

An den

Präsidenten des Landtags Nordrhein-Westfalen

Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

- per E-Mail -

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

**STELLUNGNAHME
17/3319**

A43

Stellungnahme

zur 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 „Pflege und Einsamkeit“

Düsseldorf, 23.11.2020

Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e.V.

Fürstenwall 132, 40217 Düsseldorf

Telefon: 0211 38412 – 51 oder 44

Telefax: 0211 38412 – 54

Kontakt: nordrhein-westfalen@vdk.de

Der Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e. V. (VdK NRW) bedankt sich an dieser Stelle für die Möglichkeit der Stellungnahme und für die Einladung zur Anhörung am 04. Dezember 2020. Wir möchten erneut explizit darauf hinweisen, dass der VdK NRW kein Träger von Pflegeeinrichtungen oder ambulanten Diensten ist, sondern in diesem Kontext vor allem die Interessen von Pflegebedürftigen, deren An- und Zugehörigen, von Menschen mit Behinderungen sowie die Interessen von Pflegenden im Allgemeinen vertritt.

Vorwort

„Der Mensch ist ein soziales Wesen. Er braucht den Kontakt und den Austausch mit anderen Menschen“ (Alfred Adler, 1870-1937). Verfolgt man aktuelle Trenddebatten und neuere internationale Studien rund um die Themen soziale Isolation und Einsamkeit, hat dieses Zitat nichts an Aktualität verloren. Im Gegenteil, wir scheinen in einer Zeit der zunehmenden Vereinsamung zu leben, die sich durch die Corona-Pandemie noch verschärft hat. Ärzte*innen und Wissenschaftler*innen beschäftigen sich verstärkt mit dem Problem der Einsamkeit und sozialen Isolation, vor allem mit deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Fühlt sich ein Mensch ausgegrenzt, leidet er darunter, was weitreichende psychische und physische Folgen haben kann.

Dabei ist zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit zu unterscheiden. Von sozialer Isolation spricht man, wenn Menschen nur geringe bis keine Kontakte zu ihrem familiären oder ihrem sozialen Umfeld haben. Dies kann freiwillig erfolgen, wenn sich Menschen selbstbestimmt zurückziehen und bewusst keinen Kontakt zu anderen haben möchten. Einsamkeit ist auf die Gesellschaft zurückzuführen und stellt eine nicht freiwillig gewählte Form der sozialen Isolation dar. Diese Art der Isolation ist oft auf exogene Umstände wie den Umzug in eine Pflegeeinrichtung oder den Tod des Lebenspartners zurückzuführen. Vom Schicksal der Verwitwung und von Einsamkeit, sozialer Isolation und auch monetären Problemen sind überwiegend Frauen betroffen. Einsamkeit und soziale Isolation müssen voneinander unterschieden werden, denn wer aus eigenem Willen heraus allein lebt, muss sich nicht automatisch einsam fühlen, sondern kann es auch genießen für sich zu sein. Andersherum kann man sich auch in einer Gruppe von Menschen einsam fühlen. Wie Einsamkeit letztlich erlebt wird, hängt in hohem Maße von den charakterlichen Eigenschaften und Lebenserfahrungen des Einzelnen ab. Einsamkeit kann jeden Menschen unabhängig vom Lebensalter treffen.

Der VdK NRW fokussiert sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen auf Ältere, Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sowie Menschen mit Behinderung. Im Alter wird – wie in anderen Lebensphasen auch – eine Vielzahl von Lebensformen praktiziert: Ältere Menschen leben in ehelichen oder in nichtehelichen heterosexuellen oder gleichgeschlechtlichen Partnerschaften, gemeinsam mit Verwandten, (gewählter- oder gezwungenermaßen) allein, in Wohngemeinschaften, in betreuten Wohnformen oder in Pflegeeinrichtungen. Auch das Alter unterliegt einer Pluralisierung von Lebensformen und Lebensstilen. Ältere, Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen sind keine homogenen Gruppen. Einsamkeit ist inzwischen aber eine ernstzunehmende Erscheinung, die besonders häufig Senioren*innen und Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige betrifft. Gefährdet sind aber u.a. auch alleinerziehende Erwerbstätige, chronisch Kranke und Menschen mit Behinderung, Arbeitslose oder Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

Veränderte Familien- und Gesellschaftsstrukturen, wie die Pluralisierung von Lebensformen, die demografische Entwicklung, die sich verschärfende Altersarmut, die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen sowie der digitale Wandel erfordern dringend neue gesellschaftliche Handlungskonzepte, um Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Daher gilt es, Quartiere zu fördern und Quartiersentwicklung fortzuentwickeln. Soziale Ungleichheit, soziale Isolation und Einsamkeit können in einem funktionierenden Quartier durch unterstützende Strukturen, Sozialgefüge und Gemeinschaft überwunden werden.

Wichtige Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe ist geeigneter Wohnraum. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Anzahl von pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren ist eine wichtige Erfolgsvoraussetzung für menschenwürdige Pflege und Selbstbestimmung ein senioren- und behindertengerechter Wohnungsmarkt. Dazu benötigen wir barrierefreie Wohnungen, die eine ambulante Pflege zu Hause und somit auch den Verbleib im Quartier ermöglichen sowie eine gute soziale Infrastruktur vor Ort. Der Verbleib in bestehenden sozialen Netzwerken und der bekannten Umgebung spielt eine große Rolle gerade bei älteren Menschen. Kommunen können hier "gute Nachbarschaften" und innovative Wohnformen unterstützen. Dabei gehen wir von einem inklusiven Ansatz aus, der auf die Bedürfnisse von Älteren, Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und/oder Zuwanderungsgeschichte sowie auch Familien ausgerichtet sein sollte. Es wird eine wichtige Aufgabe sein, wirksame Konzepte und monetäre Hilfen bereitzustellen, um Menschen eine ausreichende Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und Einsamkeit und sozialer Isolation vorzubeugen.

II. Bezugnahme auf den Fragenkatalog der Enquetekommission IV

Allgemein

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

Für Menschen allgemein und im speziellen in der Pflege ist Einsamkeit sowohl eine bedrohliche als auch eine belastende Erfahrung, dabei kann sie genauso schmerzhaft sein wie eine körperliche Erkrankung. Einsamkeit wirkt sich extrem negativ auf die Lebensqualität aus und bringt oft gesundheitliche Folgen mit sich. Das Gefühl der Einsamkeit führt, wenn wir uns ihr ausgeliefert fühlen, auf der körperlichen Ebene zu Stress und stellt deshalb einen wesentlichen Risikofaktor für körperliche (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Schlaganfall) und psychische Erkrankungen (bspw. Depressionen, Angststörungen, Schlafstörungen) dar. Studien belegen überdies, dass die Mortalität bei einsamen Menschen höher ist. Einsamkeit und soziale Isolation als Krankheitsursache wird leider noch viel zu selten erkannt. In diesem Kontext benötigen wir dringend valide Daten und mehr Studien zur Korrelation zwischen Einsamkeit, sozialer Isolation und Krankheitsfolgen. Weiterhin müssen wir das Bewusstsein aller Akteure des Pflege- und Gesundheitssystem dementsprechend schärfen und sensibilisieren. Das gilt sowohl für den ambulanten als auch den stationären Sektor. Tod aufgrund von Einsamkeit und sozialer Isolation – gerade im Alter – dürfen wir in unserer Gesellschaft nicht hinnehmen.

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

Studien¹ zeigen eine Vielzahl von Risikofaktoren auf, durch die ein Mensch in Einsamkeit und soziale Isolation geraten kann. Dabei muss unterschieden werden, ob jemand durch äußere Umstände verschuldet in die soziale Isolation gerät oder sich selbst dazu entscheidet, zurückgezogen leben zu wollen. Häufig sind es gesundheitliche Risikofaktoren, die dann mit negativen Wechselwirkungen mit Einsamkeit und sozialer Isolation einhergehen können. Meist gibt es nicht die eine Ursache, warum sich ein Mensch einsam fühlt. Vielmehr sind es verschiedene Faktoren, welche Einsamkeit in unserem Leben begünstigen. Äußere und innere Risikofaktoren können sich auch gegenseitig bedingen, abschwächen oder verstärken. Vereinsamung und soziale Isolation haben zudem vielfach ökonomische Ursachen.

Äußere Risiken:

- der Verlust einer Bezugsperson (Tod/Scheidung)
- Familienkonflikte
- Umzug in eine Pflegeeinrichtung/Krankenhausaufenthalt
- Niedriger Bildungsstatus
- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Übergang in Rente/Pension
- Wohnumfeld (z.B. mangelnde Barrierefreiheit)
- mangelnde Kommunale Daseinsvorsorge

Innere Risiken:

- beeinträchtigte Mobilität; Angst vor Stürzen
- Unfähigkeit, die Wohnung zu verlassen
- extreme Fettleibigkeit
- Inkontinenz
- veränderte Sinneswahrnehmung (Beeinträchtigung des Sehens, Hörens und Tastens)
- Kommunikationsbarrieren (z. B. Sprachstörung)
- psychiatrischen Erkrankungen (insbesondere Depressionen, Schizophrenien, soziale Phobien oder Zwangsstörungen)
- Demenz
- beeinträchtigte Realitätswahrnehmung
- Wechsel in einen anderen Kulturkreis (unbekannte Sprache, Religion)
- Missbrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten
- beeinträchtigtes Körperbild (Hautveränderungen, Operationsnarben, Stomata, ...)

¹ Vgl. zum Beispiel: **Stefan, H.; Allmer, F.; Eberl, J.; Hansmann, R.** (2009). POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik – Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen. Wien/New York: Springer.

Einsamkeit und sozialer Isolation vorzubeugen, ist aus Sicht des VdK NRW eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Zunächst müssen Einsamkeit und soziale Isolation gesellschaftlich und öffentlich enttabuisiert und offensiv in das Bewusstsein der Menschen gerückt werden. Insbesondere sollte bei allen im Gesundheits- und Pflegesystem Tätigen die Wahrnehmung geschärft werden. Ein sensiblerer Umgang, erweiterter Blickwinkel und Perspektivenwechsel können erste wichtige Schritte sein. Weiterhin ist es notwendig, z.B. psychotherapeutische Angebote für Menschen zu ermöglichen, bei denen Einsamkeit bereits Spuren hinterlassen hat und die durch eigene Energie oder Zuwendung aus dem Umfeld, wenn noch vorhanden, nicht zu heilen sind. Präventionsangebote in diesem Bereich sind äußerst selten und fehlen flächendeckend. Das gilt auch für Rehabilitationsangebote im Alter oder bei Pflege (gerontologische Reha, mobile gerontologische Reha), die viel zu selten bewilligt und durchgeführt werden. Altwerden muss nicht zwangsweise mit Pflegebedürftigkeit einhergehen.

Für die Menschen selbst sind ein unterstützendes Umfeld und der Kontakt zu anderen Menschen besonders wichtig. Hierzu zählen auch Kontakte zu Personen, die professionelle Unterstützung anbieten. Dazu gehören Ärzte*innen, Pflegefachpersonen oder Mitarbeitende in Beratungseinrichtungen. Obwohl die Kontakte hier professionell geprägt sind, können einzelne Akteure eine bedeutende Schutzfunktion übernehmen. Von Belang ist in diesem Kontext das Angebot und die Ausweitung von Fahrdiensten, z. B. von ehrenamtlich Helfenden oder Wohlfahrtsverbänden, speziell auch im ländlichen Bereich. Hilfreich sind ebenso die Wohnraumberatung, die Hilfsmittelberatung und ein sicherer Umgang mit Hilfsmitteln. Aber auch Angebote von Krankenkassen, Nachbarschaftstreffen, Begegnungsstätten, Vereinen und Verbänden oder ein Friseurbesuch können soziale Teilhabe ermöglichen und Ausgrenzung entgegenwirken. Ebenso können digitale Kommunikation und „Ambient Assisted Living“ (AAL) Menschen verbinden und Vereinsamung vorbeugen.

Die Körber-Stiftung und das Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung haben Handlungsempfehlungen speziell für Kommunen entwickelt². Diese sollen Kommunen darin unterstützen, der Einsamkeit ihrer alternden Bevölkerung vor Ort entgegenzuwirken:

- Strategien entwickeln: Einsamkeit enttabuisieren und Verwaltung und lokale Organisationen sensibilisieren.
- Wohnen "mit Anschluss" fördern: Wohnformen erarbeiten, die einen Verbleib im gewohnten Umfeld ermöglichen.
- Soziale Partizipation ermöglichen: Gute Rahmenbedingungen für Engagement schaffen und Selbstorganisation fördern. Auf bereits Isolierte mit individuellen Angeboten zugehen.
- Öffentliche Orte gestalten und schaffen: Öffentliche Orte für Begegnung gestalten und Mobilitätsangebote schaffen.
- Aktiv informieren, sensibel kommunizieren: Infomaterial bereitstellen und Angebote nicht explizit als Einsamkeitsprävention vermitteln.

Auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene können politische Entscheidungen, z. B. Armutsbekämpfung, altengerechter und barrierefreier Wohnungsbau, Stadt- und Quartiersentwicklung, Verkehrs- und Sozialpolitik vorbeugend wirken und eine gute soziale Einbindung fördern.

² Diskussionspapier der Körber-Stiftung und des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung: (Gem)einsame Stadt: Kommunen gegen soziale Isolation im Alter (2019).

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

Unterschiede für die Einsamkeit in der häuslichen oder stationären Pflege hängen stark davon ab, ob die betroffenen Menschen überhaupt Angehörige haben – also ob sie Besuch in den Pflegeeinrichtungen bekommen, alleine zu Hause oder mit Angehörigen zusammenleben. Innerhalb der Pflegeeinrichtungen führt das Nichtvorhandensein von Angehörigen nicht zu vollständigem Alleinsein, denn das Pflegepersonal kümmert sich um das Wohlergehen. Festzuhalten bleibt aber, dass oftmals die Kontaktfähigkeit von Heimbewohnern*innen aufgrund erheblicher kognitiver Defizite erloschen ist, sodass auch Pflegekräfte kaum die Möglichkeit haben, den Bewohner*innen zu erreichen. Hinzu kommt, dass Pflegeeinrichtungen oft nicht über ausreichend Personalressourcen verfügen, um den Menschen ausreichend Zuwendung, Nähe und Zeit zu widmen.

Bei Erhalt der kognitiven Fähigkeiten, kann man sehr wohl Kontakt zu anderen Heimbewohner*innen haben. Dadurch sind Heimbewohner*innen in den Pflegeeinrichtungen in den meisten Fällen in eine Gemeinschaft eingebunden und nicht allein. In Pflegeeinrichtungen haben die Bewohner*innen Menschen um sich. Die Vereinsamung im Sinne eines langandauernden Alleinseins ohne Umgang mit anderen Menschen, ohne Gespräche und sogar ohne Blickkontakt ist deshalb in Pflegeeinrichtungen viel weniger wahrscheinlich als in der eigenen Häuslichkeit. Wessen Partner*in verstorben ist und wer allein in seiner Wohnung lebt, wer durch fürsorgliche Quarantäne zum wochenlangen Alleinsein genötigt ist, der lebt in strengerer Einsamkeit als ein*e Heimbewohner*in und das kann zu psychischen und physischen Folgen führen. Hinzu kommt, dass viele Pflegeeinrichtungen gerade während der Pandemie Kontakt zu den Angehörigen digital ermöglicht haben. Alleinlebende in der eigenen Häuslichkeit haben derartige Unterstützung oft nicht und waren folglich nicht in der Lage digitale Verbindungen zu den Angehörigen herzustellen.

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?

Den ambulanten Pflegekräften, die Menschen zuhause pflegen, kommt eine Schlüsselrolle im Erkennen von Einsamkeit und sozialer Isolation. Sie können intervenieren, Gespräche führen und Unterstützung aufzeigen. Das gilt auch für die Regelbegutachtung durch die medizinischen Dienste. Frühsignale können z.B. Desinteresse, Apathie, erste Anzeichen von Verwahrlosung der Wohnung oder der Person, Appetitlosigkeit und Weinen sein.

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?

In Pflegeeinrichtungen kann das Pflegepersonal versuchen, die Angehörigen besser mit einzubeziehen, was aber aufgrund von fehlenden Personalressourcen und Zeitmangel zumeist nur bedingt möglich ist. Oft reicht es aus, die Angehörigen anzusprechen, dass der pflegebedürftige Mensch sich alleine fühlt und Besuch wichtig für ihn ist. Auch der Hinweis, dass die Betroffenen am letzten Lebensabschnitt angelangt sind und die gemeinsame Zeit nun knapp bemessen ist, kann helfen. Im besten Fall sollten Besuchszeiten festgelegt und eingehalten werden.

Im häuslichen Bereich ist eine stärkere Vernetzung all derjenigen gefragt, die sich um die Betroffenen kümmern: Von den An- und Zugehörigen über Nachbarn und Bekannte (sog. Wahlverwandtschaften) bis hin zu Pflegediensten, Ärzte*innen oder Apotheken. Diese Netzwerke können die reduzierten sozialen Kontakte auffangen und werden in vielen Kommunen und von den Trägern der Wohlfahrtspflege unter dem Stichwort „Caring Community“ forciert.

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 Besuchs- und Kontaktverbote in Pflegeeinrichtungen stellten für Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen eine schwere Belastung dar. Menschen in Pflegeeinrichtungen aber auch alleinlebende Pflegebedürftige haben durch die Kontaktverbote einen schwerwiegenden Verlust ihrer engen Bezugspersonen erfahren müssen – jeglicher Besuch von Verwandten und auch externen Besuchsdiensten blieb aus.

Das Pflegepersonal war und ist coronabedingt ohnehin bereits zusätzlich belastet und konnte und kann die weggefallenen Kontakte, den gesundheitserhaltenden sozialen Bezug, nicht auffangen. Viele Bewohner*innen können nicht von den Besuchen in der angebotenen Form profitieren, etwa wenn demenziell veränderte Menschen ihre Besucher*innen unter der Schutzmaske nicht erkennen. Auch dementen und bettlägerigen Menschen müssen Besuche ermöglicht werden.

Eine Balance zwischen Infektionsschutz und notwendigen familiären Kontakten zu finden, ist zu Zeiten der Pandemie sehr schwer. Der Schutz der pflegebedürftigen Menschen, ihrer An- und Zugehörigen und vor allem auch des Pflegepersonals muss dabei an erster Stelle stehen. Die Erfahrungen der ersten Corona-Welle lehren uns, dass der Patienten- Schutz nicht zu einer vollständigen Isolation der Menschen in den (Pflege - /Behinderten-) Einrichtungen führen darf³. „Schutz von Alten und Schwachen“ darf nicht bedeuten, dass andere für sie bestimmen. Hygienekonzepte sollen die Isolation von Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen verhindern⁴. Damit wird gleichzeitig eine Stigmatisierung des Alters oder alter Menschen im Allgemeinen verhindert.

Der VdK NRW bekommt täglich unzählige Zuschriften, Anrufe und E-Mails von Betroffenen. Seit Anfang Mai sind Besuchsregelungen zwar gelockert, es heißt in der Branche allerdings, dass sich viele Einrichtungen aus Angst nicht daranhalten. Nach wie vor gibt es Schwierigkeiten bei Besuchen von An- und Zugehörigen in Pflegeeinrichtungen.

³ An dieser Stelle verweisen wir explizit auf das Rechtsgutachten des Mainzer Verfassungsrechtlers Prof. Dr. Friedhelm Hufen im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO). Laut diesem verstoßen die Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Pflegeheimen im Rahmen der Corona-Pandemie in weiten Teilen gegen das Grundgesetz.

⁴ Der VdK NRW begrüßt generell die Vorgaben des BMG zur Schnelltestung in Pflegeeinrichtungen. Tatsächlich aber zeigen sich bislang erhebliche Mängel in der Umsetzung der Strategie. Der BIVA-Pflegeschutzbund (BIVA) befragt aktuell Einrichtungsmitarbeiter in ganz Deutschland, ob sie die Schnelltests bereits einsetzen. Ein erstes Zwischenfazit: Keine fünf Prozent der antwortenden Einrichtungen gaben an, diese bereits anzuwenden.

Besuchszeiten in den Einrichtungen orientieren sich viel zu selten an den Arbeitszeiten von An- und Zugehörigen. In diesem Kontext müssen dringend Ängste bei den Einrichtungsleitungen abgebaut werden. Die Einrichtung einer Dialogstelle beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS NRW) ist zwar ein richtiger Schritt, reicht aber bei weitem nicht aus. Viele Betroffene wenden sich darüber hinaus z.B. an die regionalen Heimaufsichten oder an den BIVA-Pflegeschatzbund (BIVA). Alles in allem fühlen sich die Betroffenen aber bei der Durchsetzung von Kontakten oft hilflos und allein gelassen.

Für mehr als 70 Prozent der Besucher*innen in Pflegeheimen, die an einer Umfrage des BIVA-Pflegeschatzbundes teilnahmen, brachten die Lockerungen des Besuchsverbotes keine Verbesserungen. Das Ergebnis der bundesweiten, nicht repräsentativen Online-Umfrage, an der über eintausend Menschen teilnahmen, verlangt weitere Maßnahmen in stationären Einrichtungen. Dazu gehören sowohl von den Aufsichtsbehörden genehmigte Besuchs-konzepte als auch Kontrollen durch die Aufsichtsbehörden und den Medizinischen Dienst.⁵

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

Die Ausbildung des Pflegepersonals spielt eine entscheidende Rolle. In der Vergangenheit hat man sich bei der Ausbildung der Pflegekräfte hauptsächlich den pflegerischen Tätigkeiten gewidmet, wodurch psychische Aspekte von Pflege im Hintergrund geblieben sind. Aus unserer Sicht müssen die psychischen und sozialen Seiten der Pflegearbeit zukünftig stärker in den Blick genommen und besser in die Ausbildung integriert werden.

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

Ausreichende pflegerische Versorgungsangebote und eine hinreichende Qualität der pflegerischen Versorgung können nur dann sichergestellt werden, wenn für die Arbeiten ausreichend Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Deshalb muss es nach Ansicht des VdK NRW eine Aufgabe aller pflegepolitischen Akteure in NRW sein, die Beschäftigungsfähigkeit von Pflegenden zu erhalten und zu verbessern – vor allem angesichts der erheblichen physischen und psychischen Belastung in diesem Berufsfeld. Weiterhin ist es notwendig, die Attraktivität der Arbeitsplätze zu steigern, um die Mitarbeiterbindung zu erhöhen und Fluktuation zu verhindern. Dazu bedarf es zum Beispiel ganzheitlicher Gesundheitskonzepte, mit denen Verbesserungen der körperlich und psychisch belastenden Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten erreicht werden können. Viel zu oft sind beruflich Pflegende in Bezug auf die eigenen psychischen Belastungen auf sich allein gestellt, weshalb auch die Fluktuation und Erkrankungen bei den beruflich Pflegenden sehr hoch sind.

Pflegende Angehörige waren schon vor der Pandemie physisch und vor allem auch psychisch teilweise stark belastet. Laut einer Studie des Berliner Zentrums für Qualität in der Pflege und der Charité⁶ haben die Studienteilnehmer*innen durch die Corona-Pandemie eine Verschlechterung der

⁵ Vgl. BIVA: Corona-Krise: Die BIVA im Einsatz gegen soziale Isolation im Heim (2020).

⁶ Studie: Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung (2020).

Pflegesituation erlebt, ein Viertel fühlt sich überfordert, 24 Prozent sind besorgt, die Pflege nicht mehr zu schaffen. Besonders betroffen sind dabei Angehörige, die Menschen mit Demenzerkrankungen pflegen. Für die Angehörigen besteht die Gefahr vor allem darin, dass sie durch die Corona-Pandemie noch weniger Entlastungsangebote haben als ohnehin schon⁷.

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

In diesem Kontext benötigen wir dringend bessere Vereinbarkeitsstrategien von Beruf und Familie, präventiven betrieblichen Gesundheitsschutz, technische Hilfs- und Assistenzsysteme, akzeptable Arbeitszeitmodelle, eine am Pflegebedarf orientierte Personalausstattung, gute Vereinbarkeitsstrategien, Karriere- und Qualifizierungschancen sowie bessere Entlohnung des Pflegepersonals. Beschäftigte in der Pflege können durch gute Arbeitsbedingungen zu Garanten der Menschenrechte der Pflegebedürftigen werden. Die Zufriedenheit der Beschäftigten korreliert mit der Qualität der pflegerischen Versorgung und trägt somit zum Schutz und zur Gesundheit der Pflegebedürftigen bei.

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?

Die Personalknappheit der ambulanten Pflege, aber auch finanzielle Engpässe waren und sind für viele Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen Anlass, außerfamiliale Unterstützungsformen zu nutzen. Daher greifen sie auf die sogenannte 24-Stunden-Pflege zurück, in der vor allem Frauen aus Mittel- und Osteuropa als „Live-In“ in Privathaushalten tätig sind – oft als illegal Beschäftigte und zum Teil auch unter menschenunwürdigen Bedingungen. Da der private Haushalt der Arbeitsort ist, sind auch Kontrollen der Arbeitsbedingungen der „Live-In-Kräfte“ quasi unmöglich. Das gilt auch für die physische wie psychische Belastung dieser Pflegekräfte. Kulturelle Unterschiede führen zusätzlich zu Konflikten. Die Pflegekräfte haben oft keine Freizeit und auch keine durchgängige Nachtruhe. Manche Frauen flüchten sich dann z.B. in den Alkohol. Der Schutz vor physischer, in manchen Fällen auch von sexueller Gewalt, ist gering. Daher ergeben sich für ausländische Pflegekräfte neben Einsamkeit und sozialer Isolation verschiedene Risiken. Daher sind für diesen Personenkreis verbesserte gesetzliche Rahmenbedingungen und flächendeckende Beratungsangebote dringend notwendig.

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?

Ein entscheidender Faktor, warum nicht mehr gegen Einsamkeit in unterschiedlichen Lebenssituationen getan wird, ist, dass Krankheit aufgrund von Einsamkeit immer noch zu wenig erkannt wird. Und einsame Menschen treten nicht in Erscheinung, fordern nichts für sich, sondern leiden im Stillen.

⁷Vgl. Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter. SCHNELLBERICHT SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik und Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen in Kooperation mit der DAK Gesundheit und dem Verein wir pflegen e. V. (2020).

Im Übrigen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Frage 2).

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.?

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter überproportional. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen "nur" jeder Zwanzigste (5 Prozent) pflegebedürftig ist, beträgt die Quote für die ab 90-Jährigen 66 Prozent. Älterwerden bedeutet aber nicht zwangsläufig, krank oder pflegebedürftig zu werden. Eine frühe rehabilitative Behandlung kann gerade auch für ältere Betroffene einen hohen Stellenwert zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit haben – hier sind die Versorgungsstrukturen weiter auszubauen. Rehabilitation (speziell geriatrische Rehabilitation) muss gerade in Bezug auf ältere Menschen in der Praxis endlich gelebt und umgesetzt werden. Durch ganzheitliche rehabilitative Maßnahmen kann Pflegebedürftigkeit ganz überwunden, in ihren Auswirkungen abgemildert oder eine Verschlimmerung abgewendet werden. Um "Verschiebebahnhöfe" auszuschließen, muss die gesetzliche Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden. Dabei sollten der Aufbau und der Erhalt von Beziehungen sowie individuelle Freizeitgestaltung, soweit möglich, verstärkt in den Blick genommen werden.

Damit rehabilitative Bedarfe von Älteren und Pflegebedürftigen zu realisieren sind, sollte ein regionales Netz mobiler, ambulanter und stationärer Rehabilitationsangebote im Quartier installiert werden. Rehabilitationsangebote sollten zeitlich und örtlich flexibel sein und sich am Individuum orientieren. Um die Rehabilitationsfähigkeit älterer Menschen zu erhöhen, sind spezifische Programme und Maßnahmen, z. B. im Rahmen der Kurzzeitpflege, zu entwickeln.

Menschen mit Behinderung

13) Menschen mit Behinderung bedürfen oft schon ab dem jungen Alter der Pflege. Zugleich können die 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?

Spezielle Bedürfnisse von pflegebedürftigen jungen Menschen werden immer noch zu wenig berücksichtigt. Junge zu Pflegenden möchten häufig zentral und quartiersnah leben und in kleinen, altershomogenen Wohngruppen gepflegt werden. Das gilt entsprechend auch für Eltern mit pflegebedürftigen Kindern. Der Vielfalt der zu pflegenden Menschen muss im Sinne eines selbstbestimmten Lebens Rechnung getragen werden. Dazu bedarf es einem größeren Angebot an kleineren Wohn- und Betreuungsangeboten. In diesem Kontext müssen Konzepte neuer innovativer Wohn- und Pflegeformen gefördert werden. Laut dem Pflegereport der Barmer von 2017 kann jeder Zweite zwischen zehn und 29 Jahren den Wunsch, beispielsweise in einer Wohngruppe zu leben, nicht umsetzen, da es zu wenig Plätze in entsprechenden Einrichtungen gibt. Anders als die Pflege von älteren Menschen soll die Pflege junger Menschen aktivierend wirken.

Schätzungsweise 400.000 Menschen zwischen 18 und 60 Jahren, die Pflege benötigen, sind bundesweit in einer nicht altersgerechten Pflegeeinrichtung untergebracht. Trotz Erkrankung haben die jungen Pflegebedürftigen andere Ansprüche an das Leben als alte pflegebedürftige Menschen. Eine Pflegeeinrichtung für Senioren*innen kann nicht die passende Einrichtung für junge Pflegebedürftige sein. Unterhaltungsprogramme richten sich z.B. an den Interessen der älteren Bewohner*innen aus – ebenso der Speiseplan und die Essenszeiten. Viele junge Pflegebedürftige sind in diesen Pflegeeinrichtungen unterfordert, was sich langfristig auf ihren Gesundheitszustand auswirken kann. Vor allem psychisch leiden die Betroffenen häufig unter der mangelnden Förderung im „Altenpflegeheim“. In der Realität ist das aber häufig immer noch die einzige Alternative. Aus Sicht des VdK NRW müssen die Städte und Gemeinden die Wünsche junger Pflegebedürftiger stärker in der kommunalen Bedarfsplanung berücksichtigen. Auch die Tages- und Kurzzeitpflege muss sich für die Bedarfe junger Pflegebedürftiger öffnen. Hier treten deutliche Versorgungslücken zu Tage.

Weiterhin sind außerschulische Angebote grundlegend für die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung. Dabei geraten gerade Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen immer wieder aus dem Blick. Hier bedarf es einer besonderen Förderung.

Physisch Kranke

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?

Hier verweisen wir auf unsere bisher gemachten Aussagen insgesamt. Außerdem scheint es, als seien hier vielmehr „Psychisch Kranke“ gemeint.