

„Pflege und Einsamkeit“ – Anhörung von Sachverständigen

Ausgewählte Fragen des Fragenkatalogs:

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

Aus unserer Erfahrung heraus scheint es oft ein schleichender Prozess zu sein. Häufig entsteht der Eindruck der Bewohner, dass z.B. bei Einzug frühere Interessen und Hobbys nicht mehr ausgeübt werden können. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. In einigen Fällen möchten die BewohnerInnen nicht zur Last fallen oder ziehen mit dem Gefühl in eine Senioreneinrichtung ein, sich an die dort gültigen „Regeln“ halten zu müssen. Die Folge ist dann häufig Rückzug und eigene Wünsche oder Bedürfnisse werden nicht mehr artikuliert. Öfter ist bei BewohnerInnen eine Resignation wahrnehmbar, „ich bin nichts mehr Wert“. Als eine mögliche Konsequenz ist dann zu beobachten, dass BewohnerInnen das Interesse verlieren, an bestehenden Angeboten teilzunehmen.

Einrichtungen und Mitarbeiter sind häufig gefangen in institutionellem Denken und Handeln. Vor diesem Hintergrund fällt es schwer, sich flexibel auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Bewohner einzustellen. Vermeintlicher oder tatsächlicher Zeitdruck steht zudem der nötigen Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegen. Aus diesem Grunde muss durch die Leitung/das Management des Unternehmens die Umsetzung eines person-zentrierten Konzepts konstant begleitet und strukturell unterstützt werden.

Für pflegende Angehörige stellt die Versorgung zu Hause eine Vollzeitaufgabe dar. Die Gefahr besteht, dass gewohnte soziale Netzwerke und Beziehungen häufig nicht mehr wahrgenommen werden können. Beispielsweise aus Sorge den Ehemann oder die Ehefrau „zu vernachlässigen“ oder allein zu lassen (z.B. bei Menschen mit Demenz). Auch Menschen mit Demenz selbst reagieren gerade in der Anfangsphase mit Rückzug (z.B. aus Sorge nach dem Einkaufen den Weg nach Hause nicht mehr zu finden). Dies kann zur Folge haben, dass Menschen dann die Wohnung nicht mehr verlassen.

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

Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation

Äußere Faktoren u.a.:

- Verlust von Angehörigen
- Familienkonflikte
- Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (z.B. Menschen mit niedrigem sozialem Status)
- Wenig zuverlässige Beziehungen
- Finanzielle Probleme
- Körperliche Veränderungen im Alter
- Risiken am Arbeitsplatz
- Konflikte und Gewalterfahrungen
- Alleinlebend
- Verlust des gewohnten Wohnumfelds

Innere Faktoren u.a.:

- Negatives Selbstbild und mangelndes Selbstwertgefühl
- Das Fehlen von sozialen Erfahrungen
- Defizite in der Kommunikation
- Störung der Impulskontrolle, Persönlichkeitsstörungen
- Krankheiten (z.B. Demenz, Depression, Schizophrenie, soziale Phobien oder Zwangsstörungen, Suchterkrankungen)
- Ungesunde Verhaltensweisen

Schutzfaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation sind u.a.:

- Positives Selbstwertgefühl
- Hohe Selbstwirksamkeitserwartung
- Familiärer Zusammenhalt,
- Soziale Unterstützung
- Ausreichend materielle Ressourcen
- Anregendes Wohnumfeld
- Formelle und informelle Netzwerke
- Person-Zentrierte Pflege

Quelle: vgl. u.a.: Flöter, T. (2003): Der multimorbide Schmerzpatient. Stuttgart 2003.

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

Unabhängig der Versorgungsformen ist die pflegerische Abhängigkeit des Einzelnen ein wesentlicher Faktor. Bezüglich der Unterschiede hinsichtlich der Einsamkeit von Menschen bei einer Pflege zu Hause gegenüber der Pflege in einer Einrichtung, lassen sich einige Aspekte aufführen.

Leben in der eigenen Häuslichkeit beinhaltet das Gefühl der Sicherheit, des Eingebundenseins und zeugt von einem selbstbestimmten Leben. Das ambulante Versorgungsprinzip, dass eine Auswahl von verschiedenen Leistungen ermöglicht entspricht in seinem grundständigen Ansatz diesem autonomen Selbstverständnis.

Eine der wesentlichen Aufgaben ambulanter Leistungsanbieter im Kontext des Themas Einsamkeit liegt darin, selbstbestimmtes/-gewähltes „Alleinseins“ in Abgrenzung zu depressiven Mustern erkennen und ggfs. mit Beratung und Begleitung gegenzusteuern.

Große Bedeutung kommt unserer Einschätzung nach somit der Ausgestaltung von Versorgungsnetzwerken im direkten Lebensumfeld der Menschen mit Pflegebedürftigkeit zu. Sie dienen dazu, auf der Basis der Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen bzw. Unterstützung anzubieten. Dazu können lokale Angebote wie Bürgerrunden, Seniorentreffs, Stammtische oder Nachbarschaftshilfen genauso mit eingebunden werden, wie auch professionelle Angebote wie Tages- oder Nachtpflege.

Die professionelle häusliche Pflege birgt, bedingt durch die strukturelle Anlage der „verrichtungsorientierten“ Zeittaktung, das Risiko, Einsamkeitstendenzen zu übersehen oder eher zu verstärken. In der häuslichen Umgebung können die älteren Menschen möglicherweise in der Bekämpfung der Einsamkeit eher auf sich selbst gestellt sein als im stationären Setting.

Der Einzug in eine Senioreneinrichtung stellt vielfach einen Bruch der bisherigen sozialen Beziehungen und Bezüge dar oder wird von den betroffenen Menschen zumindest so erlebt. In einer solch wahrgenommenen Abkoppelung vom gewohnten Umfeld liegt wiederum die Gefahr der Rückzugstendenz und damit von Einsamkeit. Strukturell kann die soziale Besonderheit einer Institution der Einsamkeit vorbeugen. Kurze Wege zur Unterstützung bzw. zur Intervention, wiederkehrende kurze oder längere Momente der Begegnung sind möglich. In einer Einrichtung bestehen gute Möglichkeiten neue Netzwerke aufzubauen, die der Einsamkeit entgegensteuern. Die Nähe zu anderen BewohnerInnen erleichtert die Kontaktaufnahme zu diesen. Auch die Pflegenden können zu Bezugspersonen werden, da sie nicht nur allein während der eigentlichen Pflege anwesend sind. Hier könnten kleine ambulante oder kleinteilige stationäre Wohngruppen aufgrund ihrer übersichtlichen Organisation einen positiven Beitrag leisten.

Ein weiterer Faktor hinsichtlich der sich ergebenden Unterschiede liegt in dem geregelten Tagesablauf einer Einrichtung, die Stabilität geben können. Dies beinhaltet allerdings auch immer eine Gratwanderung, da die Strukturen nicht zu festgesetzt sein dürfen, um den BewohnerInnen nicht das Gefühl der Selbstbestimmtheit zu nehmen.

Ein kombiniertes sektorenverbindendes Versorgungskonzept (z.B. zwischen stationärer und ambulanter Versorgung) im Sinne der lokalen Gesamtversorgung (Quartiersbezug) erscheinen dabei eine sehr gute Ergänzung und Möglichkeit darzustellen, um gezielter und nutzer-/kundennah Bedürfnisse und Bedarfe erfassen zu können.

Das Gesamtversorgerkonzept verbindet positive Faktoren (vgl. Pkt. 4 a, c,d) und wirkt so der Einsamkeit entgegen. Durch seinen sektorenverbindenden (stationär und ambulant) Charakter, können allein die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der älteren Menschen darüber entscheiden, wo jemand leben möchte. Diese Versorgungsform erlaubt zudem durch seine „Nähe“ am Menschen schneller auf Brüche im „Versorgungsverlauf“ (z.B. sozialer Rückzug) zu reagieren und präventiv zu begleiten bzw. zu unterstützen.

Zusätzlich können die zuvor als relevant aufgezeigten Beziehungsnetzwerke durch die Angebote, die mit der Quartiersarbeit im Rahmen des Gesamtversorgerkonzepts verbunden sind, leichter ergänzt werden.

Je nach Lebens- und Wohnsituation können somit völlig unterschiedliche Versorgungsarrangements notwendig werden, um die pflegerische, medizinische, aber auch hauswirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Als Grundlage für die Entscheidung der Leistungs- und Versorgungsarrangements dienen jedoch letztlich ausschließlich die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen. Unabhängig des Versorgungsprinzips stellt dabei ein person-zentrierter Pflegeansatz einen wesentlichen Baustein der Prävention und/oder der pflegerischen Versorgung dar.

Frage 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?

Grundsätzlich zeigt sich Einsamkeit häufig dann, wenn das soziale Netzwerk in Größe und Qualität von den **eigenen Wünschen und Ansprüchen abweicht** (Gefühl der Einsamkeit, des Kontaktmangels oder -verlustes verspüren)

- a. **Häufigkeit der sozialen Kontakte** (Verwandte und Freunde außerhalb des eigenen Haushalts).

- b. **Emotionale Unterstützung** (z.B. Austausch über persönliche Anliegen)
- c. **Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes** (z.B. bei Problemen die Unterstützung geben, Einkaufen, Finanzielle Hilfe)
- d. **Gefühl der Zugehörigkeit zur Nachbarschaft (Quartier)**
- e. **Gefühl der Einsamkeit u.a.**
 - i. Gefühl, der Leere (**Gefühl der Langeweile, Sinn geben im Alltag**)
 - ii. Gefühl, keinen zu haben, auf dem man sich verlassen kann
 - iii. Gefühl, keinen Menschen zu haben, der einem nahesteht
 - iv. Gefühl, zurückgewiesen zu werden
 - v. Gefühl, keinen Menschen um sich herum zu haben

Quelle: Zavaleta et al. (2017). Measures of Social Isolation; Social Indicators Research volume 131, pages 367–391

Frage 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?

Für die Menschen mit Pflegebedürftigkeit stellen Angehörige und Freunde oft den einzig vertrauten Bezugspunkt dar. Jedoch sollte bedacht werden, dass die Lebensbiografie mit dem Einzug in eine Einrichtung bzw. Start der Pflegebedürftigkeit nicht aufhört. Somit ist es auch möglich in Einrichtungen Freundschaften zu schließen und Orte des Vertrauens zu schaffen.

Aufgrund der häufig auftretenden kognitiven und körperlichen Einschränkungen versteht sich eine professionelle Pflege als Brücke, um Beziehung herzustellen bzw. die Menschen dahingehend zu unterstützen „alte“ Kontakte zu pflegen bzw. neue Kontakte aufzubauen.

Gerade vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl von Bewohnern gar keinen Besuch von Angehörigen und Freunden erhalten oder die Menschen, die alleinstehend in der Häuslichkeit leben. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die professionelle Pflege dar. Hier gilt es auf die Bedürfnisse und Bedarfe angepasste Angebote zu entwickeln. Diese können sehr unterschiedlich sein, z.B. der Skatabend oder nur der regelmäßige Spaziergang an der frischen Luft.

Frage 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 Situation wurde sehr heterogen wahrgenommen. Viele Bewohner empfanden es als sehr großen Einschnitt in Ihre Rechte, z.B. wann und wie sie es gewohnt waren, Familienangehörige zu empfangen bzw. die Einrichtung ohne Einschränkungen verlassen zu können. Viele Bewohner und Angehörige hatten sehr große Angst angesteckt zu werden bzw. andere anzustecken.

Im besonderen Maße ist hier auch die große Anzahl der Menschen mit Demenz in den Einrichtungen zu erwähnen, die nicht immer in der Lage sind Ihre Wünsche und Bedürfnisse im gleichen Maße zu artikulieren. Gerade der Verlust von vertrauten Angehörigen oder fehlende Berührungen haben erhebliche negative Auswirkungen auf das persönliche Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen.

In dieser Zeit wurden verstärkt Kontakte via Skype, Zoom o.ä. gewährleistet. Gleichzeitig wurden sehr frühzeitig Besuche im Freien organisiert, wo das Risiko einer Infektion stark reduziert ist. Auch wurden Wege gesucht und gefunden, unter den gegebenen Hygienemaßnahmen dennoch Berührungen zuzulassen.

Zusammengefasst besteht bis heute die Herausforderung in der Einhaltung aller erforderlichen Vorgaben des Infektionsschutzes unter der Maxime, die Würde der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und ein höchstmögliches Maß an Wohlbefinden zu ermöglichen. Dies kann nur mit den Aspekten einer person-zentrierten Herangehensweise gelingen.

Quelle: vgl. auch S1 Leitlinie, Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie.

Frage 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.?

Hinsichtlich dieser Frage finden sich bereits viele inhaltlich Aspekte in den Antworten unter den anderen ausgewählten Fragen.

An dieser Stelle sollte auf die nicht zu unterschätzende Bedeutung von strukturell-ideellen Faktoren in dieser Thematik hingewiesen werden. Das heißt, dass unternehmerische Grundprinzipien hohen Einfluss auf den Umgang mit Themen wie beispielweise Einsamkeit haben.

Die Operationalisierung eines Unternehmenszweck, der sich über die Transformation von Ressourcen zum Nutzen der Kunden definiert, beinhaltet im Grunde die bereits erwähnten person-zentrierten Ansätze. Das Unternehmen wird in diesem Sinne gesteuert und entsprechende Handlungsmerkmale finden sich leitlinienhaft darin wieder. Im Idealfall steuert somit der Zweck auch unmittelbar das Handeln der Akteure. Unternehmen, die sich in diesem Sinne aufstellen und lenken, nehmen somit per se auch Themen wie Prävention, Einsamkeit, Selbstbestimmung oder Teilhabe in den Fokus.

Ein person-zentrierter Versorgungsansatz kann somit für ein sozialwirtschaftliches Unternehmen ein sinnvolles handlungsleitendes Instrument sein.

Die Organisationsstrukturen müssen entsprechend geprüft und angepasst werden. Die handelnden Akteure (Pfleger, Betreuer etc.) benötigen den strukturellen Rahmen, inhaltliche „Vorgaben“ und Handlungsmaximen, wie zum Beispiel den Aufbau und Erhalt von Beziehungen, um individueller Freizeitgestaltungen hochaltriger Menschen umzusetzen. (vgl. auch Pkt. 4).

Auch wenn der oben genannte Zweck auf eine breite Masse von Unternehmen anzuwenden wäre, so spielt dieser Ansatz in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft sicherlich eine besondere Rolle. Eine primär eher monetär orientierte Zweckausrichtung, definiert unter Umständen, ggfls. sogar zwangsläufig, Rahmenbedingungen, die oben genannte Möglichkeiten der Personenzentrierung einschränken.

Quellen:

vgl. Peter F. Drucker; Die Kunst des Managements; Reinhard K. Sprenger; Das anständige Unternehmen; Fink/Moeller; Purpose Driven Organizations; Fredmund Malik, Strategie des Managements komplexer Systeme

27.11.2020

Jörg Schmidt

**Städtische Seniorenheime Krefeld
gemeinnützige GmbH**