

17. Landtag NRW

Enquetekommission IV

Fragen zur schriftlichen Anhörung „Rolle von medizinischem Fachpersonal“

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

- a) In der medizinischen Versorgung ist Einsamkeit ein **allgegenwärtiges Phänomen**. Einerseits sind vor allem chronisch verlaufende physische und psychische Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für Einsamkeit verbunden und andererseits führt der mit dem Gefühl der Einsamkeit verbundene langandauernde Stress zu verschiedensten körperlichen und seelischen Erkrankungen. Es besteht also die Gefahr sich selbst verstärkender Bedingungen.
- b) Meist wird auf die Einsamkeit **älterer Menschen** fokussiert und es fällt auf, wenn die zu pflegende Person wenig oder keine Besuche erhält. Oft ist dies ein Anzeichen für einen Mangel an sozialen Kontakten, aber nicht unbedingt für Einsamkeit!
- c) Einsamkeit kommt in allen Altersstufen vor und sollte daher auch bei der Versorgung von **Kindern und Jugendlichen** berücksichtigt werden. In einer Untersuchung von 1.200 Schülerinnen und Schülern in Wien litten ca. 15 % der befragten 11- bis 13-Jährigen unter Einsamkeit (Gasteiger Klicpera & Klicpera, 2003).
- d) Wenn Menschen nur wenige soziale Kontakte haben, ihr soziales Netzwerk also klein ist, spricht man von **sozialer Isolation** („social isolation“). In einem kleinen sozialen Netzwerk hat eine Person nur wenige Kontaktmöglichkeiten. Allerdings bedeutet das noch nicht, dass eine Person darunter leidet. Eine selbstgewählte soziale Isolation kann sogar zum Wohlbefinden einer Person beitragen.
- e) Soziale Isolation ist jedoch ein erheblicher Risikofaktor für **Einsamkeit** („loneliness“). Unter Einsamkeit versteht man ein subjektives Erleben, das sehr unangenehm und oft schmerzhaft ist. Es entsteht aus einem individuellen Bedürfnis nach sozialer und emotionaler Bindung, das sich die Person nicht im gewünschten Maß erfüllen kann (Schalek & Stefan, 2018; Wang et al., 2017).
- f) Einsamkeit kommt in drei unterschiedlichen **Formen** vor, die weitgehend unabhängig voneinander sind (Cacioppo, Grippo, London, Goossens, & Cacioppo, 2015):
 - **Emotionale Einsamkeit** („Intimate loneliness“ oder „emotional loneliness“): Die betroffene Person erlebt vor allem einen subjektiven Mangel an engen, vertrauensvollen Beziehungen. Das betrifft beispielsweise auch Menschen, die Trennungs- und Verlusterfahrungen haben. Aber auch Menschen mit geringem Selbstwertgefühl, die misstrauisch gegenüber Kontaktangeboten reagieren oder Menschen, die niemanden mehr haben, zu dem sie einen vertrauensvollen Kontakt erleben.

- **Zwischenmenschliche Einsamkeit** („relational loneliness“ oder „social loneliness“): Die Person fühlt sich getrennt von ihren Freunden oder Familienangehörigen. Diese Form von Einsamkeit kann insbesondere in der stationären Versorgung im Krankenhaus oder Pflegeheim bedeutend werden.
 - **Einsamkeit in der Gemeinschaft** („collective loneliness“): Die Person empfindet sich ausgeschlossen von sozialen Gruppen, beispielsweise infolge von Selbst- oder Fremdstigmatisierung bei chronisch verlaufenden oder psychischen Erkrankungen.
- g) Eine Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft (Eyerund & Orth, 2019) mit 26.681 befragten Personen ab 18 Jahren kommt zum Ergebnis, dass es im Verlauf der letzten Jahre eine **gleichbleibende Anzahl von ca. 10 %** der Befragten gibt, die sich als einsam bezeichnen. Dabei gibt es Schwankungen in den Altersklassen von 7,8 % der 50-59-Jährigen bis 10,8 % bei den über 60-Jährigen.

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

- h) Grundsätzlich kann man Einsamkeit messen. So liegt beispielsweise eine deutsche Übersetzung der „UCLA loneliness scale“ als **Einsamkeitsskala** vor (Windisch & Kniel, 1988). In der Versorgungspraxis werden bisher solche Skalen zur Messung von Einsamkeit jedoch kaum eingesetzt.
- i) Entscheidend ist vielmehr eine **Sensibilisierung der Fachpersonen** für Risikofaktoren von Einsamkeit. Vielfach wird lediglich der Risikofaktor soziale Isolation erfasst. Diese ist ein bedeutender Risikofaktor für Einsamkeit, aber nicht deckungsgleich mit dem subjektiv wahrgenommenen Gefühl des Schmerzes.
- j) Es gibt eine Reihe indirekter Faktoren, die auf ein erhöhtes **Risiko** für Einsamkeit hindeuten und in der Regel in pflegerischen Assessments auch beurteilt werden sollten. Dazu zählen beispielsweise (Schalek & Stefan, 2018):
- a. Mobilität und andere funktionelle Einschränkungen, die soziale Kontakt erschweren
 - b. Chronisch verlaufende Erkrankungen
 - c. Verlust von nahen Bezugspersonen
 - d. Wechsel des Wohnumfelds und der gewohnten Lebensumgebung
 - e. Selbst- und Fremdstigmatisierung
- k) Weitere **Risikofaktoren für Einsamkeit** gerade bei älteren Menschen sind das zunehmende Alter, geringes Einkommen, geringe Bildung, allein leben, subjektiv wahrgenommene Gesundheitsbeschwerden und unbefriedigend wahrgenommene soziale Beziehungen (Cohen-Mansfield et al., 2016).

- l) Die **Maßnahmen zur Prävention** und Bewältigung von Einsamkeit müssen individuell abgestimmt und in der Regel auf mehreren Ebenen erfolgen. Eine einfache „Behandlung“ des komplexen Phänomens Einsamkeit ist nicht zu erwarten.
- m) Wichtig ist eine systematische **Sensibilisierung der Fachpersonen** für das Problem des Einsamkeitsgefühls, verbunden einem Assessment von Risikofaktoren.
- n) Da Einsamkeit bei den Betroffenen aber oft mit **Scham** verbunden ist oder sie sozialen Kontaktangeboten sogar misstrauen und sie daher zurückweisen, erfordert es eine gute fachliche Kompetenz, um Einsamkeit zu erkennen sowie Fähigkeiten einer empathischen Kommunikation trotz ablehnender Haltung. Hier wären möglicherweise psychiatrische Fachpflegepersonen hilfreich, die auch eine **aufsuchende Hilfe** anbieten können.

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

- o) Meist beschränken sich Maßnahmen gegen Einsamkeit auf die **Aktivierung sozialer Kontakte** bzw. die Schaffung von Kontaktmöglichkeiten. Das Einsamkeitsgefühl ist jedoch nicht unbedingt abhängig von den tatsächlich vorhandenen Kontakten. Eine Person, die an Depression erkrankt, kann sich trotz vieler Freunde einsam fühlen. Es gilt daher differenziertere Maßnahmen zu entwickeln.
- p) Einsamkeit ist ein höchst individuelles Phänomen, das durch eine Vielzahl bedingender Faktoren ausgelöst werden kann. Entsprechend **komplex und individuell abgestimmt** müssen auch die Maßnahmen sein. Dazu gehören beispielsweise auch Maßnahmen wie Stärkung der Identität, Abbau dysfunktionaler Denkmuster, Erhöhung der Mobilität, Pflege der äußeren Erscheinung oder Stärkung des Selbstwerts.
- q) Die Interventionen können an unterschiedlichen Zielen ansetzen. In einer Meta-Analyse untersuchten Masi et al. (2011) die Wirksamkeit der **wesentlichen Interventionsstrategien** zur Verminderung von Einsamkeit. Sie teilten die Interventionen in vier Zielrichtungen ein:
 - a. **Training sozialer Fähigkeiten:** Interventionen, die mit einer Förderung der Fähigkeiten zur Kommunikation verbunden sind, damit die Betroffenen leichter soziale Kontakte aufbauen können.
 - b. **Stärkung durch soziale Unterstützung:** Mit regelmäßigen Kontakten sollen die Betroffenen verlässliche soziale Beziehungen und soziale Ressourcen erleben.
 - c. **Erweiterung der sozialen Teilhabe:** Interventionen, die Betroffene dabei unterstützen, ihr soziales Netzwerk zu erweitern und an sozialen Aktivitäten teilzunehmen.
 - d. **Veränderung sozial-kognitiver Überzeugungen:** Mit einer Unterstützung durch kognitive Verhaltenstherapie oder psychologischem Reframing sollen einsame Menschen lernen, ihre ungünstigen sozialen Verhaltensweisen und Überzeugungen zu verändern.

- r) Insgesamt zeigen kognitiven Ansätze die stärksten Effekte zur Reduktion von Einsamkeit (Masi et al., 2011). Allerdings konnten Holt-Lunstad et al. (2015) in einer neueren Metaanalyse zeigen, dass es nicht ausreicht, nur beim subjektiven Erleben anzusetzen. Einsamkeit ist ein so komplexes Phänomen, dass man es nicht durch eine einfache Intervention behandeln kann. Es bedarf vielmehr einer auf das Individuum abgestimmten Strategie, **die langfristig angelegt** ist. Es braucht ein achtsames Handeln, das Hilfen anbietet, ablehnendes Verhalten der Betroffenen akzeptiert und die betroffene Person in ihrer Selbstbestimmung unterstützt.
- s) Der Ausbau **ambulanter Versorgungsstrukturen** insbesondere der ambulanten Pflege sowie der ambulanten psychiatrischen Pflege sowie stationsäquivalenter Behandlung kann dazu beitragen, dass Hilfebedürftige Menschen länger in ihrer gewohnten sozialen Umwelt leben können. Sie stellen damit eine Prävention von zwischenmenschlicher Einsamkeit dar.
- t) Für die Prävention von Einsamkeit im Zusammenhang mit der **Covid-19-Pandemie** können Einrichtungen der stationären Langzeitpflege inzwischen auf die S1-Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“¹ zurückgreifen.

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

- u) Das Thema Einsamkeit hat erst in den letzten Jahren **zunehmend an Bedeutung gewonnen**. Es wird jedoch auch hier vorwiegend unter dem Aspekt des Wegfalls sozialer Netzwerke und einer damit verbundenen sozialen Isolation behandelt. Auch hier gilt anzumerken, dass soziale Isolation nicht unbedingt negativ wahrgenommen werden muss. Dennoch ist es sinnvoll, wenn die Bedeutung von Einsamkeit als **Risikofaktor** für viele Erkrankungen deutlicher vermittelt wird.

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

- v) Es gilt als erwiesen, dass Schichtarbeit sich störend auf die Gestaltung des sozialen Lebens und die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt (Knauth, 2002). Die Schichtarbeit erschwert die Vereinbarkeit sozialen Kontakten zu Familie und Freunden mit den Anforderungen der Arbeit. Wobei diese erschwerte **Vereinbarkeit von Arbeit und**

¹ S1-Leitlinie zur Sozialen Teilhabe und Lebensqualität: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/184-001.html>

Privatleben infolge der Schichtarbeit als Mediator zu den psychosomatischen Beschwerden beiträgt (Müller & Lück, 2019).

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

- w) Supervisionen und berufliche Beratungsangebote finden in vielen Einrichtungen **unsystematisch** und gar nicht statt. Lediglich in psychiatrischen Einrichtungen, Einrichtungen der Palliative Care oder der Intensivmedizin gibt es mitunter regelmäßige Angebote der beruflichen Beratung.
- x) Wichtige Anregungen zur Reduzierung der Belastungen durch Schichtarbeit sind lange bekannt. Dazu gehören beispielsweise die **Planbarkeit von Schichtplänen** mit gleichzeitiger Möglichkeit der kurzfristigen Anpassung an individuelle Bedürfnisse sowie eine Kompensation der Schichtarbeitsbelastung in Zeit und nicht in monetären Zuschlägen (Tieves-Sander, 2019).
- y) Insgesamt wäre wünschenswert, dass soziale Einrichtungen auch vermehrt die **Work-Life-Balance** ihrer Mitarbeitenden im Auge haben. Leider sind die ökonomischen Ressourcen in vielen Einrichtungen aber so knapp, dass Investitionen in diesem Bereich leichtsam vernachlässigt werden.

7) Literatur

- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Eyerund, T., & Orth, A. K. (2019). *Einsamkeit in Deutschland: Aktuelle Entwicklung und soziodemographische Zusammenhänge*, (IW-Report Nr. 22). Institut der deutschen Wirtschaft (IW).
- Gasteiger Klicpera, B., & Klicpera, C. (2003). *Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren der Einsamkeit im schulischen Kontext*. <http://psydok.psycharchives.de/jspui/handle/20.500.11780/2659>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Knauth, P. (2002). Schichtarbeit. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 40(Suppl. 1), 106–110. <https://doi.org/10.1055/s-2002-23625>
- 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. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>

Müller, G., & Lück, M. (2019). Schichtarbeit, die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben und psychosomatische Beschwerden – Eine Mediationsanalyse auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 73(4), 439–452. <https://doi.org/10.1007/s41449-019-00175-w>

Schalek, K., & Stefan, H. (2018). Einsamkeit—Ein (un)bekanntes Phänomen in der Pflege. In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Einsamkeits-Buch: Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (S. 378–388). Hogrefe Verlag.

Tieves-Sander, D. (2019). *Die sozialen Auswirkungen der Schichtarbeit* [Dissertation]. Universität Duisburg-Essen.

Windisch, M., & Kniel, A. (1988). Zur Messung von Einsamkeit und sozialer Abhängigkeit behinderter Menschen: Ergebnisse einer Reliabilitäts- und Validitätsanalyse. *Zeitschrift für Soziologie*, 17(5), 382–389. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-1988-0506>

Kempton, 29.11.2020

Michael Mayer M.A.

Pflegewissenschaftler, Krankenpfleger für Psychiatrie und Supervisor

Hochschule Kempten

Fakultät Gesundheit und Soziales

Bahnhofstraße 61

87435 Kempten

E-Mail: michael.mayer_1 [at] hs-kempten.de