

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/3314**

A43



Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Herrn Dr. Martin Vincentz MdL
Vorsitzender der Enquetekommission IV
Landtag Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

per E-Mail: anhoerung@landtag.nrw.de

MEDIZINISCHE
GRUNDSATZFRAGEN

Ansprechpartner:
Stefan Kleinstück
stefan.kleinstueck@aekno.de
Tel. 0211 4302 -2200/-2208
Fax 0211 4302 -2209

Ihr Schreiben:
05.11.2020
eingegangen 10.11.2020
Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:
1675-20/SKL-HSA

Datum: 23.11.2020

Anhörung der Enquetekommission IV „Einsamkeit“ – Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit., Drucksache 17/8420, am 4. Dezember 2020 zum Thema „Rolle von medizinischem Fachpersonal“

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Dr. Vincentz,

vielen Dank für Ihr Schreiben nebst Anhängen vom 05.11.2020 und für die Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme seitens der Ärztekammer Nordrhein.

Unsere Stellungnahme impliziert im Besonderen die Expertise unserer Kammermitglieder Herr Prof. Dr. med. Supprian, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor des LVR-Klinikum Düsseldorf und Frau Bartels, Fachärztin für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie) mit der Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie, Vorsitzende des Ad-hoc Ausschusses Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Ärztekammer Nordrhein.

Neben den originären Aufgaben im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten ist die Ärztekammer Nordrhein die für die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten zuständige Stelle nach dem Berufsbildungsgesetz. Auch im Hinblick auf diese Berufsgruppe möchten wir den Fragenkatalog komplettieren.

Erlauben Sie uns einige Vorbemerkungen, bevor wir im Einzelnen auf die Beantwortung der Fragen eingehen.

Die demografische Veränderung der Bevölkerungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland in den letzten Jahrzehnten ist einerseits von einer Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung geprägt, andererseits aber auch weiteren sozialen Merkmalen, die zu einer Zunahme von 1-Personen-Haushalten geführt haben.

Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Postfach 30 01 42
40401 Düsseldorf
Telefon 0211 4302-0
Fax 0211 4302-2009
Mail aerztekammer@aekno.de
Web www.aekno.de

Kernarbeitszeiten:
Mo. bis Do. 9 Uhr bis 15 Uhr
Freitag 9 Uhr bis 14 Uhr

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker-
und Ärztekammer eG, Düsseldorf

IBAN DE89 3006 0601 0001 1452 90
BIC DAAEDEDXXX

Bitte nehmen Sie die Informationen zur Datenverarbeitung in der Ärztekammer Nordrhein unter <https://www.aekno.de/datenschutz> zu Kenntnis. Alternativ können Sie eine ausgedruckte Version formlos und kostenfrei anfordern.



Anhörung der Enquetekommission IV

Unter dem Begriff „Singularisierung“ wird jene Entwicklung zusammengefasst, die dazu führt, dass immer mehr Menschen nicht in häuslichen Lebensgemeinschaften leben, sondern einen eigenen Haushalt führen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass es durchaus Menschen gibt, die das Alleinleben in einem eigenen Haushalt als Ausdruck selbstbestimmter und unabhängiger Lebensführung sehen – und somit als Ausdruck von Freiheit. Es gibt aber eben auch Menschen, die alleine leben müssen ohne dieses eigentlich selbst zu wollen. Gerade in der Gruppe der älteren Menschen geschieht dieses häufig durch Verwitwung. Vielfältige gesellschaftliche Faktoren führen dazu, dass sich in den letzten Jahrzehnten die Familienstrukturen stark verändert haben. Mehrgenerationen-Familien werden immer seltener angetroffen, die Anforderungen an berufliche Qualifizierung und Weiterentwicklung führen zunehmend dazu, dass jüngere Generationen sich vom Elternhaus ablösen und in andere Städte oder sogar Bundesländer ziehen.

Es steht außer Zweifel, dass ein wachsender Anteil der alleinlebenden Menschen in der Bundesrepublik Deutschland Einsamkeit empfindet und darunter leidet. Daher erscheinen Maßnahmen angezeigt, diese Personen möglichst früh zu erkennen und Hilfen anzubieten.

Zur Frage der Rolle von medizinischem Fachpersonal im Zusammenhang mit der Identifikation von Einsamkeit und möglichen Gegenmaßnahmen kann wie folgt Stellung genommen werden:

1.) Welche Rolle spielt Einsamkeit in der medizinischen Versorgung? Wie und wie oft begegnet medizinischem Personal Einsamkeit bei Patientinnen und Patienten?

Bei der Beantwortung dieser Frage müsste medizinisches Fachpersonal in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern differenziert werden:

- in ambulanten Pflegediensten
- in Einrichtungen der stationären Altenpflege
- im vertragsärztlichen Versorgungsbereich (Hausärzte, niedergelassene Fachärzte)
- in somatischen Krankenhäusern
- in psychiatrischen Krankenhäusern

Medizinisches Fachpersonal ist insofern besonders geeignet, soziale Isolation und Einsamkeit zu identifizieren, weil zu sehr vielen medizinischen Behandlungsprozessen die Erhebung einer Sozialanamnese gehört. Darüber hinaus ist es in fast allen medizinischen Sektoren gängige Praxis, neben der gezielten Erhebung spezifischer Beschwerden, die Anlass der Konsultation waren, auch psychosoziale Daten zu erheben.

In psychiatrischen, insbesondere in gerontopsychiatrischen Institutionen, besteht eine besonders differenzierte Expertise zur Identifikation möglicher Einsamkeit. Multiprofessionelle Behandlungsteams erheben nicht nur somatische Befunde, sondern auch eine Vielzahl sozialer Merkmale. Das vorgeschriebene Initial-Assessment ermöglicht eine erste Orientierung über die Lebensverhältnisse von Menschen, die in psychiatrische Behandlung kommen. Hierbei ist festzustellen, dass aber nur diejenigen Personen erfasst werden können, die sich tatsächlich in medizinische Behandlung begeben.

Anhörung der Enquetekommission IV

Ein weitaus größeres Problem ist die Singularisierung von Personen, die sich nicht in medizinischer Behandlung befinden und von sich aus keine Hilfestrukturen in Anspruch nehmen oder nicht einmal von solchen Strukturen wissen.

Hierzu zählt insbesondere die Gruppe der Menschen mit Demenz. Alleinlebende ältere Menschen laufen in Gefahr, durch die Entwicklung einer Demenzerkrankung die Einsicht in ihren Hilfebedarf zu verlieren.

Die Folge kann sein, dass aufgrund der reduzierten Selbstwahrnehmung und Störung der Kritikfähigkeit eine bestehende hausärztliche Behandlung nicht mehr fortgeführt wird und es zu einem Abbruch einer kontinuierlichen hausärztlichen Begleitung kommt. Im ungünstigsten Fall kann das Fortschreiten der Demenzerkrankung die älteren Menschen in prekäre Lebenslagen bringen, da in Folge der fortschreitenden Demenzerkrankung wichtige Maßnahmen zum Lebensunterhalt nicht mehr ergriffen werden. In gerontopsychiatrischen Facheinrichtungen werden deswegen immer wieder ältere Menschen gesehen, die nach längerer Zeit einer dementiellen Entwicklung ein sehr hohes Maß an Hilflosigkeit entwickelt hatten, zeitweise unterernährt und letztlich desorientiert und hilflos angetroffen werden, so dass notfallmäßige Unterbringungen in gerontopsychiatrischen Kliniken vorgenommen werden müssen. Bei fehlenden Bezugspersonen bleibt dann häufig nur die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung nach BtG und in vielen Fällen die Auflösung der Wohnung und Umsiedelung in Pflegeeinrichtungen.

Medizinischem Fachpersonal kommt daher eine wichtige Aufgabe in der Identifikation solcher Risikopersonen zu. Strukturell denkbar wäre die systematische aktive Kontaktaufnahme in festgelegten Zyklen durch Hausarztpraxen in speziellen Behandlungsprogrammen. Im schwedischen Gesundheitssystem existierten dazu Assessmentschwestern für umschriebene Sprengel.

Einsamkeit ist nicht nur ein wichtiges Thema in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, sondern auch in der Behandlung aller somatischen Fächer mit Patientenkontakt.

Die Hausarztpraxis ist besonders für ältere Menschen, die oft weder Familie noch Freundeskreis im Wohnumfeld haben, der einzige Ort der Ansprache. Hierbei kommt den Medizinischen Fachangestellten eine Schlüsselstellung zu. Sie haben als Erste den direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten, kennen diese teilweise seit Jahren und sind mit den familiären Verhältnissen vertraut. Medizinische Fachangestellte können so Einsamkeit als Erste identifizieren und so aus der Praxis heraus einen Hilfeprozess anbieten und bei Zustimmung einleiten. Hier spielen die Bezirkssozialdienste eine zentrale Rolle.

2.) Werden Instrumente zur Erkennung und Wahrnehmung von Einsamkeit und sozialer Isolation ergriffen und wie sehen diese aus? Welchen Beitrag können die verschiedenen Gruppen des medizinischen Fachpersonals leisten, um Einsamkeit zu verringern oder zu bewältigen? Welche Maßnahmen könnten/sollten noch ergriffen werden (insbesondere in Hausarztpraxen)?

Inzwischen sind verschiedene Konzepte und Maßnahmen entwickelt worden, um Einsamkeit zu bekämpfen. Die Konzepte haben etwas unterschiedliche Schwerpunkte und Zielsetzungen. Hier sind drei Modelle interessant und werden exemplarisch kurz skizziert:

Anhörung der Enquetekommission IV

- a) Der Hamburger Senat hat im Jahr 2017 ein Projekt gestartet, um der Vereinsamung älterer Menschen systematisch zu begegnen und einen eventuellen Hilfebedarf frühzeitig zu erkennen. Die Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks hat das Pilotprojekt vorgestellt, bei welchem ab 2018 in zwei Stadtteilen in einer Testphase von drei Jahren Menschen in ihrem 80. Lebensjahr kontaktiert werden und einen Hausbesuch angeboten bekommen. Ziel ist die Identifikation von Altersisolation und die Vermittlung von regionalen Hilfen.
- b) Der „Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA)“ wurde in Baden-Württemberg konzipiert. Hier wurden sozialpsychiatrische Dienstleistungen spezifisch für Menschen älter als 75 Jahre entwickelt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes für alte Menschen führen ein gerontopsychiatrisches Assessment durch und übernehmen ggf. Hausbesuche zur Identifikation spezieller pflegerischer, sozialer oder psychiatrischer Unterstützungsmöglichkeiten. Dabei spielt die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten in diesem Konzept eine wesentliche Rolle.
- c) Das Projekt GerHaRD (Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf) wurde entwickelt für Menschen mit Demenz und fehlender Krankheitswahrnehmung sowie daraus resultierende Ablehnung von Hilfen. Im Rahmen des Modellprojektes erfolgten Hausbesuche durch gerontopsychiatrisch erfahrene Ärzte, die besondere Kompetenzen im Umgang mit ablehnendem Verhalten hatten. Damit war die Zielgruppe eine besondere Risikogruppe, in der Regel Personen mit Demenzerkrankungen. Ziel war die Etablierung spezifischer quartiersbezogener Hilfsangebote und insbesondere die Information und Einbindung von Hausärzten. Es stellt damit eine sehr gezielte Präventionsmaßnahme dar, um prekären Lebensentwicklungen von Risikopersonen vorzubeugen.

Allen drei skizzierten Interventionen gemeinsam ist, dass sie rein rechtlich auf ein Mindestmaß an Bereitschaft zur Mitwirkung und Kooperation der betroffenen Personengruppen angewiesen sind. Es bleibt aber eine Gruppe von Menschen bestehen, die von Einsamkeit und sozialer Isolation bedroht sind, sich den skizzierten Interventionsmöglichkeiten gegenüber aber vollkommen verschließen und nur sehr schwer erreichbar sind oder solche, die wegen fortgeschrittener kognitiver Beeinträchtigung derartige Angebote intellektuell nicht mehr erfassen können. Diese Personengruppen werden letztlich nur nach Einschaltung von Gesundheitsämtern und Einrichtung von gesetzlichen Betreuungen erreicht, was erfahrungsgemäß eine Zeit dauern kann.

Eine personelle Stärkung sozialpsychiatrischer Fachdienste würde Ressourcen schaffen, mit denen präventive Maßnahmen schneller und effektiver umgesetzt werden können. Dabei sollte insbesondere auch die Gruppe der wohnungslosen Menschen besondere Aufmerksamkeit erfahren. Gerade Obdachlosigkeit ist häufig mit Einsamkeit vergesellschaftet.

3.) Wie nachhaltig sind die Maßnahmen bei identifizierter Einsamkeit? Welche Maßnahmen und Angebote werden im Rahmen der medizinischen Nachversorgung genutzt und welche wären noch sinnvoll?

Eine wissenschaftliche Forschung und Evaluation von Maßnahmen bei identifizierter Einsamkeit ist bislang noch kaum etabliert. Insbesondere fehlt es an kontrollierten Studien zum Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen.

Anhörung der Enquetekommission IV

Solche Untersuchungen sind methodisch aufwendig und personalintensiv, da die Datenerhebung im häuslichen Umfeld der Betroffenen erfolgen müsste, und sich erhebliche regionale Unterschiede (städtischer Raum, ländlicher Raum) in den jeweiligen Versorgungsstrukturen finden. Vergleiche von Interventionen können nur dann zu auswertbaren Datensätzen führen, wenn möglichst homogene Populationen verglichen werden. Prinzipiell denkbar wäre die Initiierung derartiger Studien durch das in Vorbereitung befindliche Deutsche Zentrum für Psychische Erkrankungen.

Wissenschaftliche Untersuchungen könnten aber auch vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschrieben werden, z.B. wenn es um Untersuchungen besonders schwer erreichbarer Personengruppen geht. Zu nennen sind hier die bereits genannten wohnungslosen Menschen. Angebote wie z.B. Ambulante psychiatrische Pflege und ambulant Betreutes Wohnen (BeWo) sind neben dem Ausbau des sozialpsychiatrischen Dienstes wichtig. Hier muss ein niederschwelliger Zugang ermöglicht werden.

Auch soziale Beratungen in der Hausarztpraxis durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sind zielführend und in der Erprobung.

Einsamkeit, Krankheit und finanzielle Nöte hängen oft zusammen.

4.) Welche Rolle spielt das Thema Einsamkeit in der Ausbildung von medizinischem Personal? Welche Maßnahmen wären sinnvoll um Personal besser vorzubereiten?

Einsamkeit ist nicht allein ein medizinischer Tatbestand, sondern ein soziales Phänomen. In Zusammenhang mit psychischen Störungen findet es sowohl im Medizinstudium, als auch in der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern durchaus Eingang.

In der ärztlichen Weiterbildung sind für alle Facharztqualifikationen bereits Kenntnisse zu den psychosomatischen Grundlagen sowie Fertigkeiten in der situationsgerechten ärztlichen Gesprächsführung etabliert. Die „Psychosomatische Grundversorgung“ wird bei einigen Facharztqualifikationen, wie z.B. insbesondere dem Facharzt für Allgemeinmedizin, gefordert.

In der Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten befasst sich ein großer Teil des Ausbildungsrahmenplans mit der Kommunikation mit den Patienten. Hier sollte in der praktischen Ausbildung noch mehr Gewicht auf die Kommunikation gelegt werden, um der Schlüsselstellung gerecht zu werden.

5.) Wie oft ist medizinisches Personal selbst von Einsamkeit betroffen? Gibt es besondere Faktoren (beispl. Schichtarbeit), die medizinisches Personal besonders anfällig für Einsamkeit machen?

Genauere Daten zur Häufigkeit von Einsamkeit bei medizinischem Fachpersonal sind nicht bekannt. Hierzu wären systematische Erhebungen auf der Grundlage von Befragungen erforderlich.

Da die Belastungen für medizinisches Fachpersonal während der COVID 19-Pandemie derzeit außerordentlich hoch sind, und die Kapazitäten für die Beantwortung von Befragungen neben der beruflichen Tätigkeit sehr begrenzt sind, erscheint eine Befragung zum aktuellen Zeitpunkt möglicherweise nicht günstig.

Anhörung der Enquetekommission IV

Um verlässliche Aussagen treffen zu können, wäre eine hohe Rücklaufquote notwendig, damit wirklich repräsentative Daten erhoben werden. Organisiert werden könnte eine Erhebung über entsprechende Berufsverbände, wie z. B. dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und dem Deutschen Berufsverband für Altenpflege e.V. (DBVA) und die Vertretung der medizinischen Fachangestellten.

Man kann nur vermuten, dass die Belastungen durch Schichtdienst, Diensten an Wochenenden und Feiertagen, unterschiedliche Arbeitszeiten der Lebenspartner, wenig Zeit für Kontaktpflege und durch die hohe psychische Belastung es zu berufsbedingten Erschöpfungszuständen kommt. Dies beeinträchtigt die Sozialkontakte. Die „Freizeit“ ist oft nicht oder nicht gemeinsam frei.

6.) Wie kann und wird den Helfenden geholfen? (Gibt es Supervisionen, oder andere Angebote?) Welche Beratungsmöglichkeiten stehen medizinischem Personal zur Verfügung, um mit möglicher Einsamkeit und sozialer Isolation umzugehen?

Supervisionskonzepte sind fester Bestandteil in verschiedenen psychiatrischen Ausbildungsstrukturen. Sie sind Gegenstand der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sie sind aber auch Gegenstand verschiedener multiprofessioneller klinischer Behandlungssettings in Form von sog. Teamsupervisionen. In wieweit solche Supervisionsangebote tatsächlich in der Bewältigung der Wahrnehmung von Einsamkeit an medizinischem Fachpersonal eine Entlastung bewirken, ist möglicherweise noch nicht systematisch untersucht worden. Die rein intuitiv wahrgenommene Sinnhaftigkeit wird in der Regel nicht hinterfragt, trotzdem ist unklar, ob Supervision das geeignete Instrument ist, um die Konfrontation mit Einsamkeit aufzufangen. Medizinisches Fachpersonal ist im Berufsalltag vielen weiteren belastenden Einflussfaktoren ausgesetzt, die der Konfrontation mit Armut, sozialer Ungerechtigkeit, Gewalterfahrungen, Unheilbarkeit von Krankheit und Tod. Unterschiedliche Berufsgruppen im Bereich der Pflege und Medizin klagen einhellig darüber, dass es nicht die inhaltlichen Anforderungen an die Arbeit sind, die als Herausforderung empfunden werden, sondern das permanente Arbeiten unter Zeitdruck. Eine wesentliche Maßnahme für die Verbesserung von Behandlungs- und Pflegeleistungen (auch für einsame Menschen) wäre, wenn mehr Zeit für die anvertrauten hilfebedürftigen Menschen zur Verfügung stünde.

Die Ärztekammer Nordrhein hat hierzu verschiedene Ausschüsse, die sich mit den Themen wie Arztgesundheit und Aus-, Weiter- und Fortbildung befassen. Die Ärztekammer befindet sich in Überlegungen, für in ihrem Beruf stark belastete oder traumatisierte Kammermitglieder einen oder mehrere Ansprechpartner zu etablieren.

Mit freundlichen Grüßen
i. A.



Prof. Dr. med. Susanne Schwalen
Geschäftsführende Ärztin