelle 3) hatte einen AIC-Wert von 135,88 bei einem R^2 von 0,278 ($p = 0,001$). Es wurde das Modell mit dem kleinsten AIC (119,51), bei einem R^2 von 0,231 ($p = 0,001$), ausgewählt.

	Regressionskoeffizient B	Std. Error	t Wert	Signifikanz
(Konstante)	0,64	2,47	0,26	0,80
Qual Pflegehelfer	1,67	1,69	0,99	0,33
Qual Examinierte	0,92	1,66	0,56	0,58
Alter Pflegenden	-0,04	0,03	-1,71	0,09
BMI	0,24	0,05	4,47	<0,001

Tabelle 3: Ausgangsmodell der Regressionsanalyse

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, wurden bei der Modellwahl das Alter und die Qualifikation der Pflegenden als Einflussgrößen aus dem Modell ausgeschlossen. Damit konnte kein Zusammenhang zwischen diesen Größen und der Dauer nachgewiesen werden. Der BMI erwies sich im Ausgangsmodell und der Modellzusammenfassung (Tabelle 4) als maßgeblicher Einflussfaktor der Dauer des Ankleidens.

	Regressionskoeffizient B	Std. Error	T-Wert	Signifikanz	95% Konfidenzintervalle	
					Untergrenze	Obergrenze
(Konstante)	-0,03	1,59	-0,02	0,980	-3,20	3,14
BMI	0,24	0,05	4,52	0,001	0,13	0,34

Tabelle 4 Modellzusammenfassung (Einfluss des BMI auf die Dauer des Ankleidens)

5.2 Versorgung adipöser Menschen aus der Sicht professionell Pflegenden (S2)

Charakteristika der Pflegenden: In der zweiten Studie wurden 16 Pflegemitarbeiter interviewt. Von diesen waren drei männlich und 13 weiblich. Ihr Alter betrug im Mittel 36,5 Jahre. Jeweils fünf arbeiteten als examinierte Gesundheits-/Krankenpfleger bzw. Altenpfleger, sechs waren als Pflegehelfer tätig. Die Interviewdauer betrug im Mittel 20,90 Minuten.

Verständnis der Adipositas: Zu Beginn der Interviews wurden die Pflegemitarbeiter gefragt, was sie mit dem Begriff „Adipositas“ oder „adipöse Menschen“ verbinden. Die Antworten darauf fielen sehr unterschiedlich aus und reichten von alltagssprachlichen („laienhaften“) Beschreibungen bis hin zu Ansätzen eines professionellen Begriffsverständnisses, bei dem die Befragten auf eine fachlich/wissenschaftliche Wissensbasis zurückgriffen, in dem der BMI zur Kategorisierung der Adipositas erwähnt wurde (P08, 17-20). Die „laienhafte“ Beschreibung der Adipositas überwog in den meisten Interviews und wurde durch den Gebrauch der Alltagssprache, die synonyme Verwendung der Begriffe „Übergewicht“ und „Adipositas“ sowie dem nicht vorhandenen Bezug zu einer fachlichen Definition der Adipositas sichtbar. Manche Pflegemitarbeiter nutzten Eigenschaften ihrer adipösen Klienten, um die Adipositas zu charakterisieren. Die meist benutzten Adjektive lauteten: *dick, fett, fettleibig, kräftig, schwerfällig, übergewichtig, unflexibel, korpulent, schwer, unbeweglich, viel zu viel*.

Einstellungen gegenüber adipösen Menschen: Dass die Pflegemitarbeiter überwiegend negativ geprägte Einstellungen gegenüber adipösen Bewohnern besitzen, zeigte sich in den Interviews anhand der Schilderungen des allgemeinen Umgangs mit den Betroffenen, den Annahmen über die Ursachen der Adipositas und den Aussagen über die derzeitigen Interventionsbemühungen. Im Kontext der Schilderungen des **allgemeinen Umgangs** mit den Betroffenen, insbesondere bei der Durchführung der Grundpflege, äußerten die Pflegemitarbeiter Ablehnung gegenüber den Adipösen oder ihrer Lebensweise bis hin zur Formulierung expliziter Ekelgefühle (P12, 83; P11, 172-174). Zum Teil bezogen sich die Pflegemitarbeiter auf eigene Erfahrungen in der Pflege, zum Teil schrieben sie ihre Ekelgefühle und die Ablehnung gegenüber den Adipösen anderen in der Einrichtung tätigen Personen zu (P15, 68-69). Begleitet wurden solche Ausführungen von einer gewissen Distanzierung von adipösen Bewohnern und ihrer Lebensweise, für welche die Befragten sich nicht verantwortlich fühlten (P13, 102-103). Für ihre Haltung suchten die Pflegemitarbeiter eine Bestätigung in den Einstellungen der Allgemeinheit gegenüber adipösen Menschen (P10, 158-174) wobei deutlich das Bestreben bestand zu zeigen, dass ihre individuell geäußerte Meinung ein Teil dieses allgemeinen Konsensus ist. Weitere Schilderungen zum allgemeinen Umgang mit

adipösen Klienten signalisierten berufliche Frustration, Ärger oder gar feindliche Einstellungen gegenüber den Betroffenen (P02, 116-118; P08, 106-108). Charakteristisch für die Einstellungen der Pflegemitarbeiter war eine gewisse Ambivalenz: Einerseits lehnten sie adipöse Menschen ab und schrieben ihnen die Verantwortung bis hin zur Verschuldung des eigenen Zustandes zu. Andererseits – in ihrer Rolle als Pflegende – betonten sie immer wieder das Recht aller Bewohner auf Gleichbehandlung und professionelle Akzeptanz (P07, 36-41/62-64; P04/05, 59). Die in den Interviews getätigten Aussagen zu den **Ursachen der Adipositas** zeigten, dass Adipositas mehrheitlich auf eine falsche Ernährung der Bewohner zurückgeführt wird. Die falsche Ernährung wurde zum Teil als selbstverschuldet interpretiert (P15, 149-150; P07, 26-27). In einigen Interviews wurden auch die Angehörigen (P09, 32) oder die Biografie (P10, 104) der Betroffenen als Ursachen genannt. In Einzelfällen nannten die Pflegemitarbeiter den Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen (P16, 69-71) oder Depression (P01, 162-164) sowie die Nebenwirkungen von Medikamenten (P08, 246-248) als Ursachen der Adipositas. Die Pflegemitarbeiter beschrieben, wie sie den adipösen Bewohnern helfen wollen, ihren Zustand zu verbessern und Risikofaktoren zu vermeiden. Sie nannten die Ernährungsumstellung, die Nahrungsreduktion und die Steigerung der körperlichen Aktivität als Interventionsmöglichkeiten. Für die Umsetzung dieser Maßnahmen verwendeten sie Gespräche mit den Betroffenen. Diese Strategie wurde jedoch als wenig erfolgreich beschrieben. Gründe für das Scheitern der Gespräche sahen die Befragten in der fehlenden Einsicht der adipösen Bewohner (P06, 35-36) oder in der eigenen Unfähigkeit, einen Zugang zu den Betroffenen zu finden (P06, 170-172). Neben Gesprächen und Beratungsversuchen wurden weitere Handlungsstrategien dargestellt. Hierzu zählte die Nahrungsreduktion, sowohl mit, als auch ohne Einwilligung der Betroffenen (P06, 303-306). Die Mehrzahl der Pflegemitarbeiter zeigte sich resigniert, weil die Betroffenen ihre Interventions- und Gesprächsangebote nicht annehmen (P02, 112-116). Insgesamt sahen sie nur beschränkte Möglichkeiten der Einflussnahme und wiesen auf die fehlende Kooperation der Angehörigen hin, welche ihre Interventionsbemühungen häufig konterkarieren (P04/05, 79-81, 98-99; P03, 65). Der Einbezug von Hausärzten wurde als wenig hilfreich beschrieben. Die körperliche Aktivierung, als mögliche Interventionsmaßnahme scheitert in den Augen der Pflegenden an räumlichen und personellen Bedingungen in der Einrichtung (P11, 146-148).

Zeitliche Mehraufwendungen: Die Pflegemitarbeiter beschrieben, dass die pflegerische Versorgung adipöser im Vergleich zur Versorgung normalgewichtiger Bewohner mit zusätzlichen Aufwendungen einhergeht. Am häufigsten wurde ein zusätzlicher zeitlicher Arbeitsaufwand bei der Durchführung der Grundpflege genannt. Zwei Befragte führten diesen zusätzlichen zeitlichen Arbeitsaufwand auf Mobilitätseinschränkungen der Betroffenen zurück (P10, 36-39). Neben dem zusätzlichen zeitlichen Arbeitsaufwand wurde die eigene körperliche Belastung hervorgehoben (P08, 110-112). Die Befragten verneinten in den Interviews Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner. Dennoch konstatierten sie, dass die Pflege Adipöser mit

einem erhöhten Zeitaufwand und erheblichen körperlichen Belastungen einhergeht. In ihrer professionellen Rolle brachten sie das Gebot der Gleichbehandlung aller ihnen anvertrauten Personen deutlich zum Ausdruck (P07, 36-41). Solche „sozial und fachlich korrekten“ Äußerungen wurden auch von den Pflegemitarbeitern angeführt, deren Angaben von diskriminierenden Zuschreibungen gegenüber adipösen Klienten dominiert waren.

5.3 Versorgung adipöser Menschen aus der Sicht von Führungskräften (S3)

Charakteristika der Führungskräfte: Es wurden 15 Experteninterviews mit je 5 Pflegedienstleitern, Qualitätsmanagern und Heimleitern durchgeführt. Von den Interviewpersonen waren vier männlich und elf weiblich. Ihr Alter betrug im Mittel 42,7 Jahre und sie verfügten über eine durchschnittliche Berufserfahrung von 4,5 Jahren. Die Interviews dauerten im Mittel 44,01 Minuten.

Wahrnehmung adipöser Heimbewohner: Zu Beginn der Interviews gaben die Führungskräfte an, dass Adipositas in ihren Institutionen kaum eine Rolle spielt: Erst durch mehrfaches Nachfragen der Interviewerin, machten sie Angaben darüber, wie sie Adipositas wahrnehmen. Die *Pflegedienstleiter* geben an, Adipositas nur dann wahrzunehmen, wenn die ihnen unterstellten Mitarbeiter persönlich an sie herantreten und sich darüber beklagen, wie „mühsam“ die Versorgung adipöser Bewohner ist. Sie selbst haben in ihrem Arbeitsalltag immer wieder mit den Betroffenen zu tun, schreiben diesen jedoch keine besonderen Merkmale zu. Sie bezeichnen die Adipösen als „Bewohner mit nichts Besonderem“. Die *Heimleiter und Qualitätsmanager* charakterisieren Adipositas als Randthema. Im Kontext des institutionellen Ernährungsmanagements steht allein das Thema Unterernährung im Zentrum ihrer Aufmerksamkeit. Adipöse nehmen sie nur dann wahr, wenn sie sich mittels monatlich stattfindenden Erfassungen des BMI einen Überblick über den Ernährungszustand ihrer Bewohner verschaffen. Da die Erfassung des BMI jedoch primär dazu dient, unterernährte Bewohner aufzuspüren, übersehen sie adipöse Bewohner häufig. Auch bei Rundgängen durch die Einrichtungen fallen den Heimleitern und Qualitätsmanagern die von Adipositas Betroffenen kaum auf, denn sie betrachten diese als „zufriedene Bewohner“. Angaben darüber, wie hoch die Anzahl der adipösen Bewohner in ihren Einrichtungen ist, konnten die Führungskräfte nicht machen. Allerdings schätzen die Pflegedienstleiter die Anzahl der von Adipositas betroffenen Bewohner deutlich höher ein, als die Heimleiter und Qualitätsmanager. Diese vermuten, dass die Anzahl der Unterernährten in ihren Einrichtungen deutlich überwiegt.

Bedeutung der Adipositas: Auf die Frage, welche Bedeutung sie der Adipositas beimessen, brachten die Führungskräfte ihre Annahmen darüber zum Ausdruck, wie Adipositas verursacht wird. Ein Teil der *Pflegedienstleiter* beschreibt Adipositas als „*individuelles Gesundheitsproblem*“, das im Pflegeheim nicht beeinflussbar ist. Die Ursachen der Adipositas sehen sie in einer ungesunden Ernährung und einer mangelnden körperlichen Aktivität. Da sie die Ursachen

der Adipositas auf das individuelle Fehlverhalten der Betroffenen zurückführen, sehen sie sich nicht dafür zuständig, diese bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Die *Heimleiter und Qualitätsmanager* beschreiben Adipositas als ein „**gesellschaftliches Gesundheitsproblem**“, das im Pflegeheim nicht (mehr) beeinflussbar ist. Sie betonten, dass Adipositas ein Gesundheitsproblem ist, das in der Kindheit entsteht und sich bis ins hohe Lebensalter weiter entwickelt. Sie sehen es nicht als ihre Aufgabe an, die lebenslangen Ernährungsgewohnheiten der Pflegeheimbewohner zu verändern. Nur zwei Pflegedienstleiter gaben an, Adipositas als „**multikausales Gesundheitsproblem**“ zu betrachten. In ihren Augen zählen genetische Faktoren, Stoffwechselerkrankungen und Medikamentennebenwirkungen zu den Ursachen der Adipositas. Die Unterstützung der adipösen Bewohner bei der Krankheitsbewältigung sehen sie als einen Teil ihrer Arbeitstätigkeit an. Möglichkeiten der Intervention sehen sie in der Ernährungsumstellung und Nahrungsreduktion. Die Umsetzung dieser Maßnahmen beschreiben sie jedoch als problematisch, wenn nicht sogar unmöglich. Sie berichten, dass die adipösen Pflegeheimbewohner ihre Interventionen im Heimalltag häufig nicht akzeptieren und ablehnen. Dies führt dazu, dass sie dem Umgang mit den adipösen Bewohnern ratlos gegenüberstehen und zum Teil resignieren.

Personelle und instrumentelle Mehraufwendungen: In deutlichem Widerspruch zu der anfänglichen Aussage, Adipositas spiele kaum eine Rolle standen die im Interviewverlauf gemachten Angaben zu möglichen Mehraufwendungen. Direkt darauf angesprochen, ob sich die Versorgung in den letzten Jahren verändert habe, konstatieren die *Pflegedienstleiter*, dass sie für die Pflege adipöser Bewohner deutlich mehr Personal benötigen. Die *Qualitätsmanager und Heimleiter* äußerten, dass sich ihre Mitarbeiter immer häufiger bei ihnen über erhöhte körperliche Arbeitsbelastungen beklagen, z. B. durch schweres Heben. Auf die Frage, wodurch sie sich mit dem Thema Adipositas konfrontiert sehen, beschrieben die *Pflegedienstleiter*, dass elementare pflegerische Verrichtungen wie der Transfer, die Lagerung, die Mobilisation und die Grundpflege adipöser Bewohner häufig nicht durch eine, sondern durch zwei Pflegepersonen durchgeführt werden müssen. Ausreichend Personal für die Versorgung Adipöser bereitzustellen, ist aus ihrer Sicht kaum möglich, da hierfür keine zusätzlichen personellen Kapazitäten zur Verfügung stehen. Die *Heimleiter und Qualitätsmanager* gaben ebenfalls zu verstehen, dass die Versorgung adipöser Bewohner zu einer Verdoppelung des Personalaufwands führt. Die Bereitstellung zusätzlicher Pflegekräfte zogen sie nicht in Betracht. Ihrer Ansicht nach können vorhandene Personalressourcen durch den intensiven Einbezug der Hilfs- und Ausbildungskräfte künftig besser ausgeschöpft werden. Wenn nötig sind sie bereit, Arbeitsabläufe umzustrukturieren. Sie berichteten z. B., dass es möglich sei, die Grundpflege nicht mehr wie üblich am Morgen durchzuführen, sondern auf den Nachmittag zu verschieben. Darüber hinaus konstatierten sie, dass

ihre Mitarbeiter sie immer wieder darum bitten, spezielle Hilfsmittel für die Versorgung adipöser Bewohner bereitzustellen. Zu diesen zählen:

- stark belastungsfähige Stühle und Sessel,
- extrabreite Rollstühle und Hebelifter, Toilettenstühle,
- belastungsfähige Gehstützen, Gehböcke und Rollatoren,
- extrabreite Pflegebetten einschließlich spezieller druckentlastender Matratzen,
- extrabreite Badewannen einschließlich Hebevorrichtung.

Die Bereitstellung der Hilfsmittel war aus Sicht *aller Leitungskräfte* problematisch. Sie berichteten, dass Anträge zur Bewilligung von individuell geeigneten Hilfsmitteln häufig abgelehnt werden. Gegen diese Ablehnungen legen sie Widerspruch ein. Wenn nötig gehen sie auch juristisch gegen diese vor. Die *Pflegedienstleiter* nahmen an, dass der Personalbedarf für die Versorgung adipöser Bewohner weiter ansteigen wird. Eine Anpassung der Personaleinsatzplanung halten sie für dringend erforderlich. Sie beschreiben damit konfrontiert zu sein, dass einzelne Pflegekräfte die Versorgung adipöser Bewohner aufgrund unzureichender personeller Unterstützung ablehnen. Als besonders kritisch nehmen sie die Situation in den Nachtdiensten war, da aufwendige Tätigkeiten von einer Pflegekraft bewältigt werden müssen. Die *Heimleiter und Qualitätsmanager* zeigen sich über eine mögliche Zunahme adipöser Bewohner kaum besorgt. Sie gehen davon aus, dass diese adäquat versorgt werden und sehen keinen Grund für Änderungen der Personaleinsatzplanung. Konkret auf Veränderungen des Hilfsmittelbedarfs angesprochen konstatieren sie, dass ein erheblicher Hilfsmittelbedarf in ihren Einrichtungen besteht. Die Verfügbarkeit geeigneter Hilfsmittel und Einrichtungsgegenstände ist aus ihrer Sicht unzureichend. Sie geben deutlich zu verstehen, dass die Nutzung ungeeigneter Hilfsmittel die Regel ist. Speziell die *Pflegedienstleiter* beschreiben, dass einzelne adipöse Bewohner aufgrund des limitierten Einsatzes von Hilfsmitteln nicht immer (fachgerecht) mobilisiert bzw. transferiert werden können. Eine kontinuierliche Teilhabe adipöser Bewohner am Heimaltag kann ihrer Ansicht nach nicht sichergestellt werden.

6 Diskussion

Die Ergebnisse der Studien **S1**, **S2** und **S3** bestätigen die vorab formulierte Hypothese. Sie zeigen aus unterschiedlichen Perspektiven, dass die institutionelle Langzeitversorgung adipöser Menschen mit zeitlichen, personellen und instrumentellen Mehraufwendungen einhergeht. In Studie **S1** wurde die Pflegetätigkeit des Ankleidens mittels strukturierter Beobachtung analysiert, um zeitliche und strukturelle Unterschiede zu untersuchen. Die Tätigkeit des Ankleidens wurde ausgewählt, da sie im Unterschied zu lang andauernden und komplexen Tätigkeiten auf einem annähernd konstanten und somit mess- und vergleichbaren Arbeitsablauf basiert. Dies ließ die Bestimmung von Anfangs- und Endpunkten zur Zeitmessung zu, verhinderte Messungenauig-

keiten durch Überschneidungen unterschiedlicher Pflgetätigkeiten und ermöglichte die Analyse struktureller Unterschiede. Die ausgewählte Stichprobe enthielt weder mangelernährte noch ausschließlich extrem adipöse Personen, wodurch Verzerrungen durch eine heterogene Zusammensetzung ausgeschlossen wurden. Um eine der Heimpopulation entsprechende Stichprobe zu untersuchen, wurden keine Cut-off-Werte hinsichtlich der funktionellen, kognitiven, kommunikativen Einschränkungen oder des Schmerzgeschehens eingesetzt. Zur Vergleichbarkeit der Gruppen wurden der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe Personen mit vergleichbaren Einschränkungen zugeordnet. Da keine Lifter oder sonstige aufwändig zu handhabenden Transferhilfen von den Pflegenden eingesetzt wurden, konnte ein Einfluss der Nutzung vs. Nicht-Nutzung von Hilfsmitteln ausgeschlossen werden. Dies bestätigt die Ergebnisse, die einen signifikanten Unterschied in der durchschnittlichen Dauer des Ankleidens zeigen. Die Verlängerung der Sequenz der Pflegehandlung als wesentlicher Bestandteil der durchgeführten Tätigkeit ist aufgrund des belegten Zusammenhangs des BMI und der Dauer des Ankleidens nachvollziehbar. In den Daten wird deutlich, dass die Pflegenden bei den adipösen Bewohnern bereits zu Beginn des Ankleidens Tätigkeiten in die darauffolgende Sequenz (Pflegehandlung) verlegen, wodurch sich der Beginn der Vorbereitung verschiebt. Dieses parallele Durchführen einzelner Tätigkeiten verstärkt sich im Verlauf des Arbeitsablaufes. Ohne die Verschiebung der Tätigkeitssequenzen, die bis zur Integration der Nachbereitung in die Pflegehandlung führt, würde die ohnehin länger dauernde Pflege der Adipösen noch mehr Zeit in Anspruch nehmen. In Anbetracht des in der Pflegepraxis vorherrschenden Zeitdrucks scheint die Kompensation von zeitlichen Mehraufwendungen durch Veränderungen der Abfolge einzelner Tätigkeitssequenzen, wie sie sich in dieser Studie zeigten, nachvollziehbar. Die Ergebnisse der Studie **S1** werden durch die Befunde der Studie **S2** gestützt, denn sie zeigen, dass die Versorgung Adipöser auch aus der Perspektive professionell Pflegender mit einem zusätzlichen Zeitaufwand einhergeht. Ergänzend zeigen die Befunde der Studie **S2**, dass Pflegende generell in der Gesellschaft verankerte Vorurteile und Stigmatisierungen gegenüber adipösen Menschen übernehmen. Dadurch scheint das Problembewusstsein für Adipositas im Pflegealltag ebenso limitiert zu bleiben wie die Chance zur Umsetzung von Interventionsmaßnahmen. Kongruent zu bereits veröffentlichten Studien [15–18] überwogen bei den in Studie **S2** befragten Pflegemitarbeitern negative Einstellungen gegenüber adipösen Menschen. Davon zeugen die Attribute, die sie den Adipösen zuschrieben: *unästhetische Erscheinung, unangenehmer Geruch, viel Schwitzen, Passivität, fehlende Selbstdisziplin, Kontrollverlust*. Entsprechend der Ergebnisse früherer internationaler Studien [19,20], äußerten die Pflegenden Ablehnung und Distanzierung gegenüber adipösen Menschen bis hin zu Ekelgefühlen. Allerdings müssen diese Einstellungen nicht notwendigerweise die Bereitschaft der Pflegenden negativ beeinflussen, adipöse Menschen zu versorgen. Denn jedes Mal, wenn die „Pflgetätigkeit“ oder das „Pflegerfordernis“ angesprochen wurden,

behaupteten die Pflegenden, keine Unterschiede zwischen „Dicken“ und normalgewichtigen Menschen zu machen. Offenbar überlagern in der konkreten Pflegesituation die „professionellen Gebote“ die vorherrschenden, eindeutig negativen Einstellungen gegenüber adipösen Menschen. Der Zustand „Dick zu sein“ wurde als selbstverschuldet und schicksalhaft beschrieben. Obwohl die Pflegenden zahlreiche Interventionsmöglichkeiten nannten, sahen die Pflegenden kaum Chancen zu deren Umsetzung, was zu Äußerungen der Resignation führte. Den Adipösen wurde ein fehlender Wille zur Veränderung ihrer Lebensweise attestiert. Dies wird von den Pflegenden zwar als ein Beleg für die Selbstverschuldung des Zustandes adipös zu sein interpretiert, andererseits aber auch als Zeichen der Selbstbestimmung der Betroffenen anerkannt. Es zeigte sich, dass die in der Allgemeinbevölkerung verankerten Vorurteile und Stigmatisierungen [21–23] von den Pflegenden übernommen wurden. Zum Teil wurde dies in den Interviews offen geäußert, zum Teil aber für die eigene Person verneint und auf allgemein in der Öffentlichkeit vertretene Meinungen geschoben. Auf ihre professionelle Aufgabe angesprochen, negierten die Pflegenden die Existenz von Unterschieden zwischen adipösen und nicht-adipösen Personen. Dies zeugt einerseits davon, dass die „professionelle Norm“ die subjektive Norm überlagert, andererseits jedoch auch, dass Pflegende kaum Vorstellungen davon haben, dass Adipöse einen speziellen Versorgungsbedarf aufweisen. Der einzig gesehene Unterschied bezog sich auf die Mehraufwendungen. Wie in Studie S1 beobachtet, wurde die Versorgung adipöser Menschen auch von den Pflegemitarbeitern als zeitaufwendig empfunden. Dennoch überwog unter ihnen eine fatalistische Haltung gegenüber der Adipositas. Ähnlich wie in bereits veröffentlichten Studien [24] galt Adipositas als nicht beeinflussbar. Hinweise auf empathisches, reflektierendes oder besorgtes Verhalten der Pflegenden [25] zeigten sich in den Interviews ebenso wenig wie überwiegend positive Einstellungen [26]. Vielmehr wiesen die Befragten, wie in der Studie von Brown & Thomson (2007), ein ambivalentes Rollenverständnis auf. Sie signalisierten in den Interviews, dass sie als professionell Pflegende gegenüber keiner Personengruppe Vorurteile hegen und deshalb auch die Adipösen akzeptieren (müssen). Doch als „individuelle Personen“ brachten sie ihre Missbilligung „*der Dicken*“ wiederholt und eindrücklich zum Ausdruck.

Die Ergebnisse der Studie S3 zeigen, dass Pflegedienstleiter, Qualitätsmanager und Einrichtungsleiter die Versorgung Adipöser mit personellen und instrumentellen Mehraufwendungen verbinden. Jedoch zeigt sich auch, dass Adipositas ein Thema ist, mit dem sich die Leitungskräfte in ihren Einrichtungen bislang kaum beschäftigen. Ähnlich wie in den Interviews mit professionell Pflegenden (S2) überwog unter ihnen ein gering ausgeprägtes Problembewusstsein für das Gesundheitsproblem Adipositas. Die Leitungskräfte besaßen keine genaue Kenntnis über die Anzahl der adipösen Bewohner, die in ihren Institutionen versorgt werden. Wenngleich ihnen Daten zum Ernährungszustand ihrer Bewohner zur Verfügung stehen, nutzen sie diese nicht um adipöse Bewohner zu identifizieren. Vielmehr herrschte unter ihnen

ein allgemeines Desinteresse an dem Thema Adipositas. Ursache dafür mag die einseitige Ausrichtung des gegenwärtigen institutionellen Ernährungsmanagements auf die Vermeidung von Mangelernährung sein. Diese ist wiederum plausibel, da pflegfachliche Expertisen die Identifikation und Versorgung mangelernährter Menschen in den Mittelpunkt stellen [27,28]. Jedoch scheint dies auch dazu zu führen, dass die Identifikation adipöser Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen in den Hintergrund gerät. Adipositas war für den überwiegenden Teil der Leitungskräfte von geringer Bedeutung. Sie betrachteten Adipositas als „*individuelles*“ oder „*gesellschaftliches*“ Gesundheitsproblem. Dieses Verständnis mag wesentlich dazu beitragen, dass sie keine Handlungsnotwendigkeit sehen sich mit adipösen Bewohner zu beschäftigen. Intervenierende Handlungen werden von ihnen scheinbar nur dann in Betracht gezogen, wenn sie Adipositas als „*institutionell vermeidbares Krankheitsgeschehen*“ betrachten. Trotz der geringen Wahrnehmung der Adipositas, legten die Leitungskräfte in den Interviews dezidiert dar, welche Mehraufwendungen durch die Versorgung adipöser Heimbewohner entstehen. Übereinstimmend mit internationalen Befunden verbanden sie arbeitsintensive und alltäglich anfallende Tätigkeiten wie die Grundpflege, den Transfer und die Mobilisation mit einer Verdoppelung des Personalaufwandes [6]. Dass nach Ansicht der Leitungskräfte bislang nur wenige geeignete Hilfsmittel für die Versorgung adipöser Bewohner zur Verfügung stehen und die Nutzung ungeeigneter Hilfsmittel überwiegt, zeigt, dass bisher keine gezielte Auseinandersetzung mit dem Versorgungsproblem Adipositas stattfindet. Dafür spricht auch, dass die Leitungskräfte die personellen und instrumentellen Mehraufwendungen und deren Bewältigung bislang nur vor dem Hintergrund des eigenen Arbeits- und Verantwortungsbereiches reflektieren.

7 Stärken und Limitationen

Die empirischen Grundlagen zur pflegerischen Versorgung adipöser Menschen sind lückenhaft. Die dargelegten Studienergebnisse leisten einen wichtigen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke in Deutschland. Durch erste Beobachtungsdaten konnte gezeigt werden, dass die Pflege adipöser Heimbewohner mit zeitlichen Mehraufwendungen einhergeht. Zudem zeigen die Interviewdaten professionell Pflegender und unterschiedlicher Leitungskräfte, dass die Langzeitversorgung adipöser Menschen mit personellen und instrumentellen Mehraufwendungen verbunden ist. Die Studien basieren auf Gelegenheitsstichproben mit freiwillig ausgewählten Studienteilnehmern und lassen daher keine generalisierenden Aussagen zu. Sie wurden als „Exploration“ angelegt und dienen der Vorbereitung weiterer Untersuchungen. Diese sollten auf zufallsgenerierten Stichproben basieren und größere Populationen berücksichtigen. In **S1** konnte der Einfluss des Alters auf die Dauer und Struktur des Ankleidens nicht untersucht werden, da die Anzahl der Bewohner mit 12,9 % deutlich unter dem Anteil des in der Pflegestatistik 2009 bezifferten Anteils von 25 % lag [29]. Anknüpfende Studien sollten ein Oversampling von

Männern anstreben, um geschlechtsspezifische Einflüsse untersuchen zu können. Obwohl der BMI international zur Einschätzung des Ernährungszustandes genutzt wird, sollten künftige Studien weitere Parameter zur Charakterisierung der Adipositas berücksichtigen, wie beispielsweise die prozentuale Körperfettmasse, das Fettverteilungsmuster (WHR) beziehungsweise den Taillenumfang. Die aktive Hilfestellung der Pflegenden bei der Tätigkeit des Ankleidens galt in Studie **S1** als Einschlusskriterium und wurde nicht als separater Einflussfaktor berücksichtigt, da angenommen wurde, dass die Hilfestellung maßgeblich von der Schwere der funktionellen, kognitiven und kommunikativen Einschränkungen der Bewohner abhängt und die Gruppen diesbezüglich keine Unterschiede aufwiesen. Ein möglicher Einfluss psychosozialer Aspekte der Pflegenden wurde in Studie **S1** nicht untersucht. Weiterführende Untersuchungen sollten diese berücksichtigen, da sich ablehnende oder distanzierende Verhaltensweisen auf die Dauer und Struktur von Pflegetätigkeiten auswirken könnten. Die in den Studien **S2** und **S3** eingesetzten Interviewleitfäden wurden einem Pretest unterzogen, jedoch nicht validiert. Die externe Validität der Studien **S2** und **S3** ist auf Pflegemitarbeiter bzw. Führungskräfte limitiert.

8 Implikationen für Praxis und Forschung

Institutionen der Langzeitpflege sollten darauf vorbereitet sein, dass die Pflege Adipöser mehr Zeit in Anspruch nimmt. Für die Durchführung elementarer pflegerischer Verrichtungen, wie dem Ankleiden, der Grundpflege, der Mobilisation oder dem Transfer, sollten den Pflegenden genügend Zeitressourcen zur Verfügung stehen. Ein erhöhter Personalaufwand könnte durch die kontinuierliche Erfassung des Ernährungszustandes der Heimbewohner erkannt und bei der Personalbedarfsplanung berücksichtigt werden. Um Versorgungsdefizite zu vermeiden und die Sicherheit der Pflegeempfänger und Pflegebringer zu gewährleisten, sollten speziell für die Versorgung adipöser Menschen geeignete Hilfsmittel bereitgestellt werden. Über das verfügbare Hilfsmittelangebot sollten Pflegemitarbeiter informiert sein. Zudem sollten regelmäßige Schulungen zur fachgerechten Hilfsmittelanwendung/-nutzung stattfinden. Um professionell Pflegenden den Umgang mit adipösen Menschen zu erleichtern, die Anwendung krankheits-spezifischer Pflege-, Interventions- und Präventionsmaßnahmen zu fördern und ein stärkeres Problembewusstsein für das Gesundheitsproblem Adipositas zu schaffen, ist die Vermittlung fachspezifischer Kenntnisse zu den Ursachen und Folgen der Adipositas dringend notwendig. Die Sensibilisierung der Pflegenden über den in der Allgemeinbevölkerung verbreiteten vorurteilsgeprägten Umgang mit adipösen Menschen, kann ferner dazu beitragen eigene Vorurteile zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Die Pflegewissenschaft steht vor der Aufgabe, die Situation der an Adipositas leidenden Menschen mit Pflegebedarf zum Forschungsgegenstand zu machen, und mit einem systematischen Studium der pflegerischen Handlungsoptionen und der Wirksamkeit pflegerischer Interventionen zu beginnen. Die

Handlungsmuster und Bewältigungsstrategien der Pflegenden im Umgang mit adipösen Menschen sollten ebenso untersucht werden, wie mögliche Auswirkungen auf die Versorgung Adipöser, die durch einen Mangel an Pflegepersonal entstehen könnten. Zudem sollten Fragen der betrieblichen Gesundheitsfürsorge, der Arbeitsbelastungen durch schweres Heben und die fehlende Inanspruchnahme von Hilfsmitteln erforscht werden. Erheblicher Forschungsbedarf besteht auch in der Untersuchung der Betroffenenperspektive; denn bislang ist unklar, wie adipöse Menschen ihre Versorgung wahrnehmen, welche Anforderungen sie an die Pflegeeinrichtungen stellen und welche Möglichkeiten sie sehen, ihre Versorgung nachhaltig zu verbessern.

9 Referenzen

1. Fuchs J, Busch M, Lange C, Scheidt-Nave C. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2012; 55: 576–86
2. Mensink G, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C. Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2013; 56: 786–94
3. Hesecker H, Stehle P, Bai J, Lesser S, Overzier S, Paker-Eichelkraut S, Strathmann S. Ernährungsbericht 2008: Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie) In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg) Ernährungsbericht 2008. Druck Center Meckenheim, Meckenheim
4. Kaiser R, Winning K, Uter W, et al. Functionality and mortality in obese nursing home residents: an example of 'risk factor paradox'? Journal of the American Medical Directors Association 2010; 11: 428–35
5. Bradway C, DiResta J, Fleshner I, Polomano RC. Obesity in nursing homes: a critical review. Journal of the American Geriatrics Society 2008; 56: 1528–35
6. Felix HC. Personal care assistance needs of obese elders entering nursing homes. Journal of the American Medical Directors Association 2008; 9: 319–26
7. Rotkoff N. Care of the morbidly obese patient in a long-term care facility. Geriatric nursing (New York, N.Y.) 1999; 20: 309–13
8. Dimant J. Bariatric programs in nursing homes. Clinics in geriatric medicine 2005; 21: 767-92, viii
9. Felix HC, Bradway C, Miller E, Heivly A, Fleshner I, Powell LS. Staff Time and Estimated Labor Cost to Bathe Obese Nursing Home Residents: A Case Report. SSRN Electronic Journal 2009
10. Rose MA, Pokorny M, Waters W, Watkins F, Drake DJ, Kirkpatrick M. Nurses' Perceptions of Safety Concerns When Caring for Morbidly Obese Patients. Bariatric Nursing and Surgical Patient Care 2010; 5: 243–7
11. Rose MA, Drake DJ, Baker G, Watkins FR, Waters W, Pokorny M. Caring for morbidly obese patients: safety considerations for nurse administrators. Nursing management 2008; 39: 47–50

12. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Applied nursing research: ANR* 2011; 24: 127–37
13. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen, 2nd edn. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., 2006
14. Meuser M, Nagel U. Das Experteninterview — konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel S, Pickel G, Lauth H, Jahn D, eds. *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009: 465–79
15. Maroney D, Golub S. Nurses' attitudes toward obese persons and certain ethnic groups. *Perceptual and motor skills* 1992; 75: 387–91
16. Garner CM, Nicol GT. Comparison of male and female nurses' attitudes toward obesity. *Perceptual and motor skills* 1998; 86: 1442
17. Culbertson MJ, Smolen DM. Attitudes of RN students toward obese adult patients. *The Journal of nursing education* 1999; 38: 84–7
18. Poon M, Tarrant M. Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of clinical nursing* 2009; 18: 2355–65
19. Bagley CR, Conklin DN, Isherwood RT, Pechiulis DR, Watson LA. Attitudes of nurses toward obesity and obese patients. *Perceptual and motor skills* 1989; 68: 954
20. Peternelj-Taylor CA. The effects of patient weight and sex on nurses' perceptions: a proposed model of nurse withdrawal. *Journal of advanced nursing* 1989; 14: 744–54
21. Hilbert A, Rief W, Braehler E. Stigmatizing attitudes toward obesity in a representative population-based sample. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 2008; 16: 1529–34
22. Crandall CS, Martinez R. Culture, Ideology, and Antifat Attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1996; 22: 1165–76
23. Crandall C, Biernat M. The Ideology of Anti-Fat Attitudes. *Journal of Applied Social Psychology* 1990; 20: 227–43
24. Hoppé R, Ogden J. Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity* 1997; 21: 141–6
25. Mercer SW, Tessier S. A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' attitudes to obesity management in primary care. *Health bulletin* 2001; 59: 248–53
26. Zuzelo PR, Seminara P. Influence of registered nurses' attitudes toward bariatric patients on educational programming effectiveness. *Journal of continuing education in nursing* 2006; 37: 65–73
27. Schiemann D, ed. *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege: [einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse]*. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: DNQP, 2009
28. Brüggemann J, Jung C, Kreck K, Kurzmann K, Lucke M, Schulte C, Wermann OR. Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Abschlussbericht der Projektgruppe P39, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg) 2003 <http://www.mds-ev.de>
29. Statistisches Bundesamt. *Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2011

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Gerda Apelt, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *„Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen – Pilotstudien zur Erfassung von versorgungsspezifischen Mehraufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen“* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an den ausgewählten Publikationen entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum _____ Unterschrift _____

Anteilerklärung

Gerda Apelt hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1

Apelt G., Ellert S., Kuhlmei A., Garms-Homolová V. Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Pflege 2012; 25 (4): 271–283 DOI 10.1024/1012-5302/a000215

Beitrag: 90 Prozent

Im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfragen, Auswahl des Studiendesigns und Datenerhebungsinstruments, Entwicklung des Beobachtungsprotokolls (inkl. Testung im Pretest), Stichprobenauswahl und Rekrutierung der Studienteilnehmer, Datenerhebung, Statistische Datenanalyse (mit Ellert S., Garms-Homolová V.), Manuskriptverfassung- und Überarbeitung

Publikation 2

Apelt G., Fabich A., Laurisch E., Paul M., Garms-Homolová V. (2012) „Ein dicker Mensch ist dick – und fertig.“ Eine qualitative Studie zu den Einstellungen von Pflegemitarbeiter(innen) gegenüber adipösen Klient(innen) in der pflegerischen Versorgung. Pflegewissenschaft 2012; 6 (12): 325-333 DOI 10.3936/1157

Beitrag: 80 Prozent

Im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfragen, Auswahl des Studiendesigns und Datenerhebungsinstruments, Entwicklung des Interviewleitfadens (inkl. Testung im Pretest), Stichprobenauswahl und Rekrutierung der Studienteilnehmer, Überwachung der Datenerhebung (Interviewdurchführung durch Fabich A., Laurisch E., Paul M.), Datenauswertung (mit Fabich A., Laurisch E., Paul M., Garms-Homolová V.), Manuskriptverfassung- und Überarbeitung

Publikation 3

Apelt G., Kuhlmei A., Garms-Homolová V. (2013) Versorgung adipöser Menschen aus der Perspektive von Führungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse qualitativer Experteninterviews. Z Gerontol Geriat 2013DOI 10.1007/s00391-013-0572-y

Beitrag: 90 Prozent

Im Einzelnen: Literaturrecherche, Entwicklung der Forschungsfragen, Auswahl des Studiendesigns und Datenerhebungsinstruments, Entwicklung des Interviewleitfadens (inkl. Testung im Pretest), Stichprobenauswahl und Rekrutierung der Studienteilnehmer, Datenerhebung/Interviewdurchführung, Datenauswertung (mit Garms-Homolová V.), Manuskriptverfassung- und Überarbeitung

Unterschrift, Datum und Stempel der betreuenden Hochschullehrerin

Unterschrift der Doktorandin

Ausgewählte Publikationen

1.) Apelt G., Ellert S., Kuhlmei A., Garms-Homolová V. **Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen.** Pflege 2012; 25 (4): 271–283 DOI 10.1024/1012-5302/a000215
[dx.doi.org/10.1024/1012-5302/a000215](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000215)

2.) Apelt G., Fabich A., Laurisch E., Paul M., Garms-Homolová V. (2012) „**Ein dicker Mensch ist dick – und fertig.**“ **Eine qualitative Studie zu den Einstellungen von Pflegemitarbeiter(innen) gegenüber adipösen Klient(innen) in der pflegerischen Versorgung.** *Pflegewissenschaft* 2012; 6 (12): 325-333 DOI 10.3936/1157
www.pflege-wissenschaft.info/archiv1/432-2012/Juni/92068-ein-dicker-mensch-ist-dick-und-fertig-eine-qualitative-studie-zu-den-einstellungen-von-pflegemitarbeiter-innen-gegenueber-adipoesen-klient-innen-in-der-pflegerischen-versorgung

3.) Apelt G., Kuhlmei A., Garms-Homolová V. (2013) Versorgung adipöser Menschen aus der Perspektive von Führungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse qualitativer Experteninterviews. Z Gerontol Geriat 2013 DOI 10.1007/s00391-013-0572-y <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-013-0572-y>

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Komplette Publikationsliste

Fachzeitschriften mit Peer-review-Verfahren

1. **Apelt G.**, Ellert S., Kuhlmei A., Garms-Homolová V. (2012) Zeitliche und strukturelle Unterschiede in der Pflege adipöser und nicht-adipöser Bewohner(innen) vollstationärer Pflegeeinrichtungen. *Pflege* 2012; 25 (4): 271–283 DOI 10.1024/1012-5302/a000215
2. **Apelt G.**, Fabich A., Laurisch E., Paul M., Garms-Homolová V. (2012) „Ein dicker Mensch ist dick – und fertig.“ Eine qualitative Studie zu den Einstellungen von Pflegemitarbeiter(innen) gegenüber adipösen Klient(innen) in der pflegerischen Versorgung. *Pflegewissenschaft* 2012; 6 (12): 325-333 DOI 10.3936/1157
3. **Apelt G.**, Kuhlmei A., Garms-Homolová V. (2013) Versorgung adipöser Menschen aus der Perspektive von Führungskräften vollstationärer Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse qualitativer Experteninterviews. *Z Gerontol Geriat* 2013 DOI 10.1007/s00391-013-0572-y
4. Garms-Homolová V, **Apelt G.** Obesity in Nursing Homes: Prevalence, Distribution and Relation to Multimorbidity. *Journal of Public Health*. (In Bearbeitung)

Fachzeitschriften ohne Peer-review-Verfahren

5. **Apelt G.**, Kalinowski S. (2012) Einstellungen gegenüber adipösen Menschen - eine Herausforderung für professionell Pflegende. *Unterricht Pflege* 2012;34(4): 11-15 Prodos Verlag
6. **Apelt G.** (2013) Adipositas - ein bislang unentdecktes Versorgungsproblem in der Langzeitpflege. *Verpflegen* 2013; 04: 36-40 B. Behrs Verlag

Buchbeiträge

7. **Apelt G.** Die Versorgung adipöser Pflegeheimbewohner – Implikationen für die Pflegepraxis. In Kuhlmei A., Dräger D., Blüher S. (Hrsg.). *Interdisziplinäre Perspektiven auf Multimorbidität und Alter – Projektreihe der Robert Bosch Stiftung*. Bern: Verlag Hans Huber (In Bearbeitung)

Fachvorträge

- Apelt G.**, Kalinowski S., Behr A., Herrmann W. (2012) Verbesserung der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern – Implikationen für die Praxis. Ergebnisse aus drei Jahren Forschung. Symposium des Graduiertenkollegs zum Thema „Forschung und Qualifikation für die Gesundheitsversorgung im Alter“, Berlin.
- Apelt G.**, Garms-Homolová V. (2011) How to Deal with Obese Nursing Home Residents? The Perception of Obesity in Nursing Homes. *Aging clinical and experimental research*, Volume 23, Suppl. 2011. VII IAGG European Congress “Healthy and Active Ageing for All Europeans II.” 14.-17. April 2011, Bologna.
- Apelt G.** (2010) Comment to the Presentation: Self-perceived resources for good sleep. Tagung des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter - Herausforderung für

Interdisziplinarität“, 26. Februar 2009, Berlin.

Apelt G., Garms-Homolová V. (2009) Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen - Aspekte der Gesundheitsförderung von Pflegekräften im Setting vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie Volume 17, Supplement 1/ 2009, Hogrefe Verlag. 9. Kongress für Gesundheitspsychologie der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs 26. - 28. August 2009, Zürich.

Apelt, G., Garms-Homolová V. (2009) Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen – Pilotstudie zur Erfassung von Aufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Gesundheitswesen Heft 08/09; Jahrgang 71; August 2009, Thieme eJournals/ Abstract. Gemeinsame Tagung der DGSMF und der DGMS, 23.-25. September, Hamburg.

Garms-Homolová V., **Apelt G.** (2009) Obesity in Nursing Homes - Distribution, Prevalence and Relation to Multimorbidity. JNHA. Journal of Nutrition, Health & Aging, Volume 13, Supplement 1, 2009, June. 19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, 5-9 July, Paris.

Poster

Apelt G., Garms-Homolová V., Kuhlmeier A. (2010) Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen - Pilotstudie zur Erfassung von Aufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. 2. Gemeinsamer Kongress der DGGG und der SGG, 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie „Hoffnung Alter“, 15.-17. September, Berlin.

Apelt G., Garms-Homolová V., Kuhlmeier A. (2010) Obesity in care of nursing home residents. Pilot study on detection of effort in nursing homes. Journal of Clinical Nursing, Volume 19, Supplement 1, October 2010; 14th Research Congress of the Workgroup European Nurse Researchers „Older persons: the future of care“, 4-7 October, Rotterdam.

Apelt G., Garms-Homolová V. (2009) Adipositas in der Pflege und Versorgung alter Menschen – Pilotstudie zur Erfassung von Aufwendungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie Volume 17, Suppl. 1/ 2009, Hogrefe Verlag. 9. Kongress für Gesundheitspsychologie der Fachgruppe Gesundheitspsychologie der DGPs 26.-28. August, Zürich.

Apelt G., Herrmann W. (2008) Multimorbidität im Alter – Professionelle Bewältigung und Subjektive Theorien. 100. Jahrestag der Gründung der Alice-Salomon-Hochschule, 24. Oktober, Berlin.

Danksagung

Mein ausdrücklicher Dank gilt meinen Betreuerinnen Frau Prof. Dr. A. Kuhlmeier und Frau Prof. Dr. V. Garms-Homolová. Ich bedanke mich bei ihnen für das Vertrauen in meine Arbeit und in meine Fähigkeiten, das sie mir uneingeschränkt und jeder Zeit entgegengebracht haben!

Frau Prof. Dr. V. Garms-Homolová möchte ich zudem herzlich für den fachlichen und persönlichen Austausch und die maßgebliche Unterstützung während der gesamten Promotionszeit danken. Sie hat mich über das Studium hinaus stets dazu ermutigt, meine Arbeitsweise kritisch zu hinterfragen und mir dadurch die Möglichkeit gegeben, diese stetig zu verbessern!

Ein herzlicher Dank gilt allen Kollegiat/innen des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter“. Es war eine fachliche und persönliche Bereicherung mit ihnen gemeinsam promovieren zu dürfen. Gedankt sei an dieser Stelle auch der Leitung des Graduiertenkollegs, die stets für eine anregende Arbeitsumgebung gesorgt hat. Mein besonderer Dank gilt zudem der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, die mir über ein Stipendium die nötige finanzielle Unterstützung für die Promotion zukommen ließ!

Schließlich möchte ich mich bei meinen Eltern, meinen Geschwistern und meinem Freund für die liebevolle und vorbehaltlose Unterstützung, die sie mir zukommen ließen bedanken; ihnen und meinem geliebten Sohn sei diese Arbeit gewidmet!