

Stellungnahme zur Anhörung: „Einsamkeit“

Rüdiger Saßmannshausen

Facharzt für Psychiatrie, MAE

Bad Berleburg

Berufsverband westfälischer Nervenärzte (BVDN Westfalen-Lippe)

Berufsverband Deutscher Psychiater

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/3356

A43

1. Frage

- (1) Wie wird Einsamkeit und soziale Isolation im psychotherapeutischen Verständnis definiert?
- (2) Wie werden Einsamkeit und psychische Erkrankungen voneinander abgegrenzt?
- (3) Welcher Zusammenhang besteht zwischen Einsamkeit und psychischen Erkrankungen?

Zu Frage 1

- (1) Einsamkeit ist allein die Selbstbeschreibung (oder auch Zuschreibung) einer umfassenden Empfindung, eines Gefühls, eines Erlebens. Einsamkeit als Leiden erfordert sowohl eine besondere Empfindungsstärke als auch ein Persistieren des daraus resultierenden Stresses. Soziale Isolation ist dagegen ein Status, der (a) passiv von Außen bestimmt (z.B. Haft), (b) von Außen bestimmt mit subjektiver Zustimmung (z.B. Quarantäne), (c) von Außen bestimmt mit subjektivem Leiden (z.B. Mobbing), (d) aus eigenem Bedürfnis selbstgewählt (z.B. Klausur) oder (e) aus eigener Not (z.B. Armut), aber auch (d) aus einer krankhaften Störung (z.B. Depression, Angststörung) herrühren kann. Einsamkeit und soziale Isolation beschreiben also sehr unterschiedliche Dinge: eine psychische Dimension an sich und eine soziale Dimension mit möglichen Auswirkungen auf das psychische Befinden.

Zu Frage 1

- (2) Einsamkeit ist ein Befindlichkeit, kann eine Befindlichkeitsstörung sein, zunächst aber ohne einen Krankheitswert. Zur psychischen Erkrankung gehört ein spezifisches Leiden, in der Regel ein subjektives, welches aus eigener Kraft nicht rückgängig gemacht oder angemessen bewältigt werden kann.

Zu Frage 1

- (3) Einsamkeit kann einen Leidensaspekt haben, wenn die Einsamkeit nicht aus freien Stücken gewählt ist. Einsamkeit ist also für sich alleine keine psychische Störung, kann aber durch Leiden zu einer solchen führen, wenn keine Lösungsmöglichkeiten für das Leiden an Einsamkeit in Aussicht stehen (s.o.). Dann kann das Leiden an Einsamkeit als einzelnes Symptom eines Syndroms, als Teil einer umfassenderen Störung, als Krankheitszeichen gelten. Ob das Leiden an Einsamkeit allein eine Krankheitsentität darstellt, muss derzeit offen bleiben, zumindest kann das Leiden an Einsamkeit ein Krankheitsfaktor sein. Das Leiden an Einsamkeit bedarf besonderer Aufmerksamkeit.

2. Frage

- Wie äußert sich Einsamkeit bei Menschen, die psychotherapeutische Angebote wahrnehmen?

Zu Frage 2

- Beziehungslosigkeit, unerfüllbare oder unerfüllte Beziehungswünsche
- Fehlende oder mangelnde soziale Spiegelung bzw. Respons, dadurch mangelnde Korrekturfähigkeiten bzw. Korrekturmöglichkeiten
- Drehen um sich selbst
- Schuldzuweisungen, Vorwürfe
- Somatisierungen

3. Frage

- (1) Welche Rolle spielt Einsamkeit und soziale Isolation in der psychotherapeutischen Versorgung?
- (2) Hat sich dies aus Ihrer Perspektive in den letzten Jahren verändert und falls ja, wie?

Zu Frage 3

- (1) Wenn sie erkannt wird, ist Einsamkeit ein gravierendes Thema, welches nicht nur eine individual zentrierte Betrachtung, sondern auch ein Erfassen der realen und real möglichen Beziehungssysteme sowie deren Bedingungen und Dynamiken erfordert.

Zu Frage 3

- (2) Natürlich sehen auch wir die demographischen Veränderungen und deren Folgen, insbesondere für junge (unter 40 J.) und für alte (über 60 bzw. 65 J.) Menschen. Bei den jungen Menschen fallen uns Vereinzelung und das heißt auch Fehlen psychosozialer Einbindung z.B. in der Familie auf. Hinzu kommen auch Folgen exzessiven Konsums (a)sozialer Medien bzw. exzessiven Computerspielens (Gaming) mit Verlust real erlebbarer zwischenmenschlicher Beziehungen und Bindungen. Bei den alten Menschen im Rentenalter sehen wir Vereinzelung durch Verwitwung (Frauen) oder bei ledigen Männern durch Beendigung der sinnstiftenden beruflichen Arbeit (Berentung). Wir wissen, dass Ehe bzw. Familie bzw. andere tragende Bindungen einen protektiven Effekt haben, dies durch veränderte gesellschaftliche Bedingungen jedoch weniger gegeben bzw. ermöglicht ist.

4. Frage

- (1) Welche Rolle spielen Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen bei der Erkennung von Einsamkeit und sozialer Isolation?
- (2) Gibt es einen Informationsaustausch bzw. wie stark ist dieser zwischen Psychiatrie und Psychologie, um Einsamkeit erfolgreich entgegenzuwirken?

Zu Frage 4

- (1) Nur indirekt. Patienten kommen nicht oder werden nicht zugewiesen zum Psychiater wegen des Gefühls der Einsamkeit oder sozialer Isolation, sondern wegen Folgen des Leidens an Einsamkeit auf ihre Gesundheit oder wegen gesundheitlicher Störungen, aus denen das Gefühl der Einsamkeit bzw. soziales Rückzugsverhalten resultieren.

Zu Frage 4

- (2) Im Wesentlichen gibt es darüber im Konkreten kaum Kommunikation zwischen Psychiatrie und „Psychologie“. Im medizinischen System wird Kommunikation von Facharzt zu Hausarzt regelhaft gepflegt durch verpflichtende Berichterstattung; dazu kommt im sozialpsychiatrischen Verständnis die wechselseitige Kommunikation mit betreuenden Diensten (sozialpsychiatrischer Dienst, Soziotherapie, Suchtberatung, ambulante psychiatrische Pflege, ambulant betreutes Wohnen, stationäres Wohnen etc.) und mit medizinischen Diensten (MDK, Rehabilitation, Arbeitsamt)

5. Frage

- (1) Wie hat sich die Nachfrage zu niedrigschwelligen Hilfsangeboten wie Sorgentelefon, Krisenchat o. Ä. in den letzten Jahren entwickelt?
- (2) Was sind typische Lebenslagen, Probleme und Bedürfnisse derjenigen, die diese Angebote aktiv nutzen?

Zu Frage 5

- (1) Keine Angabe möglich
- (2) Keine Angabe möglich

6. Frage

- (1) Welche Rolle können Online-Therapieprogramme in der psychotherapeutischen Versorgung spielen?
- (2) Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus?
- (3) Wie hilfreich ist dies bei Einsamkeit?

Zu Frage 6

- (1) Online-Programme können eine günstige Erweiterung der Therapie bieten.
- (2) Mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung haben wir Psychiater in Westfalen-Lippe ein Programm (Deprexis) in der Behandlung depressiver Störungen erprobt, welches sich als nützlich für die Patienten und den therapeutischen Prozess erwies. Online-Programme ohne fachliche Begleitung können jedoch für den Betroffenen gefährlich werden durch unkontrollierte Aktivierung schädlicher Intentionen, z.B. Suizidalität.
- (3) Online-Programme sind keine Hilfe gegen Einsamkeit allein; es fehlt die real erlebbare zwischenmenschliche Beziehung.

7. Frage

- (1) Welche Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und anderen psychischen Erkrankungen z. B. Depressionen sind bekannt?
- (2) Wie wird mit dem Zusammenhang in der psychotherapeutischen Versorgung umgegangen?
- (3) Wie viele Patientinnen und Patienten schildern Einsamkeit als vordergründiges Thema, das in der Psychotherapie behandelt werden soll?
- (4) Was ist bei Ihnen die am häufigsten vergebene psychiatrische Diagnose für Menschen, bei denen Einsamkeit ein vordergründiges Thema darstellt?

Zu Frage 7

- (1) Einsamkeit als Leitsymptom bei depressiven Störungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, paranoiden Störungen, bestimmten Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen und anderen. Einsamkeit als Risikofaktor: Suizidalität, Suizid. Einsamkeit als Folge psychosozialer Faktoren: gelernte Hilflosigkeit, Trauma, soziale Isolation. Es gibt den Teufelskreis von Leiden an Einsamkeit und psychischer Erkrankung. Nicht zu vergessen, dass Einsamkeit als chronischer Stressor das Entstehen somatischer Erkrankungen wie Infekte, Herz-Kreislaufkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankungen und anderer bewirken kann. Somatische Erkrankungen und Behinderungen können zusätzlich Einsamkeit und psychische Störungen befördern. Einsamkeit als Folge biologischer Faktoren: (Epi-)Genetik, Fehlen oder Verlust sensorischer Fähigkeiten, körperliche und geistige Alterung (einschl. Demenz). Insgesamt sehen wir also eher Syndrome als eindeutig abgrenzbare Krankheitsentitäten.

Zu Frage 7

- (2) Im psychiatrischen Bereich werden die psychischen, sozialen und somatischen Bedingungen gleichermaßen erfasst.
- (3) Einsamkeit, zumal schambesetzt, ist eher nicht das vordergründige Eingangsthema in der Therapie, muss häufig erfragt und erkannt werden. Wahrscheinlich wird das Thema Einsamkeit als solches eher im Bereich der (anonymen) Lebensberatung im Vordergrund stehen.
- (4) Mit Sicherheit die depressiven Störungen, auch an Häufigkeit die Angststörungen.

8. Frage

- Wie werden die psychopathologischen Folgen von Einsamkeit psychotherapeutisch behandelt?

Zu Frage 8

- Diese Frage ist kaum beantwortbar, da sich die Therapie nach den komplexen Störungsbedingungen ausrichtet.

9. Frage

- Welche Möglichkeiten gibt es, Menschen durch psychotherapeutische Behandlung resilienter gegen Einsamkeit zu machen (z. B. zur Vermeidung negativer Interpretationen sozialer Situationen)?

Zu Frage 9

- Auch dieses hängt von der Art und Komplexität des jeweiligen Störungsbildes ab, ob ein eher auf biographische oder Verhaltensaspekte zentriertes oder ein systemisches oder ein offener psychosomatisch (somatopsychisch) orientiertes oder ein eher sozialpsychiatrisch orientiertes Vorgehen erforderlich ist.

10. Frage

- Welche Konsequenzen ergeben sich aus der psychotherapeutischen Versorgung einsamer, psychisch belasteter Menschen für die psychotherapeutische Bedarfsplanung?

Zu Frage 10

- Aufgrund zunehmenden Auftretens psychischer Störungen ist sicherlich eine Erweiterung der Zulassungsmöglichkeiten für approbierte Psychotherapeut*innen wünschenswert, jedoch ist dies auch mit der Frage der zusätzlichen Finanzierung durch die Kostenträger (und die Gesellschaft) verbunden. Wünschenswert ist ebenfalls eine bedarfsangemessene, kleinteilige Differenzierung der Therapieausrichtungen in der Bedarfsplanung. Unter den jetzigen Bedingungen regeln oft lokale Therapieangebote, Priorisierung und sozialer Status den Zugang zu Psychotherapie. Hingewiesen werden muss aber auch an den mittlerweile eklatanten Mangel an Psychiatern und Psychosomatikern, da beide Fachgebiete für junge Kolleg*innen und für eine Niederlassung nicht mehr genügend attraktiv sind.

11. Frage

- Jährlich werden in Deutschland über 800.000 stationäre Behandlungen in der Psychiatrie und Psychotherapie durchgeführt. Die Verweildauer von Patientinnen und Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus beträgt durchschnittlich 23,8 Tage. Zugleich geht Einsamkeit oft mit psychischen Erkrankungen einher. Ergeben sich aus dieser Konstellation und bei der Rückkehr aus psychiatrischen und psychologischen Kliniken in den Alltag besondere Anforderungen oder Möglichkeiten für die Bekämpfung von Einsamkeit?

Zu Frage 11

- Hier ist eine besondere Art des „Entlassmanagements“ gefragt. Im sozialpsychiatrischen Verständnis ist eine solche Überführung in die lokalen bzw. regionalen Unterstützungssysteme obligat. Dies setzt aber sowohl eine entsprechende personelle Ressource in den psychiatrischen Kliniken als auch eine Vernetzung der Kliniken im sozialpsychiatrischen Unterstützungsfeld voraus. Noch nicht überall in Nordrhein-Westfalen gibt es gemeindepsychiatrische Verbände. Im ambulanten Versorgungsbereich fehlen uns niedergelassene Psychiater*innen. Derzeit werden weniger Ärzt*innen zu Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet als allein zum Erhalt des Bestandes erforderlich ist. Bei psychosomatischen Kliniken mit eher überregionaler Versorgung ist eine Vernetzung bisher kaum gegeben, dort steht nach wie vor ein eher auf die individuellen Gegebenheiten zentriertes, weniger ein das Umfeld einbeziehendes Krankheitsverständnis im Vordergrund. Diesbezügliche Sensibilisierung ist wünschenswert.

12. Frage

- Welche weiteren Angebote und Maßnahmen zum Umgang mit Einsamkeit in der psychotherapeutischen Versorgung sind aus Ihrer Perspektive denkbar?

Zu Frage 12

- Häufigere Nutzung von die Therapie begleitender Soziotherapie, ambulanter psychiatrischer Pflege , ambulant betreuten Wohnens, Alltagsbegleitdienste etc.; dies erfordert aber entsprechende Sensibilisierung sowohl der potentiellen Verordner als auch der zuständigen Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherer, Landschaftsverbände etc.). Ein diese Möglichkeiten koordiniert einbeziehendes Therapiesetting ist aber leider durch die traditionelle Zersplitterung der jeweiligen Zuständigkeiten behindert. Auch unterschwellige Unterstützungsmöglichkeiten sind wegen der in diesem Versorgungssystem fehlenden Bedingungen erschwert, da hauptsächlich auf ehrenamtliches Engagement zurückgreifend.