

17. Landtag NRW Enquetekommission IV „Einsamkeit‘ - Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit“ Drucksache 17/8420, am 04. Dezember 2020 zum Thema „Pfleger und Einsamkeit“

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen herzlichen Dank für die Einladung zur mündlichen Anhörung im Rahmen der Enquetekommission „Einsamkeit‘ - Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit“ zum Thema „Pfleger und Einsamkeit“.

Im Folgenden übersende ich Ihnen meine schriftliche Ausarbeitung zu den Fragen, die Sie mir im Hinblick auf das Thema übersendet haben. Voranstellen möchte ich dieser Beantwortung der Fragen, dass ich die Einberufung einer Enquetekommission, die sich mit diesem wichtigen Thema beschäftigt sehr begrüße. Gerne übermittle ich an dieser Stelle auch den Dank der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), in deren Namen ich als Mitglied des erweiterten Präsidiums diese schriftliche Ausarbeitung erstellt habe. Für die Mitwirkung an der Erstellung dieser schriftlichen Ausarbeitung möchte ich mich bedanken bei (in alphabetischer Reihenfolge): Nora Bötzel (M.A.), Bruno Hemkendreis, Stefan Rogge (M.A.) und Dorothea Sauter (M.Sc.). Darüber hinaus bedanke ich mich bei Frau Dr. Diana Staudacher von der Fachhochschule St. Gallen in der Schweiz für die freundliche Überlassung ihrer Arbeit.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. André Nienaber

Professor für Pflegewissenschaft, Schwerpunkt psychiatrische Versorgung

FH Münster- University of Applied Sciences

Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health

Leonardo-Campus 8

48149 Münster

E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

Fragen zur Anhörung „Pflege und Einsamkeit“

Allgemein

Präambel

Für die Beantwortung der folgenden Fragen zur Anhörung der Enquetekommission IV „Einsamkeit – Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit“, ist es zunächst einmal notwendig darzustellen und anzuerkennen, dass bei allen Aspekten der Auswirkungen von Einsamkeit und sozialer Isolation auch jeweils die körperlichen und psychischen Auswirkungen von COVID-19 betrachtet und berücksichtigt werden müssen. So kann sich beispielsweise für den betroffenen Menschen die Möglichkeit sich zu infizieren als massiv lebensbedrohlich darstellen, etwa weil er persönlich zu einer Risikogruppe gehört. Die durch Einsamkeit und soziale Isolation möglichen Gesundheitsgefahren stellen dann eventuell subjektiv für ihn und seine individuelle Situation das kleinere Problem da, und sie werden u.U. bewusst in Kauf genommen. Daher müssen alle im Folgenden dargestellten Aspekte beider Seiten, sowohl der Betroffenen als auch der Pflegenden, jeweils individuell und miteinander abgewogen werden.

1) Wie wirken sich Einsamkeit und soziale Isolation in der Pflege aus – was ist zu beobachten bei Patientinnen und Patienten, Beschäftigten und (pflegenden) Angehörigen?

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass der Mensch ein soziales Wesen ist und soziale Beziehungen eine notwendige Voraussetzung dafür sind, um ein zufriedenes und glückliches Leben führen zu können (Spitzer, 2016). Um darzustellen, wie sich Einsamkeit und soziale Isolation in der Pflege auswirken, ist es zunächst erforderlich, die beiden Begriffe Einsamkeit und soziale Isolation zu definieren und voneinander abzugrenzen, da es zwar einen Zusammenhang zwischen den beiden Begriffen gibt, sie aber dennoch Unterschiedliches beschreiben.

Cacioppo und Cacioppo (2018, S. 426) zufolge ist Einsamkeit „ein individuelles Erleben, in dem eine individuelle Person sich selbst als sozial isoliert erlebt, auch

wenn sie oder er mit anderen Personen zusammen ist“. Ähnlich beschreiben Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris und Stephenson (2015, S. 228) den Begriff der Einsamkeit und beziehen sich dabei auf die Definition von Peplau und Perlman (Perlman & Peplau, 1981):

Einsamkeit ist die Wahrnehmung sozialer Isolation oder die subjektive Erfahrung, einsam zu sein, und beinhaltet daher notwendigerweise eine subjektive Messung. Einsamkeit kann auch als Unzufriedenheit mit der Diskrepanz zwischen erwünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen beschrieben worden (Übers. durch den Verf.)

Spitzer (2016, S. 734; 2020) bezeichnet Einsamkeit als psychologischen Aspekt von sozialer Isolation. „Einsamkeit bezeichnet ein subjektives Erleben (man fühlt sich einsam“.

Im Gegensatz zu Einsamkeit ist soziale Isolation objektiv messbar (Spitzer, 2016). Blazer (2020) zufolge ist soziale Isolation das objektive Fehlen von sozialen Kontakten mit anderen. Holt-Lunstad et al. (2015) beschreiben als Merkmale von sozialer Isolation, dass die Betroffenen allein leben, wenige soziale Bindungen und selten soziale Kontakte haben. Bei Einsamkeit und sozialer Isolation handelt es sich demzufolge um unterschiedliche Begrifflichkeiten und es sind jeweils eigenständige Konstrukte. Allerdings können sich Menschen, die nicht sozial isoliert sind, trotzdem einsam fühlen und Menschen, die sozial isoliert sind, können sich trotzdem nicht einsam fühlen (Spitzer, 2018, S. 24).

Wenn es sich bei Einsamkeit den unterschiedlichen Definitionen zufolge um ein individuelles und subjektives Erleben handelt, kann es sich für die Betroffenen auch ganz unterschiedlich und individuell auswirken.

„Entdecke ich jetzt draußen auf den Feldern in der Ferne einen anderen Hundebesitzer, so ändere ich meinen Kurs in seine Richtung, denn ein kleines Gespräch, egal wie bedeutungslos, lässt meinen bohrenden Einsamkeitsschmerz augenblicklich verschwinden, als wäre er nie dagewesen“ (Bärtels, 2020, S. 22).

Diese persönliche Aussage aus einem Artikel des Magazins der Süddeutschen Zeitung beschreibt nachvollziehbar, dass sich Einsamkeit schmerzhaft auf Menschen

auswirken kann. In diesem Fall auf eine Person, die nicht Patientin oder auf Hilfeleistung und/oder Unterstützung angewiesen ist, sondern die mitten im Leben steht.

Menschen, die durch eine Erkrankung oder eine Behinderung in ihrem Leben eingeschränkt und auf Unterstützung angewiesen sind, verfügen möglicherweise über weniger eigene Möglichkeiten, selbst „ihren Kurs oder ihre Richtung zu ändern und so selbst etwas gegen das Erleben von Einsamkeit zu unternehmen. Sie sind dafür u. U. auf Hilfe und Unterstützung angewiesen. Allerdings kann es sein, dass einsame und pflegebedürftige Menschen zu Hause mit ihrem Gefühl von Einsamkeit nicht wahrgenommen werden.

Mit Blick auf die Frage nach den Auswirkungen von Einsamkeit lässt sich festhalten, dass Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko für eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheiten einhergeht (Spitzer, 2016; Spitzer, 2018). Dieses Risiko reicht vom „einfachen“ Schnupfen über Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall bis hin zu Krebs oder seelischen Erkrankungen reicht und verdeutlicht die umfassenden Auswirkungen von Einsamkeit auf die Betroffenen. Etwas populärer ausgedrückt, lässt sich in Anlehnung an Spitzer (2020, S. 97) festhalten, dass „Einsamkeit erstens schmerzhaft, zweitens ansteckend und drittens tödlich“ ist.

1. Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten

Einsamkeit und soziale Isolation können sich subjektiv ganz unterschiedlich auf die individuellen und einzigartigen Patientinnen und Patienten auswirken. Untersuchungen zu Einsamkeit und sozialer Isolation beschreiben sowohl Auswirkungen auf die Psyche als auch auf die Physis bis hin zu einem höheren Risiko zu versterben bzw. frühzeitig zu versterben (Blazer, 2020; Bolmsjö, Tengland & Rämgård, 2019; Cudjoe et al., 2020; Heinrich & Gullone, 2006; Holt-Lunstad, 2017; Holt-Lunstad & Smith, 2016; Holt-Lunstad et al., 2015; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Lee et al., 2020; Spitzer, 2016; Spitzer, 2018).

Die wohl eindrucksvollsten Ergebnisse zu den Auswirkungen von sozialen Beziehungen auf die Gesundheit zeigen die im Jahr 2010 in einer Meta-Analyse veröffentlichten zusammengefassten Daten aus 148 Studien mit insgesamt

mehr als 300.000 Probanden von Holt-Lunstad et al. (2010). Die Autoren konnten zeigen, dass Personen mit guten Sozialkontakten ein um 50% höhere Überlebenswahrscheinlichkeit aufwiesen im Vergleich zu Personen mit wenigen oder unzureichenden Sozialkontakten. Dieser Effekt zeigte sich unabhängig von Alter, Geschlecht oder z. B. der Todesursache und erwies sich auch im Vergleich zum Rauchen oder zu Alkohol am einflussreichsten. Im Jahr 2015 wurde von einem Team um die gleiche Autorin eine neue Meta-Analyse zur Fragestellung von Einsamkeit und sozialer Isolation als Risikofaktor für Sterblichkeit veröffentlicht. In ihr wurden Daten von Ergebnissen aus 70 Studien der Jahre 1980 bis 2014 zusammengefasst (Holt-Lunstad et al., 2015). Die Ergebnisse der ausgewerteten Studien mit insgesamt mehr als 3 Millionen Teilnehmenden bestätigten die der ersten Arbeit und zeigten eindrucksvoll, dass soziale Isolation und Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko für Mortalität verbunden sind und damit vergleichbar mit anderen bereits anerkannten Risikofaktoren wie körperlicher Bewegung, Adipositas oder z. B. Drogenmissbrauch (Holt-Lunstad et al., 2015). Vor diesem Hintergrund fordern die Autoren, dass soziale Isolation und Einsamkeit mehr Aufmerksamkeit im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge erfahren müssen und ziehen Parallelen zu der Entwicklung des Themas Adipositas in der Gesundheitsversorgung ein paar Jahre zuvor, wobei das Risiko für eine erhöhte Sterblichkeit aufgrund von Einsamkeit den Studienergebnissen zufolge höher ist.

Staudacher (2018, S. 17) zufolge beschreiben Menschen Einsamkeit als „dunklen Raum“ und als „Gefängnis, zu dem niemand mehr durchdringt“ [...]. Der tragende Bezug zur Welt und zum Du ist verloren gegangen. Dadurch fehlt den Betroffenen „jeglicher Halt“. Sie haben, kein Sicherheitsnetz mehr“.

Auch in Gegenwart anderer Personen haben die Betroffenen nicht das Gefühl, als Persönlichkeit erkannt, verstanden, beachtet oder gehört zu werden.

Staudacher (2018) zitiert Tejada et al., die Einsamkeit als sozialen Schmerz beschreiben, der durch fehlende mitmenschliche Empathie entsteht.

Einsamkeit wird als ein „körperlicher Ausnahmezustand durch anhaltende Stressbelastung“ beschrieben. Zu den körperlichen Symptomen gehören Cacioppo, Cacioppo und Cole (2015, zitiert nach ; Staudacher, 2018, S. 18) zufolge:

- Hypervigilanz, d. h. eine hochgradige und gespannte Aufmerksamkeit in Bezug auf potenzielle Gefahren und Bedrohungen der Außenwelt
- Die Tendenz, Wahrnehmungsreize als negativ und besorgniserregend einzuschätzen
- Höhere Mengen des Stresshormons Cortisol
- Verstärkte Vasokonstriktion und erhöhter systolischer Blutdruck
- Vermehrte entzündungsfördernde Proteine und entsprechend gesteigerte Entzündungsprozesse (was auf Dauer negative gesundheitliche Folgen wie Herzerkrankungen, Diabetes oder neurodegenerative Erkrankungen nach sich ziehen kann)
- Erhöhte Mortalität (Holt-Lunstad et al., 2015; Holt-Lunstad et al., 2010)

Die S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ (Halek & Holle, 2020) verweist unter Bezugnahme auf die WHO auf das Risiko von negativen gesundheitlichen Folgen bis hin zu einer erhöhten Sterblichkeit aufgrund von Maßnahmen der körperlichen und sozialen Distanzierung im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Darüber hinaus stellt Einsamkeit auch ein Risiko für Viktimisierung dar. Einsame (pflegebedürftige) Menschen werden weitaus häufiger Opfer von Vernachlässigung oder Gewalt (Jungnitz, Neise, Brucker, Kimmel & Zank, 2017).

Neben diesen körperlichen Symptomen werden auch psychische Folgen beschrieben. So kann Einsamkeit auf Dauer die Bewältigungskraft der Betroffenen übersteigen und sich seelisch traumatisierend auswirken (Staudacher, 2018). Die Autorin bezieht sich dabei auf Arbeiten von Kelemi et al. und Van Orden et al. und beschreibt eine Verbindung von „Einsamkeit, Depression, unerfüllte psychische Bedürfnisse und suizidale Gedanken“ (Staudacher, 2018, S. 19).

Eine aktuelle Längsschnitt-Untersuchung über einen Zeitraum von 12 Jahren mit Menschen im Alter von 50 Jahren und älter in Großbritannien von Lee et al. (2020) weist z. B. eine direkte Verbindung zwischen Einsamkeit und depressiven Symptomen nach. Den Ergebnissen zufolge geht eine Erhöhung der Einsamkeit um einen Punkt mit einer Erhöhung der depressiven Symptome um

0,16 Punkte einher. Weiterhin zeigt sich in den Ergebnissen, dass Teilnehmende mit einem höheren Einsamkeits-Wert „im Durchschnitt älter, weiblich, unverheiratet und arbeitslos waren“ (Lee et al., 2020, S. 5). Auch hatten diese Personen einen im Vergleich niedrigeren Bildungsstatus und ein niedrigeres Wohlstandsniveau. Die Gruppe mit hohen Einsamkeitswerten wies „mehr physische Erkrankungen, Bewegungseinschränkungen und Schmerz sowie schwere depressive Symptome, weniger soziale Unterstützung, kleinere soziale Netzwerke und weniger soziale Kontakte auf“ (Lee et al., 2020, S. 5)

2. Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen

Einsamkeit von Pflegebedürftigen ist in aller Regel mit Leiden verbunden und daher auch für die Angehörigen belastend – und zugleich eine besondere Herausforderung. Einsame Personen adressieren Beziehungswünsche zuerst an die Angehörigen. Diese stellen ihr „primäres soziales Umfeld“ dar. Dieses kann Druck und Gefühle von Verpflichtung auslösen. Oftmals stehen die Angehörigen Selbst- oder Fremdvorwürfen gegenüber. Wie bereits beschrieben, kann Einsamkeit auch trotz vorhandener und bestehender Kontakt- und Beziehungsangebote von den zu pflegenden Personen erlebt werden. Dieses kann zu Ohnmachtsgefühlen bei den pflegenden Angehörigen führen. Andererseits kann ein umfassender Pflegebedarf auch zu Isolation, und damit verbunden, dem Erleben von Einsamkeit der pflegenden Angehörigen führen, weil z. B. bisherige soziale Aktivitäten nicht aufrechterhalten werden (können) oder im sozialen Umfeld das Verständnis und die Akzeptanz für die Übernahme der Pflegeaufgaben fehlen.

Pflegende Angehörige selbst berichten ganz unterschiedliche Gefühle. Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen benennen Gefühle wie Angst, Ohnmacht, Verlassenheit, Einsamkeit und Schuldgefühle (Gruber, 1997; Stark & Stark, 1997). Im Buch „Freispruch der Familie“ von Dörner beschreibt es eine Angehörige wie folgt (Gruber, 1997, S. 21):

„Mit Niemandem kann man über seine Bedrückung sprechen, oft nicht einmal mit seiner nächsten Umgebung, weil diese vielleicht auf den Kranken zu ängstlich reagiert oder an einem selbst nur Kritik ausüben würde.“

Aber auch Fachpersonen berichten über Gefühle von Isolation bei den pflegenden Angehörigen und bestehende psychische und physische Belastungen durch die Pflege ihrer kranken Angehörigen (Herold, 1997; Koenning, 1997). Programme, um diesen Belastungen zu begegnen, bestehen z. B. auch darin, den Angehörigen als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen, die ein offenes Ohr für Sorgen und Probleme haben oder den gegenseitigen Austausch fördern.

3. Auswirkungen auf die Beschäftigten

Einsamkeit ist auch für die Beschäftigten ein Thema. Eine aktuelle Untersuchung des Deutschen Instituts der Wirtschaft zeigt, dass in der Zeit der COVID-19 Pandemie das Erleben von Einsamkeit über alle Bevölkerungsgruppen deutlich angestiegen ist (Entringer et al., 2020). Andere Untersuchungen zeigen, dass gerade Beschäftigte in den Gesundheitsberufen in Zeiten einer Pandemie ein höheres Risiko für Burnout und psychische Symptome wie Depression oder Angst aufweisen (Weibelzahl, Reiter & Duden, 2020).

Eine Befragung von über 2.000 Pflegefachpersonen aus unterschiedlichen Fachbereichen zum persönlichen Erleben der Corona-Pandemie zeigt, dass die Situation bei den Beschäftigten verstärkt Stress, Ängste, Schlafstörungen oder Symptome einer Depression hervorruft (Rheindorf, Blöcker, Himmel & Trost, 2020). Das Erleben von Stress kann wiederum selbst zu weiteren gesundheitlichen Einschränkungen für die Beschäftigten führen, wie eine aktuelle Untersuchung aus der Schweiz zeigt (Peter, Hahn, Schols & Halfens, 2020a; Peter, Schols, Halfens & Hahn, 2020b).

2) Welche Risikofaktoren begünstigen die Erfahrung von Einsamkeit und sozialer Isolation? Welche Schutzfaktoren gibt es?

Es gibt unterschiedliche Faktoren, die das Gefühl von Einsamkeit beeinflussen oder als Risikofaktoren oder Prädiktoren beschrieben werden. Bücken, Lembcke und Hinz (2019) unterscheiden fünf Bereiche, die in der Literatur beschrieben werden. Diese sind:

1. Soziodemographische Faktoren
2. Physische Gesundheit
3. Mentale und kognitive Gesundheit
4. Soziale Faktoren
5. Sonstige Faktoren

Zu den soziodemographischen Faktoren gehören Geschlecht, Alter, Familienstand und Wohnsituation sowie der sozioökonomische Status. Zur physischen Gesundheit gehören die subjektive und die objektive Gesundheit sowie körperliche Beeinträchtigungen und funktioneller Status. Insgesamt identifizieren die Autoren vier Kategorien als Prädiktoren für Einsamkeit. Diese sind (Bücken et al., 2019):

1. Demographische Variablen
2. Gesundheitsvariablen
3. Variablen des sozialen Umfelds
4. Siedlungsstrukturelle Merkmale

Zusammenfassend zeigen sich die Prädiktoren Anzahl der Freunde, Anzahl der Besuche durch Freunde und Nachbarn, die subjektiv beurteilte Gesundheit und der Beziehungsstatus als signifikante Einflussfaktoren auf die erlebte Einsamkeit (Bücken et al., 2019; Werner, 2020). Als Schutzfaktoren von Einsamkeit werden demzufolge „ein höherer sozioökonomischer Status, mehr soziale Kontakte, ein breiteres soziales Netzwerk, eine eher aufgeschlossene und emotional ausgeglichene Persönlichkeit sowie einer bessere physische und psychische Gesundheit“ (Bücken et al., 2019, S. 31) beschrieben.

Als weitere mögliche Ursachen für die Entstehung von Einsamkeit im Alter beschreibt Werner (2020, S. 28) noch Kinderlosigkeit und „Entberuflichung“.

3) Welche Unterschiede ergeben sich für die Einsamkeit von Pflegebedürftigen bei einer Pflege zu Hause gegenüber einer Pflege in einer Einrichtung?

Die Frage ist in dieser Form leider nicht zu beantworten. Wie oben beschrieben ist Einsamkeit ein individuelles und subjektives Erleben, dass sowohl bei pflegebedürftigen Personen zu Hause als auch bei pflegebedürftigen Personen in einer Einrichtung auftreten kann. Ein Ort oder die alleinige Anwesenheit von Personen wie z. B. in einer Einrichtung, d. h. ein grundsätzliches Vorhandensein von Möglichkeiten für soziale Kontakten ist kein Garant dafür, dass es weniger Einsamkeit gibt. Ganz im Gegenteil. Pinquart und Sorensen (2001) beschreiben in ihrer Untersuchung, dass das Leben in einem Pflegeheim mit Einsamkeit in Verbindung steht. Grundsätzlich lässt sich aber sagen, dass der Umzug in ein Pflegeheim für ältere Menschen einen wichtigen Schritt in ihrem Leben darstellt. Es ist gleichfalls ein Transitionsprozess (Welzer, 1993), der für die Betroffenen mit Gefühlen von Unsicherheit, Verlust, Ängsten oder auch Depression verbunden sein kann. Auch wünschen sich viele ältere Menschen diesen Umzug in eine Einrichtung nicht, „weil sie dann viel Vertrautes zurücklassen, die Wohnung, das Umfeld, soziale Kontakte usw.“ (Werner, 2020, S. 28). Auch Einschränkungen in der Autonomie der Betroffenen können mit dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung verbunden sein (z. B. im Hinblick auf den Zeitpunkt des Aufstehens, der Beschäftigung mit individuellen Hobbies etc.) (Werner, 2020).

Vermutlich sind die Möglichkeiten für das Erkennen von Einsamkeit in einer Einrichtung mit entsprechend geschultem und kompetentem Personal, das für das Thema sensibilisiert ist, größer als in der eigenen Wohnung, in der der u. U. vollkommen allein ist und möglicherweise über Wochen und Monate nicht von jemandem gesehen wird. Auch könnte Einsamkeit durch kompetente und geschulte Mitarbeitende besser adressiert werden und es könnten Möglichkeiten der Prävention und der Verbesserung des Einsamkeitserlebens geschaffen werden. Blazer (2020) zufolge haben nahezu alle älteren Personen Kontakt zum Gesundheitssystem. Daher verfügen ihm zufolge in klinischen Bereichen des Gesundheitswesens tätige Personen aus den Gesundheitsfachberufen über gute Voraussetzungen, ältere Menschen mit einem hohen Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation frühzeitig zu erkennen.

Anzuerkennen ist, dass die Einrichtungen sich der Bedeutung des Themas bewusst sind und soziale Angebote in unterschiedlicher Form und Intensität schaffen und anbieten. Auch die Mitarbeitenden sind sich der Bedeutung von Beziehungsgestaltung bewusst und versuchen mit den Menschen in Kontakt zu kommen oder Kontakte unter den Personen oder zu Angehörigen zu fördern. Anzuerkennen ist aber auch, dass es sicherlich weiterer Ressourcen auch im Hinblick auf die personelle Besetzung bedarf und weiterhin einer aktiven Auseinandersetzung mit diesem Thema, um zu einer Verbesserung des Erlebens von Einsamkeit und den damit einhergehenden gesundheitlichen Folgen vorzubeugen. Vor diesem Hintergrund sollte die Frage eher lauten, ob Einrichtungen über ausgewiesene Konzepte zum Thema Einsamkeit verfügen und ob sie Mitarbeitende z. B. als „Einsamkeitsbeauftragte“ benannt haben, da es erwiesen ist, dass gerade sie es mit einer für Einsamkeit sehr vulnerablen Gruppe zu tun haben und Einsamkeit mit erheblichen gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen und damit indirekt auch für die Mitarbeitenden verbunden ist.

4) **Wie äußert sich Einsamkeit bei den Bewohnerinnen und Bewohnern und Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen? Gibt es Frühsignale und welche sind das? Wie ist die Rolle von ambulanten Pflegekräften bei der Früherkennung und Bewältigung von Einsamkeit und sozialer Isolation?**

In den Pflegeklassifikationen (NANDA, POP) ist Einsamkeit eine Pflegediagnose. Die Erfassung einer vorliegenden Einsamkeit sowie des Risikos der Einsamkeit gehören zum pflegediagnostischen Prozess. Ebenso wie die Erfassung von eingeschränkter Kommunikation. Darüber hinaus sind offene Fragen wie z. B. nach Bezugspersonen oder sozialen Netzwerken von Bedeutung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Thema Einsamkeit seitens der Betroffenen auch mit Scham besetzt sein kann und aus diesem Grund negiert wird. Daher braucht es bei den Beschäftigten entsprechende Kompetenzen i. S. v. Empathie und „Caring“ für die Erfassung. Millius, Pfister und Grünenfelder (2020) beschreiben dafür mögliche Reflexionsfragen speziell für pflegerische Institutionen. Diese Reflexionsfragen lauten:

- Welche Aufmerksamkeit und welchen Stellenwert hat das Phänomen Einsamkeit bei unserer Pflege und Betreuung?
- Was könnten Hinweise und Risikofaktoren für Einsamkeit sein?

- Wie können wir der hohen subjektiven Komponente von Einsamkeit bei der Erfassung, Zielsetzung und Interventionswahl gerecht werden?
- Welche Maßnahmen könnten wir beim Einzug in ein Alterszentrum /Pflegeheim vorsorglich treffen, um der Einsamkeit entgegenzuwirken?

Werner (2020) zufolge sollten Pflegende zunächst Bewohner identifizieren, bei denen ein entsprechendes Risiko besteht und z. B. anhand von Biografiearbeit in der Lebensgeschichte oder in Gesprächen mit den Betroffenen und Angehörigen nach möglichen Ursachen suchen. Grundlage hierfür sind eine vertrauensvolle Beziehung zu der pflegebedürftigen Person, Geduld und vor allem Zeit. Als Maßnahmen beschreibt sie z. B. Patenschaften, Unterhaltungsprogramme (z. B. Kino- oder Tanzabende), Kontakte zu Kindern oder Kooperationen, Kontakte zu Tieren (wie z. B. Hundebesuchsdienste oder auch das Halten von z. B. Hühnern), Mahlzeitengestaltung, Übertragung von Aufgaben und Verantwortung (z. B. für die Versorgung der Tiere oder des Gartens) oder die Nutzung von Computer und Internet (Werner, 2020).

Eine gute Beschreibung der Rolle und Bedeutung von ambulanten Pflegefachpersonen in der Bewältigung von Einsamkeit beschreibt Staudacher (2018). Sie bezeichnet die Pflegenden als „die Brücke zur Welt“ für Menschen, die sich einsam oder sozial isoliert fühlen“ (Staudacher, 2018, S. 20). Diese Aussage ist sicherlich auf alle Pflegefachpersonen in den unterschiedlichen Settings zu übertragen. Als eine gute Möglichkeit der Unterstützung von einsamen und sozial isolierten Menschen stellt sie das Konzept der „Nursing Presence“ vor, dessen Ziel es ist, „einen ‚gemeinsamen Raum des Miteinanderteilens‘ zu gestalten“ (Staudacher, 2018, S. 20). Elemente der pflegerischen Präsenz sind:

- Körperliches Mitsein (Augenkontakt, respektvolle Nähe, taktvolle Berührung, feinfühliges Abstimmen von Mimik und Gestik auf das Empfinden des Klienten)
- Emotionales Mitsein (für die Klienten emotional erreichbar sein und ihre Konfrontationen mit Ängsten, Sorgen, Befürchtungen mitzutragen)
- Existenzielle Sicherheit (körperliche Anwesenheit und emotionales Anteilnehmen)

- Anerkennung der Einzigartigkeit (durch das Mitsein fühlt sich der Klient in seiner Einzigartigkeit als fühlender und leidender Mensch verstanden und anerkannt)

Diese Darstellung der Elemente einer pflegerischen Präsenz erinnern an das Konzept des „Dabeisein“ aus der Soteria (Mosher & Hendrix, 1994) und macht deutlich, dass diese z. B. in der sehr stark verrichtungsorientierten ambulanten Pflege bisher, wenn überhaupt, nur unzureichend berücksichtigt sind. In diesem Punkt besteht ein erheblicher Verbesserungsbedarf, um das Erleben von Einsamkeit in der pflegerischen Versorgung zu reduzieren. Darüber hinaus gehört es zu den pflegerischen Aufgaben, kommunikative Probleme der Betroffenen anzugehen und die Folgen von Sinnesbeeinträchtigungen zu mindern und Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und präventiv zu handeln. Pflegefachpersonen können sehr gut zwischen Angehörigen und Betroffenen vermitteln, wenn z. B. Beziehungen schwierig sind und den Beziehungsaufbau unterstützen. Darüber hinaus sollten sie und weitere Akteure unterschiedliche, vielfältige und abwechslungsreiche und zu den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Personen passende soziale Aktivitäten anbieten. Eine schöne Möglichkeit wird z. B. in dem Projekt „Wir tanzen wieder“ beschrieben (Kleinstück, 2013).

5) Welche Bedeutung hat der Besuch z. B. von Familien und des Freundeskreises für Menschen in Pflegesituationen? Wie ließe sich der Besuch quantitativ und qualitativ verbessern?

Der Besuch von Familie oder Freunden hat eine ganz wesentliche Bedeutung für Menschen in Pflegesituationen. Wie oben beschrieben sind wir Menschen soziale Wesen und angewiesen auf Beziehungen und Kontakt zu anderen Menschen. Untersuchungen zeigen, dass unser Körper in sozialer Isolation mit hochgradiger Anspannung reagiert (Staudacher, 2020). Das Erleben von Einsamkeit verursacht bei den Betroffenen Stress und der Besuch von wichtigen Bezugspersonen kann sich positiv auf dieses Erleben von Stress auswirken. Sehr schön wird das am Beispiel der Social Baseline Theorie beschrieben (Staudacher, 2020). Diese Theorie geht davon aus, dass Menschen mehr Energie aufwenden, wenn sie allein sind und dass soziales Zusammensein bzw. das eingebettet Sein in ein soziales Umfeld den

Organismus entlastet und dass der Körper in der Gemeinschaft weniger Energie verbraucht. Durch das Erleben von sozialer Nähe kann eine Form der Entlastung für die Betroffenen entstehen, weil die Gemeinschaft Rückhalt verleiht, bestätigt, tröstet und beruhigt (Staudacher, 2020).

Verbesserungsmöglichkeiten liegen darin, dass Rahmenbedingungen so flexibel gestaltet sind, dass auf die individuelle Situation und Bedürfnisse der Beteiligten soweit irgend möglich eingegangen werden kann. Das stellt für viele Einrichtungen eine große Herausforderung vor allem im Hinblick auf die personelle Besetzung dar. Wichtig ist, dass das Thema als ein wichtiges Thema erkannt und anerkannt wird und das zur Bearbeitung entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden (z. B. in Form eines oben beschriebenen „Einsamkeits-Beauftragten“ oder auch in der Erstellung eines jährlichen „Anti-Einsamkeits-Berichts“ im Rahmen der Qualitätskontrolle).

Damit einhergehend geht es um eine pro-aktive Gestaltung der Angehörigenarbeit und der Unterstützung von Angehörigen. Möglichkeiten liegen auch in der Öffnung der Einrichtung nach außen, z. B. durch die Integration eines Cafés oder eines Restaurants, das auch für Gäste offen ist und so Möglichkeiten der Begegnung schafft. Dieses unterstützen zusätzlich soziale Events wie z. B. Konzerte, Feiern oder Feste. Darüber hinaus könnte man Laienhelfer engagieren oder auch Kontakt zu Schulen etablieren. Viele dieser Möglichkeiten werden meines Wissens bereits heute mit viel Kreativität und Engagement umgesetzt. Daher sollten diese Bemühungen honoriert und weiter gefördert werden.

6) Die Beschränkungen insbesondere in der Anfangszeit der Corona-Pandemie haben auch die Pflegeeinrichtungen betroffen: Welche Auswirkungen hatte diese Periode auf die Einsamkeit bei Pflegebedürftigen? Gab es Versuche gegenzusteuern und wie sahen diese aus?

Die Beschränkungen haben das Erleben von Einsamkeit erheblich verstärkt und damit auch Stress sowie das psychische und physische Wohlbefinden. Vor allem die mit den Beschränkungen verbundene Ungewissheit im Hinblick auf die Beendigung sowie die fehlende Einflussmöglichkeit und nicht absehbare Aussicht auf „Rückkehr zur Normalität“ haben zur Verschlechterung der Situation beigetragen.

Versuche des Gegensteuerns lagen z. B. in der Nutzung von Videotelefonie mittels Plattformen wie Skype oder Zoom, um mit den Angehörigen sprechen und diese auch sehen zu können. Allerdings waren hierfür nicht alle Einrichtungen ausgestattet. Dabei stellten die Nutzung digitaler Medien eine Aufrechterhaltung des Kontaktes sicher, wie auch in anderen Zusammenhängen beschrieben (Scheidt-Nave et al., 2020). Darüber hinaus muss die Nutzung begleitet werden, was entsprechende personelle Ressourcen erfordert, die z. T. nicht zur Verfügung standen.

7) Welche Rolle spielen die psychischen Aspekte von Pflege und insbesondere das Thema Einsamkeit in der Ausbildung von Pflegekräften?

Psychische Aspekte von Pflege und insbesondere das Thema Einsamkeit erfahren in der Ausbildung von Pflegefachpersonen nach wie vor eine viel zu geringe Aufmerksamkeit. Dabei sind, wie beschrieben, Pflegefachpersonen in einer sehr guten Position, um Personen mit dem Risiko für Einsamkeit frühzeitig zu erkennen und insbesondere eine Sensibilisierung für das Thema Einsamkeit stellt eine wichtige Möglichkeit, um überhaupt präventiv tätig werden zu können.

Ähnlich verhält es sich mit den psychischen Aspekten von Pflege. Auch dieses ist ein wichtiges Thema, das in der Ausbildung mehr Raum einnehmen sollte. Darüber hinaus sind beide Themen unmittelbar auch mit den Themen der Selbstreflexionsfähigkeit und Selbsterfahrung verbunden. Beide Themen sind unverzichtbare Elemente, sowohl in der pflegerischen Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch in der Arbeit mit Menschen mit somatischen Erkrankungen (Wabnitz, 2019). Leider finden auch diese Inhalte in der Ausbildung in der bisherigen Form eine zu geringe Beachtung. Dabei sind die Pflegefachpersonen diejenigen, die sehr viel Zeit mit den Patient_innen verbringen und ihnen von allen Berufsgruppe aufgrund der besonderen Bedingungen in der Pflege z. B. in der Unterstützung bei der Körperpflege auch am nächsten sind. Insgesamt sollten beide Themen eine größere Berücksichtigung und Aufmerksamkeit in der Ausbildung einnehmen.

Zusammenfassend zeigt sich für Deutschland im Vergleich zur internationalen Entwicklung zum einen, dass der „deutsche Sonderweg“ in der Pflege an seine Grenzen stößt und dass es dringend einer größeren Anstrengung im Hinblick auf die

Förderung der Pflegewissenschaft und die Generierung von pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und des Eingangs dieser in die pflegerische und Versorgungs-Praxis bedarf (z. B. durch eine stärkere Verortung der Pflegewissenschaft auch an den Universitäten und nicht nur an den Fachhochschulen, durch die Erweiterung der Forschungsförderung speziell für den Bereich der Pflegewissenschaft und durch die Formulierung von entsprechenden Anforderungen an die Praxis). Von der Erreichung der vom Wissenschaftsrat (2012) bereits vor acht Jahren geforderten 10 bis 20% akademisierter Personen in den Gesundheitsfachberufen aufgrund der zunehmenden Komplexität der Anforderungen in Verbindung mit der demographischen Entwicklung sind wir nach wie vor Jahre entfernt. Zum anderen wird das Fehlen berufsständischer Organisationen (Landespflegekammern, Bundespflegekammer) deutlich, die sich, vergleichbar mit den Ärzten oder Psychotherapeuten, auch für die Inhalte von Aus-, Fort- und Weiterbildung verantwortlich zeichnen und dafür Sorge tragen, dass so bedeutende und wichtige Themen wie z. B. Einsamkeit Eingang in die Curricula von Aus-, Fort- und Weiterbildung finden.

8) Wie gehen Pflegende mit der eigenen psychischen Belastung um?

Diese Frage ist leicht missverständlich und weist auf ein grundsätzliches Dilemma im Hinblick auf das Thema und das Verständnis des Themas auf. Wer ist hier mit dem Begriff „Pfleger“ gemeint? Sind hier die pflegenden Angehörigen gemeint oder sollen die Pflegefachpersonen in den Blick genommen werden?

9) Wie wirken sich der Fachkräftemangel und die Lohn- und Arbeitsbedingungen auf Einsamkeit in der Pflege sowohl bei Pflegenden als auch bei Pflegebedürftigen aus?

Untersuchungen, die sich explizit mit dem Thema Einsamkeit bei Pflegefachpersonen beschäftigen, sind mir nicht bekannt. Ebenso sind mir keine Untersuchungen bekannt, die sich speziell mit dem Thema Einsamkeit von Bankkaufleuten, Verwaltungsmitarbeitenden oder Hochschullehrern beschäftigen.

Im Hinblick auf die Auswirkungen von Lohn- und Arbeitsbedingungen auf Pflegefachpersonen zeigt die oben bereits angesprochene Untersuchung aus der

Schweiz die Auswirkungen von Stress auf die Pflegenden und Möglichkeiten des Umgangs (Peter et al., 2020a; Peter et al., 2020b). Den Ergebnissen zufolge sind im Hinblick auf die Verbesserung der „work-private life balance“ wohl vor allem die Führungspersonen gefragt, entsprechende gesundheitsförderliche Bedingungen zu schaffen und Strategien und Maßnahmen zu entwickeln und diese den Mitarbeitenden zugänglich zu machen.

Angehts des in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern niedrigen Verhältnisses von Pflegefachpersonen zu Patienten (nurse-to-patient-ratio) stellt das sicherlich eine große Herausforderung dar (Simon & Mehmecke, 2017; Zander, Dobler, Bäumlner & Busse, 2014). Es wäre wünschenswert, wenn sich eine entsprechende Enquete-Kommission eigens mit dem Thema der professionellen Pflege in Deutschland und den Lohn- und Arbeitsbedingungen beschäftigen würde. Der bestehende und zukünftige Bedarf an Pflegefachpersonen in Deutschland wird gerade an unterschiedlichen Stellen, auch in der Politik, (wieder) in den Blick genommen. Damit einher gehen Fragen zur Fachkräftegewinnung, zur Ausbildung, zur Akademisierung, zur Verantwortungsübernahme durch Pflegefachpersonen usw. Diese Liste ließe sich beliebig erweitern. Die bisherigen Maßnahmen sind nicht ausreichend und werden das Problem nicht lösen.

10) Wie lässt sich die Situation von 24h-Pflegekräften bezogen auf Risiken der Einsamkeit und der sozialen Isolation verbessern? Welche Risiken ergeben sich hierbei insbesondere für ausländische Pflegekräfte?

In der Literatur werden diese 24h-Pflegekräfte auch als „Live-ins“ (Edmunds, 2016) bezeichnet. Eine gute Darstellung der Situation dieser „Live-ins“ hat die Redakteurin und Reporterin Ingeborg Haffert gegeben. Sie hat die Situation von diesen „24h-Pflegekräften“ in ihrem Buch „Eine Polin für Oma“ sehr bildlich und anschaulich beschrieben. Haffert (2014) beschreibt unter anderem, dass diese „Pflegekräfte“ berichten, „dass sich in all den Jahren, die sie in Deutschland als Pflegekraft arbeitet, noch nie jemand danach erkundigt hat, wie es mir geht“ (Haffert, 2014, S. 11). Beispielhaft stellt Sie im Kapitel „Im Leben der Anderen – Was polnische Pflegekräfte in deutschen Haushalten erleben“ die emotionale Belastung und auch die Einsamkeit der Pflegenden dar. Dazu zählt auch, dass die Beziehungen zu den

eigenen Eltern durch die Arbeit im Ausland massiv beeinträchtigt werden und nicht, wie es Tradition ist, von ihnen gepflegt werden. Nicht nur die Pflegekräfte sind einsam, sondern auch deren Eltern oder Kinder. In erschreckender Weise berichtet Haffert (2014, S. 91) über die Situation der „Pflegekräfte“:

„Hier rufen Frauen an, die erzählen, dass sie in den Familien, in denen sie arbeiten nicht genug zu essen bekommen, dass sie im Keller in einem fensterlosen Raum schlafen...“

Auch Einsamkeit ist ein Thema (Haffert, 2014, S. 94):

„Bei den Gesprächen treffe ich auf Frauen, die noch nie über ihre Situation gesprochen haben und die alles, was sie bewegt und besorgt, mit sich selbst ausmachen. Sie weinen nächtelang und führen einsame Selbstgespräche.“

Haffert berichtet, dass etwa 20% der Pflegekräfte Männer sind. Diese sind zusätzlich einer besonderen Situation ausgesetzt, da bei ihnen die Sorge besteht, aufgrund ihrer Tätigkeit, im Gegensatz zu den Handwerkern, in ihrer Heimat als „Versager“ zu gelten. Haffert berichtet aus den Gesprächen, dass der Leidensdruck der „Pflegekräfte“ sehr hoch ist. Sie verweist auf die Ergebnisse der Untersuchung zu ausländischen Pflegekräften in Privathaushalten der Hans Böckler Stiftung (Emunds & Schacher, 2012), in der davon berichtet wird, dass der „Lebensalltag der Arbeitnehmerinnen außerhalb der Pflegearbeit fast vollständig“ verschwindet und dass aufgrund der sehr wenigen sozialen Kontakte ein starkes Bedürfnis entsteht, „die bestehenden Sozialkontakte innerhalb des Pflegesettings so positiv wie irgend möglich zu gestalten“ (Haffert, 2014, S. 100). Besonders in der Versorgung von Menschen mit Demenz erleben die „Pflegekräfte Momente tiefster Einsamkeit und Traurigkeit“ und „dass sie sich alleingelassen fühlen mit der Fürsorge“ (Haffert, 2014, S. 106).

11) Welche Maßnahmen gibt es, um der Einsamkeit in unterschiedlichen Lebenssituationen entgegen zu wirken? Welche weiteren Möglichkeiten wären darüber hinaus denkbar und woran scheitern diese?

Wichtig erscheint im Hinblick auf diese Frage zunächst der kritische Kommentar von McLennan und Ulijaszek (2018) in der Zeitschrift Lancet, dass Einsamkeit nicht medikalisiert werden sollte. D. h., dass Einsamkeit kein rein medizinisches Problem

ist, sondern eine gesellschaftliche und damit soziale Angelegenheit. Einsamkeit ist eine eine „kritische Herausforderung für die öffentliche Gesundheit“ (Blazer, 2020, E2).

Ein großes Manko muss der Mangel an evidence-based Interventionen beschrieben werden (Blazer, 2020). Untersuchungen haben gezeigt, dass Interventionen wie Training sozialer Kompetenz (SKT) und soziale Unterstützung und sozialer Kontakt allein nicht hilfreich sind (Masi, Chen, Hawkey & Cacioppo, 2011). Wichtig sind demgegenüber umfassendere und breitere Ansätze auf einer gesellschaftlichen Ebene. Auch sollten im Sinne der Prävention wichtige Schutzfaktoren gestärkt werden. Millius et al. (2020) beschreiben drei zentrale Schutzfaktoren:

1. Beziehungsnetzwerk
2. Positive Situationsdeutung (Entwicklung von Sinn)
3. Selbstwirksamkeit

Daneben sind eine „aufmerksame und einfühlsame Beobachtung auf negative Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit und eine behutsame und empathische Reaktion auf die Situation“ (Millius et al., 2020, S. 21) von besonderer Bedeutung, um Einsamkeit zu erkennen.

Auch der Ausbau von telemedizinischen Versorgungsangeboten scheint insgesamt hilfreich zu sein (Scheidt-Nave et al., 2020). Allerdings zeigen sich auch hier Grenzen, wie Scheidt-Nave et al. (2020, S. 21) beschreiben:

„In der Zusammenschau dieser Ergebnisse wird deutlich, dass erheblicher Forschungsbedarf sowohl zu den Ursachen als auch zu den Folgen von Veränderungen des Versorgungsgeschehens für chronisch kranke Menschen in Deutschland besteht.“

Darüber hinaus werden auch neuere und moderne Maßnahmen wie z. B. soziale Roboter (z.B. „Alice“, unter: <https://www.youtube.com/watch?v=rSOALj29F-s>) eingesetzt. Insgesamt scheinen Möglichkeiten der technischen Assistenz wie z. B. der Einsatz von Tablets zur Videotelefonie geeignet zu sein, um Kontakte zu fördern (Nienaber, 2017). Bei einem Besuch in den Niederlanden konnte ich mich selbst von dem Nutzen dieser Möglichkeit in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit langfristigem Krankheitsverlauf überzeugen. Hier führten die den Klient_innen zur Verfügung gestellten Geräte dazu, dass

z. T. wieder Kontakte zu den Angehörigen oder auch zu anderen Personen geknüpft werden konnten (Nienaber & Eckhardt, 2014). Allerdings weist dieser Bereich noch einen erheblichen Forschungsbedarf auf. Der Einsatz dieser Maßnahmen muss gründlich auch im Hinblick auf eine mögliche schädliche Wirkungen begleitet werden (Blazer, 2020).

Hochaltrige

12) Hochaltrige Menschen sind eine Hauptrisikogruppe für Einsamkeit, gleichzeitig bedürfen sie besonders oft der Pflege: Was sind die besonderen Herausforderungen in der Pflege Hochaltriger mit Blick auf den Aufbau und Erhalt von Beziehungen und individueller Freizeitgestaltung o.ä.?

Hochaltrige Menschen sind sehr häufig fragile Personen und in vielfältiger Weise angewiesen. Sie brauchen nicht nur Hilfe und Unterstützung bei der Teilhabe, sondern bei allen möglichen Lebensaktivitäten. Wenn notwendige Hilfe fehlt, fühlen sich die Menschen verlassen. Wenn notwendige Hilfe da ist, kann diese mit Aufmerksamkeit und Empathie geleistet werden. Emotionale Nähe, sorgende Angehörige oder auch die engagierte und empathische Haltung von qualifizierten Fachpersonen sind sehr wichtig. Es ist letztendlich von der individuellen Person selbst und ihren Bedürfnissen abhängig, was in der Situation notwendig oder richtig ist und gebraucht wird. Wie beschrieben kommt es beim Thema Einsamkeit nicht auf die Menge der Beziehungen und die Menge/Frequenz der Kontakte an, um diese zu lindern. Wichtig sind die Qualität und die Verlässlichkeit in der Beziehung. Eine Person kann ausreichen, um Einsamkeit zu "verhindern" oder das Erleben zu verbessern. Vor diesem Hintergrund liegen die besonderen Herausforderungen auch in der Förderung von und Unterstützung bei der Teilhabe (z. B. durch ein umfassendes Verständnis i. S. v. Geragogik) (Ding-Greiner & Kruse, 2009; Kruse & Ding-Greiner, 2003).

Ein Review zu der Frage von Interventionen, die hilfreich sind, um Einsamkeit und soziale Isolation bei älteren Menschen zu adressieren von Poscia et al. (2018) konnte insgesamt 20 Studien einschließen. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Gruppen- als auch Einzelinterventionen hilfreich sein können, um Einsamkeit und

soziale Isolation zu verbessern. Allerdings bestehen Einschränkungen im Hinblick auf die Qualität der eingeschlossenen Studien, was zu einer Einschränkung der Aussagefähigkeit und zur Generalisierbarkeit der Ergebnisse führt. Den Autoren zufolge sind es vor allem Programme, die mehrere Strategien verfolgen und Aspekte der sozialen Unterstützung einbeziehen, die sich als erfolgversprechend erweisen, wie z. B. ein Programm, das auf der sozialkognitiven Lerntheorie basiert. Auch Interventionen mit Einsatz moderner Technologien, wie z. B. Unterstützung in der Nutzung von Computern, zeigten sich als wirkungsvoll. Zusammenfassend beschreiben die Autoren die Nutzung moderner Technologien als „vielversprechendes Werkzeug“ (Poscia et al., 2018, S. 143), um Einsamkeit und soziale Isolation zu begegnen.

Menschen mit Behinderung

13) Menschen mit Behinderung bedürfen oft schon ab dem jungen Alter der Pflege. Zugleich können sie gerade im jugendlichen Alter, wo der Kontakt mit Gleichaltrigen besonders wichtig ist, an dem Sozialleben der Gleichaltrigen nur sehr eingeschränkt partizipieren. Welche Besonderheiten ergeben sich dadurch für die Pflege von Menschen mit Behinderung, insbesondere im jugendlichen Alter?

Diese Fragestellung ist meiner Meinung nach etwas Pauschalisierend und zumindest ansatzweise stigmatisierend. Menschen mit Behinderung bedürfen vor allem der Unterstützung im Bereich der Teilhabe, wie es auch in der von Deutschland im Jahr 2009 ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) beschrieben ist. Es geht in erster Linie um die Ermöglichung und die Förderung von Teilhabe und Partizipation für Menschen mit Behinderung. Das ist zunächst einmal eine gesellschaftliche Aufgabe. Das Deutschland insgesamt im Hinblick auf diese Aufgabe der Förderung von Inklusion und Teilhabe noch nicht sehr gut aufgestellt ist zeigt auch das Interview mit dem Behindertenbeauftragten des Bundes in der Süddeutschen Zeitung vom 17.11.2020, in dem er „zahlreiche Hürden“ (Rattenhuber, 2020, S. 5) z. B. im Hinblick auf die Integration von Menschen mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt oder auch durch gesonderte Schulformen, die nicht zur Förderung von Inklusion beitragen beklagt. Hier scheint also vor allem ein Struktur- und weniger ein reines Versorgungsproblem zu bestehen. D. h. dass

der Blick zunächst auf die Rahmenbedingungen geworfen werden sollte und Maßnahmen von politischer Seite getroffen werden sollten, um Inklusion überhaupt erst zu ermöglichen, bevor über etwaige Besonderheiten für die Pflege nachgedacht werden sollte.

Die in der Stellungnahme zur (stationären) kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der COVID-19 Pandemie in Deutschland (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2020) beschriebenen generellen Prinzipien der Behandlung lassen sich auch für die Beantwortung der Frage anwenden. Dazu gehören z. B. der enge Einbezug von Bezugspersonen in die Behandlung sowie Eltern- und Bezugspersonen-zentrierte Maßnahmen, um die Unterstützung bedürfnisorientiert und in Bezug auf die direkte Lebensumwelt des Kindes oder des Jugendlichen zu gestalten. Ähnlich wird es auch in der Stellungnahme des Zentrums für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) an der Universität Bielefeld „Sozial vulnerable Kinder und Jugendliche müssen in das Zentrum der Aufmerksamkeit rücken“ (ZPI, 2020) beschrieben. In dieser Stellungnahme wird gefordert, dass bei Kindern und Jugendlichen, die über weniger Ressourcen verfügen, und dazu zählen auch Kinder und Jugendliche mit einer Behinderung, eine ressourcenorientierte Perspektive „auf die Lebensbedingungen, das Wohnumfeld, die finanzielle Ausstattung des Haushalts oder die sozialen Netzwerke“ eingenommen werden muss. Eine Untersuchung des Fraunhofer Instituts für Angewandte Informationstechnik und des Inclusion Technology Lab (Kugelmeier & Scholze-Krahn, 2020) konnte zeigen, dass insbesondere Familien mit beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen sehr unter den Folgen des Lockdown zu leiden hatten, da wichtige Maßnahmen wie z. B. Physiotherapie oder Ergotherapie oder auch die Teilhabe durch Maßnahmen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung ersatzlos weggefallen sind. Dies führte sowohl bei den beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen als auch bei den Eltern zu schwierigen Situationen in der häuslichen Versorgung und zu Stress. So ist es nicht verwunderlich, dass die Befragten angaben, dass eine Unterstützung in der Betreuung und Pflege der Kinder und Jugendlichen oder wenigstens im Haushalt wichtig wäre, um den vielfältigen Aufgaben gerecht zu werden oder / und auch, um Therapieerfolge nicht zu gefährden.

Menschen mit psychischen Erkrankungen

Besonders für Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen soziale Isolation und das Erleben von Einsamkeit ein großes Problem dar (Newlin, Webber, Morris & Howarth, 2015; Spitzer, 2016). Oftmals haben Menschen mit psychischen Erkrankungen ein eher (zu) kleines soziales Netzwerk und / oder wenig Sozialkontakte. Das hängt auch damit zusammen, dass psychische Erkrankungen bzw. Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft immer noch stigmatisiert werden (Angermeyer, Matschinger, Carta & Schomerus, 2014; Angermeyer, Van Der Auwera, Carta & Schomerus, 2017). Auch die Berichte in den Medien trage zu dieser Stigmatisierung bei, indem psychische Erkrankung häufig in Verbindung gebracht wird mit Gefahr und Gewalttätigkeit, dabei sind Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger selbst Opfer von Gewalt als Täter (Steinert & Traub, 2016). Es gibt einige Studien, die den Nutzen von Interventionen zur Verbesserung des Erlebens von Einsamkeit von Menschen mit der Diagnose einer psychischen Erkrankung untersucht haben. Insgesamt sind die Ergebnisse aber alles andere als zufriedenstellend und überzeugend und es besteht weiterer Forschungsbedarf in diesem Bereich (Ma et al., 2020; Newlin et al., 2015; Webber & Fendt-Newlin, 2017).

Newlin et al. (2015) konnten insgesamt 16 Artikel in ihre Übersichtsarbeit zur Förderung von sozialer Teilhabe einschließen. Sie beschreiben 14 Interventionen sowohl auf individueller als auch auf Gruppen-Ebene und konnten für einige positive Ergebnisse im Hinblick auf das Ziel berichten. Dazu gehören Maßnahmen, die einen ressourcen-basierten Ansatz verfolgen, Maßnahmen zur Förderung bzw. Entwicklung sozialer Fähigkeiten, Zielvereinbarung und Unterstützung durch Personen mit eigener Erfahrung einer psychischen Erkrankung (Peer-Support). Die Interventionen wurden von unterschiedlichen Berufsgruppen, u. a. Sozialarbeiter und Pflegefachpersonen, angeboten. Insgesamt zeigten sich Maßnahmen zur Förderung sozialer Beziehungen und gemeinschaftlichen Einbeziehung als hilfreich im Hinblick auf die Förderung von Gesundheit. Besonders bei der Maßnahme Zielvereinbarung bestätigt sich die Bedeutung und Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung zwischen den Teilnehmenden und den Durchführenden, die sowohl zu einer Verbesserung des Verantwortungsgefühls und der Selbstwirksamkeit als auch zu mehr

Einbeziehung in die Entscheidungsfindung im Hinblick auf ihre Versorgung bei den Teilnehmenden beiträgt.

In einer weiteren Übersichtsarbeit haben Webber und Fendt-Newlin (2017) 19 Interventionen aus insgesamt 14 Ländern zur Förderung von sozialer Teilhabe im Rahmen identifiziert. Auch hier erfolgen die Interventionen sowohl auf individueller als auch auf Gruppen-Ebene. Die Interventionen setzen an unterschiedlichen Punkten an. So finden sich vielfältige Maßnahmen in unterschiedlichen Versorgungskontexten und Settings, wie z. B. auf der Ebene der Gemeinde, mit Einsatz von Personen mit eigener Erfahrung psychischer Erkrankung (Peer-Support) oder auch Maßnahmen zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung. Einzelne Maßnahmen werden auch von Freiwilligen bzw. Laien angeboten. Leider ist die Evidence zu den beschriebenen Interventionen eher schwach. In der Diskussion weisen die Autoren darauf hin, dass es im Hinblick auf die gelingende Unterstützung eine wichtig Voraussetzung darstellt, eine starke Verbindung zu örtlichen und gemeindenahen Netzwerken und Aktivitäten zu haben (Webber & Fendt-Newlin, 2017).

Auch eine aktuelle Übersichtsarbeit aus Großbritannien zu Interventionen gegen Einsamkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen (Ma et al., 2020) bestätigt die Ergebnisse von Webber und Fendt-Newlin, dass es bisher keine gute Evidence für die untersuchten Interventionen gibt und deshalb Empfehlungen sehr kritisch betrachtet werden müssen. Insgesamt konnten 30 Studien in die systematische Übersichtsarbeit eingeschlossen werden. In den betrachteten Studien wurden unterschiedlicher Maßnahmen sowohl auf einer individuellen als auch auf einer Gruppenbasis auf ihre Wirksamkeit im Hinblick auf soziale Isolation oder Einsamkeit hin überprüft. Die Interventionen zur Reduzierung von Einsamkeit oder sozialer Isolation waren unterschiedlich wie z. B. Förderung von kognitiven Veränderungen, Training sozialer Fertigkeiten oder Psychoedukation, unterstützte Kontakte, kommunikative Ansätze oder eine Verbindung von unterschiedlichen Ansätzen. In der Diskussion der Arbeit weisen die Autoren darauf hin, dass die Interventionen insgesamt sehr unterschiedlich sind und die Qualität der Studien z. T. sehr niedrig ist. Gruppenbasierte Interventionen können den Ergebnissen zufolge eine Möglichkeit darstellen, um soziale Kontakte und soziale Fähigkeiten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern. Allerdings zeigte z. B. eine als gut bewertete Untersuchung aus den Niederlanden mit Peer-Support-Gruppen, d. h. Gruppen mit Personen mit eigenen Erfahrungen einer psychischen Erkrankung, dass zwar die

sozialen Kontakte gefördert werden konnten, aber keine Verbesserung in dem Erleben von Einsamkeit erreicht werden konnte. Auch s. g. Online-Interventionen wie z. B. Online-Unterstützungsgruppen oder Chat-Räume können, wie andere Übersichtsarbeiten zeigen konnten, eine Möglichkeit darstellen, um soziale Unterstützung zu bieten. Allerdings konnten die Autoren in den nur vier in ihre Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien keinen positiven Effekt aufzeigen und digitale Interventionen sind ihren Ausführungen zufolge bisher nur unzureichend im Rahmen von randomisierten, kontrollierten Studien untersucht worden. Daneben gibt es Untersuchungen, die die Idee verfolgen, das Erleben von Einsamkeit als primäres Behandlungsziel z. B. für Menschen mit der Diagnose Psychose anzusehen und dass zukünftige Untersuchungen auf die Entwicklung und Untersuchung neuer Interventionen ausgerichtet sein müssen. Einen anderen Ansatz stellt die „Freunde-Intervention“ dar. In ihr werden Freunde in die Behandlung einbezogen mit dem Ziel, die Beziehungen zu festigen oder bestehende Beziehungen zu erneuern. Diese Interventionen fokussieren auf dem sozialen Netzwerk der individuellen Personen und haben das Potenzial, die Qualität der bestehenden sozialen Beziehungen zu verbessern. Darüber hinaus geht es um die Förderung sozialer Kontakte innerhalb von Gruppen, Gemeinschaften oder in der Nachbarschaft. Auch diese Formen scheinen hilfreich zu sein, um Möglichkeiten für soziale Kontakte für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen und damit ihr Gefühl der Zugehörigkeit und das Selbstvertrauen zu verbessern.

14) Woran kann man einsame Menschen in stationärer und ambulanter Behandlung erkennen und welche Maßnahmen könnten von dort aus eingeleitet werden, um den Betroffenen zu helfen?

Einsamkeit ist, wie beschrieben, das subjektive Erleben von individuellen Personen, d. h. die ganz subjektive Erfahrung einer Person. Darüber hinaus geht Einsamkeit mit einem erheblichen Risiko für gesundheitliche Folgen für den davon betroffenen Personen einher. Auf der anderen Seite wissen wir sehr gut, dass soziale Integration und soziale Unterstützung sowohl die Gesundheit als auch die Widerstandskräfte stärken und verbessern können (Spitzer, 2020). Im Hinblick auf die aktuelle COVID-19 Pandemie beschreibt Spitzer (2020, S. 125) sogar einen „Teufelskreis der Epidemie“, in dem soziale Isolation zum Erleben von Einsamkeit und

damit zu Stress führen kann. Dieser Stress wiederum kann zu einer reduzierten Immunität und damit in der Folge zu einer Infektion führen. Diese Infektion kann dann erneut zu sozialer Isolation beitragen.

Vor diesem Hintergrund ist es mit Blick auf das Erkennen von Einsamkeit wichtig, Pflegefachpersonen für das Thema zu sensibilisieren, um ein Risiko für Einsamkeit oder Einsamkeit frühzeitig zu erkennen. Hierfür braucht es neben den entsprechend fachlichen, methodischen, sozialen und personalen Kompetenzen der Mitarbeitenden entsprechende Rahmenbedingungen und Ressourcen wie z. B. Zeit und einen entsprechenden Raum, um eine vertrauensvolle Beziehung zu der Person herstellen zu können. Wie beschrieben, kann das Thema Einsamkeit für die Betroffenen auch mit Scham besetzt sein. Darüber hinaus muss das Thema sowohl im Pflegeprozess als auch in der Hilfeplanung mit dem Ziel einer personenzentrierten und auf die Bedürfnisse der Person ausgerichtete Versorgung berücksichtigt werden. Um Einsamkeit im Alltag zu begegnen haben sich Konzepte wie z. B. der Nursing Presence als hilfreich erwiesen (Baart & Vosman, 2011; Kuis, Goossensen, van Dijke & Baart, 2015).

Literatur

- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Carta, M. G. & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6), 390-395.
- Angermeyer, M. C., Van Der Auwera, S., Carta, M. G. & Schomerus, G. (2017). Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. *World Psychiatry*, 16(1), 50-61.
- Baart, A. & Vosman, F. (2011). Relationship based care and recognition. Part one: sketching good care from the theory of presence and five entries. In C. Leget, C. Gastmans & M. Verkerk (Hrsg.), *Care, Compassion and Recognition: An ethical Discussion* (S. 183-200). Leuven: Peeters.
- Bärtels, G. (2020). Sonst ist da niemand. *Süddeutsche Zeitung Magazin*, 18-22.
- Blazer, D. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults—A Mental Health/Public Health Challenge. *JAMA Psychiatry*.
- Bolmsjö, I., Tengland, P.-A. & Rämgård, M. (2019). Existential loneliness: An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon. *Nursing ethics*, 26(5), 1310-1325.
- Bücker, S., Lembcke, H. & Hinz, M. (2019). *Prädiktoren von Einsamkeit und sozialer Isolation im hohen Alter*. Verfügbar unter: http://www.pml.psy.rub.de/mam/content/abschlussbericht_einsamkeit_im_hohen_alter_onlineversion.pdf [Zugriff: 12.11.2020].
- Cacioppo, J. T. & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391(10119), 426.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitano, J. P. & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual review of psychology*, 66, 733-767.
- Cudjoe, T. K., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M. & Thorpe Jr, R. J. (2020). The epidemiology of social isolation: National health and aging trends study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(1), 107-113.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, P. u. P. (2020). *(Stationäre) kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der COVID-19 Pandemie in Deutschland*. Verfügbar unter: <https://www.dgkjp.de/versorgung-in-zeiten-der-pandemie/> [Zugriff: 12.11.2020].
- Ding-Greiner, C. & Kruse, A. (2009). *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter: Beiträge aus der Praxis*: Kohlhammer Verlag.
- Edmunds, B. (2016). *Damit es Oma gutgeht: Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden*: Westend Verlag.
- Emunds, B. & Schacher, U. (2012). *Ausländische Pflegekräfte in Privathaushalten*. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf_fof/97198.pdf [Zugriff: 12.11.2020].
- Entringer, T. M., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J. et al. (2020). *Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil*: SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research.
- Gruber, A. (1997). Einsamkeit und Schuldgefühle. In K. Dörner, A. Egetmeyer & K. Koenning (Hrsg.), *Freispruch der Familie* (Bd. 2. Aufl. der Neuausg. von 1995, S. 19-23). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Haffert, I. (2014). *Eine Polin für Oma - Der Pflege-Notstand in unseren Familien* (Bd. 2. Auflage). Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH.
- Halek, M. & Holle, D. (2020). *S1 Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie*. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001I_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf [Zugriff: 13.11.2020].
- Heinrich, L. M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, 26(6), 695-718.
- Herold, E. (1997). Ein Seminar gegen die Isolation. In K. Dörner, A. Egetmeyer & K. Koenning (Hrsg.), *Freispruch der Familie* (Bd. 2. Aufl. der Neuausg. von 1995, S. 178-184). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Holt-Lunstad, J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127-130.
- Holt-Lunstad, J. & Smith, T. B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry: BMJ Publishing Group Ltd and British Cardiovascular Society.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on psychological science*, 10(2), 227-237.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316.
- Jungnitz, L., Neise, M., Brucker, U., Kimmel, A. & Zank, S. (2017). *Abschlussbericht: Projekt Gewaltfreie Pflege Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung*. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Gewaltfreie_Pflege/090418_Abschlussbericht_Projekt_GfP_Final.pdf [Zugriff: 14.11.2020].
- Kleinstück, S. (Hrsg.). (2013). „Wir tanzen wieder“ – *Tanzen für Menschen mit und ohne Demenz in Tanzschulen*. Bern: Verlag Berner Fachhochschule.
- Koenning, K. (1997). Zur Lebenssituation der Familie psychisch Kranker. In K. Dörner, A. Egetmeyer & K. Koenning (Hrsg.), *Freispruch der Familie* (Bd. 2. Aufl. der Neuausg. von 1995, S. 24-45). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kruse, A. & Ding-Greiner, C. (2003). Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbstständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36(6), 463-474.
- Kugelmeier, D. & Scholze-Krahn, R. (2020). *Schulöffnungen: Ein Tropfen auf den heißen Stein. So liden beeinträchtigte Kinder und ihre Eltern unter der Corona-Krise*. Verfügbar unter: https://www.fit.fraunhofer.de/content/dam/fit/de/documents/2020-06-03_Corona-Umfrage-Fraunhofer-Tech-Inc-Lab.pdf [Zugriff: 12.11.2020].
- Kuis, E. E., Goossensen, A., van Dijke, J. & Baart, A. J. (2015). Self-report questionnaire for measuring presence: development and initial validation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), 173-182.
- Lee, S. L., Pearce, E., Ajnakina, O., Johnson, S., Lewis, G., Mann, F. et al. (2020). The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*.

- Ma, R., Mann, F., Wang, J., Lloyd-Evans, B., Terhune, J., Al-Shihabi, A. et al. (2020). The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(7), 839-876.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- McLennan, A. K. & Ulijaszek, S. J. (2018). Beware the medicalisation of loneliness. *The Lancet*, 391(10129), 1480.
- Millius, S., Pfister, L. & Grünenfelder, A. (2020). Einsamkeit im Alter als subjektives Leid - Wie erkennen, vorbeugen und lindern? . *NOVAcura*, 51(9), 19-23.
- Mosher, L. R. & Hendrix, V. (1994). *Dabeisein - Das Manual zur Praxis der Soteria* (C.-H. Coester, Trans.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Newlin, M., Webber, M., Morris, D. & Howarth, S. (2015). Social participation interventions for adults with mental health problems: a review and narrative synthesis. *Social work research*, 39(3), 167-180.
- Nienaber, A. (2017). Versorgungskonzepte und technische Assistenz. In T. Hagemann (Hrsg.), *Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz* (S. 173-185). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Nienaber, A. & Eckhardt, J. (2014). Flexible psychiatrische Versorgung in Holland. *PPH*, 20(05), 278-281.
- Perlman, D. & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3, 31-56.
- Peter, K. A., Hahn, S., Schols, J. M. & Halfens, R. J. (2020a). Work-related stress among health professionals in Swiss acute care and rehabilitation hospitals—a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Peter, K. A., Schols, J. M., Halfens, R. J. & Hahn, S. (2020b). Investigating work-related stress among health professionals at different hierarchical levels: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 7(4), 969-979.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and applied social psychology*, 23(4), 245-266.
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U. et al. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental gerontology*, 102, 133-144.
- Rattenhuber, E. (2020, 17.11.2020). „Jetzt macht euch mal locker!“ - Inklusion in Europa: Der Behindertenbeauftragte des Bundes fordert mehr Mut. *Süddeutsche Zeitung*, p. 5.
- Rheindorf, J., Blöcker, J., Himmel, C. & Trost, A. (2020). Wie erleben Pflegefachpersonen die Corona-Pandemie? *Pflegezeitschrift*, 73(8), 50-53.
- Scheidt-Nave, C., Barnes, B., Beyer, A.-K., Busch, M. A., Hapke, U., Heidemann, C. et al. (2020). Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring*, 5(S10), 2-28.
- Simon, M. & Mehmecke, S. (2017). *Nurse-to-Patient Ratios: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. Working paper Forschungsförderung.
- Spitzer, M. (2016). Einsamkeit—erblich, ansteckend, tödlich. *Nervenheilkunde*, 35(11), 734-741.

- Spitzer, M. (2018). *Einsamkeit - Die unerkannte Krankheit*. München: Droemer.
- Spitzer, M. (2020). *Pandemie - Was die Krise mit uns macht und was wir aus ihr machen* (Bd. 3. Auflage). München: mvgverlag.
- Stark, I. & Stark, K. H. (1997). Ohnmacht und Angst. In K. Dörner, A. Egetmeyer & K. Koenning (Hrsg.), *Freispruch der Familie* (Bd. 2. Aufl. der Neuausg. von 1995, S. 13-18). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Staudacher, D. (2018). Vom Leben abgeschnitten. *NOVAcura*, 49(5), 17-20.
- Staudacher, D. (2020). Die verlorene „haltende“ Umwelt - Einsamkeit aus der Perspektive der „Social Baseline Theory“. *NOVAcura*, 51(9), 13-17.
- Steinert, T. & Traub, H.-J. (2016). Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(1), 98-104.
- Wabnitz, P. (2019). Practice what you preach! Selbsterfahrung und Selbstreflexion in der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Pflege*, 4(4), 9-12.
- Webber, M. & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 369-380.
- Weibelzahl, S., Reiter, J. & Duden, G. (2020). Pandemic-Induced Depression and Anxiety in Healthcare Professionals. *PsyArXiv, Preprint*.
- Welzer, H. (1993). Transitionen. *Zur Psychologie biographischer Wandlungsprozesse*. Tübingen: edition discord.
- Werner, S. (2020). „Nicht allein und trotzdem einsam...“ - Warum sich ältere Menschen im Pflegeheim einsam fühlen können *NOVAcura*, 51(9), 27-30.
- Wissenschaftsrat, D. (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. *Deutscher Wissenschaftsrat, Berlin*.
- Zander, B., Dobler, L., Bäuml, M. & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern—Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Das Gesundheitswesen*, 76(11), 727-734.
- ZPI, Z. f. P. u. I. i. K.-u. J. (2020). *Sozial vulnerable Kinder und Jugendliche müssen in das Zentrum der Aufmerksamkeit rücken*. Verfügbar unter: https://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/izgk/downloads/Stellungnahme_ZPI.pdf [Zugriff: 12.11.2020].