Landtag
Nordrhein-Westfalen
17. Wahlperiode

Enquetekommission
EKPr 17/25
04.12.2020

Enquetekommission IV

8. Sitzung (öffentlicher Teil)[1]

4. Dezember 2020

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:30 Uhr bis 12:15 Uhr

12:30 Uhr bis 14:20 Uhr

Vorsitz: Dr. Martin Vincentz (AfD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkte:

1 Pflege und Einsamkeit *(s. Anlage 2)* **3**

– Anhörung von Sachverständigen *(s. Anlage 1)*

2 Die Rolle psychotherapeutischer Versorgung in Bezug auf Einsamkeit 25

– Anhörung von Sachverständigen *(s. Anlage 3)*

* * *

[1] nichtöffentliches Protokoll mit TOP 3 und 4 siehe nöEKPr 17/93

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich heiße Sie recht herzlich willkommen zur nun schon 8. Sitzung der Enquetekommission IV. Zur heutigen Sitzung begrüße ich die Mitglieder der Kommission, die anwesenden internen Sachverständigen sowie die Sachverständigen, die sich per Videoübertragung dazugeschaltet haben. Folgende Sachverständigen haben sich per Video dazugeschaltet: Herr Professor Dr. André Nienaber aus dem Fachbereich Gesundheit der FH Münster, Herrn Thomas Zander vom Sozialverband VdK NRW und Herrn Bodo de Vries vom Deutschen Evangelischen Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. Des Weiteren begrüße ich Herrn Jörg Schmidt vom Städtischen Seniorenheim Krefeld sowie die wissenschaftlichen Referentinnen und Referenten.

Die Einladung zur heutigen Sitzung ist Ihnen mit der Nummer E 17/1588 zugegangen. Da ich von Ihnen keine Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche in Bezug auf die Tagesordnung gesehen habe bzw. da mir keine entsprechenden E-Mails eingegangen sind, treten wir in die Tagesordnung – so wie sie Ihnen zugegangen ist – ein. – Zu erwähnen ist noch, dass seit der letzten Sitzung Herr Josef Neumann und Herr Rainer Matheisen – er ist aber heute nicht anwesend – Geburtstag hatten.

Ich rufe den Tagesordnungspunkt 1 auf:

1 Pflege und Einsamkeit *(s. Anlage 2)*

– Anhörung von Sachverständigen *(s. Anlage 1)*

Sehr geehrte Sachverständige, im Namen der Enquetekommission möchte ich mich erst einmal ganz herzlich bei Ihnen für die heutige Teilnahme und die bereits eingegangenen drei Stellungnahmen bedanken.

Ich gebe denjenigen, die noch nicht oft bei einer Anhörung dabei waren, einige organisatorische Hinweise: Zu Beginn gibt es bei uns immer die Möglichkeit, ein etwa fünfminütiges Eingangsstatement zu halten. Wir werden nicht so genau auf die Uhr schauen; im Groben sollten Sie sich aber bitte daran orientieren. Danach haben die Mitglieder der Kommission bzw. die Sachverständigen aus unserer Kommission die Möglichkeit zu Rückfragen. Sollte es unter den einzelnen Sachverständigen – wir versuchen, diesen Modus hier ein bisschen zu etablieren – Rückfrage- oder Diskussionsbedarf geben, ist das ausdrücklich erlaubt.

Herr Professor André Nienaber von der FH Münster, Herr Zander vom Sozialverband VdK sowie Herr de Vries werden gleich ihr Eingangsstatement per Videoschalte vortragen. Als Ersten rufe ich Herrn Dr. Nienaber auf, der nun das Wort hat.

Prof. Dr. André Nienaber (FH Münster, Fachbereich Gesundheit): Ich beginne mit der Beantwortung folgender Frage: Wie wirken sich Einsamkeit und soziale Isolation auf die Betroffenen – also auf die Angehörigen und Pflegende – aus? Ich möchte zwischen Einsamkeit und sozialer Isolation differenzieren. Das ist – auch was die Beschreibung anbelangt – aus meiner Sicht an manchen Stellen durcheinandergegangen

oder offensichtlich nicht klar gewesen. Einsamkeit sollte als das Erleben der Betroffenen verstanden werden, soziale Isolation dagegen als Möglichkeit, das zu quantifizieren. Das ist beim Erleben – dabei geht es um das Vorhandensein von sozialen Kontakten – nicht so ohne Weiteres möglich. Ich glaube, es ist ganz wichtig zu unterscheiden, worüber wir reden. Einsamkeit gibt es im Erleben der Betroffenen, während es bei der sozialen Isolation eher um das Vorhandensein sozialer Kontakte geht. Von daher kann es durchaus sein, dass sich Menschen, die offensichtlich sozial isoliert sind, trotzdem nicht einsam fühlen. Im Gegenteil können sich Menschen, die sozial integriert zu sein scheinen, einsam fühlen. Das hängt irgendwie zusammen, bedingt sich aber nicht zwangsläufig.

Ich möchte nun zum Thema „Einsamkeit als Krankheit“ Stellung nahmen. Dem würde ich entschieden widersprechen. Es gibt auch Warnungen, Einsamkeit komplett zu medikalisieren. Einsamkeit ist vor allen Dingen ein soziales Phänomen, und die Medikalisierung solcher Phänomene – so sagt es auch ein Kommentar in der Zeitschrift „The Lancet“ aus dem Jahr 2018 – war in dieser Form noch nie hilfreich. Einsamkeit wird eher als ein Gegenstand der öffentlichen Gesundheitsvor- und -fürsorge – also als eine Public-Health-Angelegenheit – verstanden, dem auf unterschiedlichen Ebenen begegnet werden muss.

Selbstverständlich gibt es eine Verbindung zum Thema „Erkrankung“. Einsamkeit wird im Hinblick auf Erkrankung eher als Begleitphänomen beschrieben. Es gibt aber für die Einsamkeit keine eigene Diagnose-Ziffer – weder im ICD-10 noch im DSM-5. Wie wirkt sich das auf die Betroffenen aus? Aufgrund der Covid-19-Pandemie und der sozialen Einschränkungen gibt es sehr viele aktuelle Studien, die sich mit Einsamkeit verschiedener Gruppen beschäftigt haben. Ich bin im Bereich der psychiatrischen Versorgung tätig. Das ist aus meiner Sicht ein sehr vulnerabler Bereich, denn viele Menschen mit psychischen Erkrankungen haben häufig wenig Sozialkontakte. Die Zeit der Einschränkung kommt jetzt noch dazu, was dazu führt, dass zu Zeiten des Lockdowns entsprechende Behandlungsangebote nicht weitergeführt werden konnten. Von daher konnte nicht an Behandlungserfolge angeknüpft werden. Die Phase der Unsicherheit hatte eine sehr starke Auswirkung auf die Betroffenen.

Ähnlich sieht es für die Angehörigen aus. Gerade vor zwei Tagen ist eine Untersuchung des Zentrums für Qualität in der Pflege in Berlin veröffentlicht worden, bei der es um die pflegenden Angehörigen ging. Auch dort hat sich eine zunehmende Verunsicherung gezeigt. Es gibt soziale Auswirkungen bei den Betroffenen. Die Versorgung scheint offensichtlich nicht mehr sichergestellt zu sein. Viele der Angehörigen befürchten eine Verschlechterung der Versorgung. In dem Zusammenhang muss insbesondere Folgendes erwähnt werden: Die pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz scheinen noch mehr betroffen zu sein als andere pflegende Angehörige. Ich glaube, dass es ganz wichtig ist, diese Menschen in den Blick zu nehmen.

Ich komme zu meiner Berufsgruppe, zu den Pflegefachpersonen. Sie standen, weil sie als systemrelevant beschrieben worden sind, sehr im Fokus, fühlen sich aber in dieser Situation ein wenig ausgeliefert. Sehr wenig hilfreich war die Ansage, dass Menschen in Quarantäne trotzdem zur Arbeit kommen sollen, um die Versorgung sicherzustellen. Das hat nicht wirklich zu Begeisterung in meiner Berufsgruppe geführt. Aktuell ist der

Pflegereport 2020 der BARMER – dabei geht es um die Pflegenden – veröffentlicht worden. In ihm wird aufgezeigt, dass gerade diese Situation mit einer zunehmenden Belastung einhergeht. Dabei steht nicht so sehr das Thema „Einsamkeit“ im Fokus. Es lassen sich aber auch da Verbindungen zu diesem Thema herstellen. Die hohe Belastungssituation hat etwas damit zu tun, dass die personelle Besetzung in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern nach wie vor sehr viel schlechter ist. Die professionelle Pflege in allen Bereichen – sowohl im Krankenhaus- als auch im Heimbereich – ist insgesamt sehr schlecht ausgestattet. Es gibt nach wie vor eine sehr starke Fokussierung auf den ärztlichen Bereich. Wir haben keine eigenen Verantwortungsbereiche für die Pflegenden. Das wirkt sich auch auf die Berufszufriedenheit aus. Es gibt einen großen Anteil von Menschen, die den Beruf wieder verlassen oder zumindest mit dem Gedanken spielen, das zu tun. Die beschriebenen Situationen tragen ihren Teil dazu bei.

Die Auswirkungen sind sehr mannigfaltig. Einsamkeit ist dabei ein zentrales Thema. Sie ist auch mit Erkrankungen – wie beispielsweise Depression – verbunden; denn Einsamkeit ist auch mit einem erhöhten Empfinden von Stress verbunden. Diese Verbindung gibt es sehr wohl. Es gibt aus meiner Sicht, wenn ich auf die Möglichkeiten schaue, das zu ändern, unterschiedliche Ansatzpunkte. Im Hinblick auf die Versorgung der Betroffenen geht es darum, vor allen Dingen in den Gemeinden soziale Netzwerke wieder zu stärken. Dabei geht es um Nachbarschaftshilfe und Möglichkeiten der Kommunikation in der Gemeinde, die gefördert werden sollten. In den 50-er Jahren gab es die Einrichtung der Gemeindeschwester. Das hat aus meiner Sicht sehr gut funktioniert. Man müsste es aber anders benennen. Das wäre eine gute Möglichkeit im Hinblick darauf, solche sozialen Netze wieder zu fördern.

Des Weiteren geht es dabei auch um die Nutzung von Tele-Angeboten bzw. telemedizinischen Angeboten. Auch in diesem Bereich gibt es sehr schöne Programme, die in anderen Ländern sehr gut erprobt sind. Ich nenne in diesem Zusammenhang beispielhaft den Einsatz von Tablets zur Förderung der Kommunikation. Ich durfte vor ein paar Jahren in den Niederlanden ein Projekt besuchen, wo mit sehr gutem Erfolg bei Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem Einsatz von Tablets gearbeitet wurde. Damit wurde zumindest in dem Bereich der sozialen Isolation ein wenig getan. Das führte zu einer größeren Vernetzung der Betroffenen.

Insgesamt sieht die Studiensituation im Hinblick auf Maßnahmen zur Verhinderung von Einsamkeit oder sozialer Isolation nicht gut aus. Wir haben nicht wirklich gute Studien in diesem Bereich. Von daher wäre da noch einiges im Hinblick auf Entwicklung nötig. Ansonsten benötigt man eine gute Informationsstrategie für alle Beteiligten – sowohl für die Betroffenen und ihre Angehörigen als auch für die Mitarbeitenden. Die Informationen sollten transparent verfügbar sein, um eine möglichst große Zustimmung zu diesem Maßnahmen erreichen zu können. – Das sind die drei Ebenen, auf denen ich ansetzen würde.

Abschließend möchte ich unterstreichen, dass es sich bei Einsamkeit nicht um ein rein medizinisches Problem handelt, dem von daher auch nicht mit rein medizinischen Maßnahmen begegnet werden kann. Vielmehr handelt es sich um ein Problem von Public Health bzw. der öffentlichen Gesundheitsvor- und -fürsorge, dem auf mehreren

Ebenen begegnet werden muss, denn das Thema der sozialen Ungleichheit hat erhebliche Auswirkungen auf das Erleben von sozialer Isolation und Einsamkeit. Das ist ein Thema, dem man nicht sosehr mit medizinischen Maßnahmen begegnen. Man braucht vielmehr noch andere gesellschaftliche Maßnahmen, um dem zu begegnen.

Jörg Schmidt (Städtisches Seniorenheim Krefeld): Meine Sichtweise bzw. die Sichtweise in unserem Unternehmen, mit der wir uns dem Thema „Einsamkeit“ genähert haben, war – in Bezug auf unsere Arbeit als Leistungsanbieter – konzeptioneller Art. Im Grunde geht es darum zu schauen, wie es gelingen kann, höchstpersönliche und individuellen Dinge – von denen gibt es, was die Bedürfnisse und Bedarfe der Menschen angeht, sehr viele – konzeptionell bzw. in den Inhalten institutionell so abzubilden, dass wir ihnen unter den gegebenen strukturellen organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen gerecht werden können.

Ich glaube, wir als Leistungsanbieter haben da eine hohe Verantwortung. Als Teil des Netzwerkes, das gerade genannt wurde, haben wir diese auch, wenn es darum geht, das Thema zu verstehen und es nicht separat bzw. isoliert im Sinne einer stationären oder eines ambulanten Angebotes zu betrachten. Des Weiteren geht es um eine weitere generelle Aufgabe. Gerade wurde von den sozialen Deutungen gesprochen worden. Altenheime werden oft als sozialer Abstieg erlebt. Das alles sind Rahmenbedingungen, die Einsamkeit, Rückzugstendenzen oder Selbstzweifel verstärken. In diesem Bereich sollte man sich – trotz der eben angesprochenen nicht so optimalen Rahmenbedingungen – Gedanken machen, Konzepte entwickeln und sich auf den Weg begeben. Ich bin aber der Meinung, dass trotz der gegebenen Bedingungen gute Konzepte möglich sind und dass es durchaus möglich ist, diese in Betrachtungsweisen einfließen zu lassen. Das ist die absolute Aufgabe.

Ich sehe auch in Bezug auf die Themen Einsamkeit, Rückzug und Depressionen Lösungswege. Das ambulante System ist im Grunde sehr gut, weil es vielfältige Leistungen beinhaltet. Es könnte, denke ich, mit einer hohen Taktung Einsamkeits- und Rückzugstendenzen eher befördern, weil die Situation nicht genau genug erfasst wird und Informationen verlorengehen. Im stationären Bereich gibt es aufgrund der besonderen sozialen Situation Vorteile. Von daher gibt es eigentlich leichte Zugänge zu Kontakten. Es gibt aber aufgrund der immanenten Bedingungen von Institutionen Faktoren, die Einsamkeit – auch aufgrund des Status von Altenpflegeheimen – befördern können.

Ich bleibe aber dabei: Wir sollten da klug herangehen und gegebenenfalls Konzepte kombinieren. Herr de Vries ist ebenfalls hier anwesend. Ich weiß, dass im Bielefelder Raum Konzepte gefahren werden, die sehr eng vernetzt sind und die Möglichkeit eröffnen, Menschen in den Fokus zu nehmen, Situationen genauer zu betrachten und dann abzustimmen, wie die Angebote aussehen sollten. Das halte ich für den gebotenen Weg, um erfolgreich zu sein.

Es ist unsere Aufgabe, Teil des Netzwerks zu sein, Konzepte personenzentriert auszurichten und als Anbieter, der möglichst verzahnt sein sollte, gegebenenfalls direkt ins Quartier zu gehen. Auch da sehe ich gute Lösungen, weil es dann zu einer anderen Verbundenheit kommt. Ansonsten müssen sich die Leistungsanbieter sehr gut

verzahnen bzw. vernetzen und sich gegenseitig informieren, damit keine Informationen, welche die Menschen betreffen, verlorengehen.

Thomas Zander (Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf): Unsere Organisation hat sich sehr über die Möglichkeit gefreut, Stellung zu nehmen. In Anbetracht der Tatsache, dass sich in dieser Enquetekommission sehr viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler befinden, möchte ich Ihnen den Ausgangspunkt der Beobachtungen unseres Verbandes – sozusagen aus nichtwissenschaftlicher Sicht – schildern. Wir sind eine Organisation, die in Nordrhein-Westfalen 385.000 Mitglieder hat. Etwa 20 % unserer Mitglieder sind älter als 70 Jahre; 6 % sind sogar älter als 80 Jahre.

Ich nähere mich diesem Thema nicht wissenschaftlich. Von uns werden Betreuungsangebote gemacht, die unter anderem auch vor Vereinsamung schützen sollen. Wir erleben sehr viele verschiedene soziale Problemlagen bzw. Ausgangspositionen. Die Pluralität der Lebensformen ist offenkundig. Des Weiteren ist offenkundig – damit haben Sie sich bereits in den letzten Wochen in der Enquetekommission befasst –, dass es einen starken Zusammenhang mit der Armutsproblematik gibt.

Die Armutsproblematik führt zu Einbußen an Möglichkeiten sozialer und kultureller Teilhabe. Armut führt – das wissen wir – auch dazu, dass es Einbußen im Hinblick darauf gibt, gesundheitliche Vorsorge zu betreiben. Des Weiteren gibt es einen Zusammenhang zwischen Armut und dem früheren Auftreten chronischer Erkrankungen und letztlich auch Behinderungen. Von daher möchte ich – wenn ich das auch nicht wissenschaftlich machen kann – eine Linie von der Armut hin zu Gesundheitseinbußen ziehen. Dabei geht es um chronische Erkrankungen und Behinderungen sowie letztlich um Pflegebedürftigkeit.

Ich komme zur Themenstellung im engeren Sinne. Im Hinblick darauf, dass man Einsamkeit als nicht freiwillig gewählte Form einer sozialen Isolation sieht, besteht unsere Beobachtung darin, dass sie viel zu wenig Thema bei den Betroffenen und den Angehörigen im häuslichen Pflegeumfeld ist. Wir meinen, dass man der sozialen Ungleichheit nur durch präventive soziale Arbeit Rechnung tragen kann. Das müsste aus unserer Sicht bei den Wohnformen anfangen. So lange wie möglich sollte ein selbstbestimmtes Leben möglich sein. Selbst wenn man das Haus bzw. die Wohnung nicht mehr verlassen kann, besteht die Möglichkeit, Besuche von Freunden oder Bekannten zu bekommen. Wir sind der Meinung, dass dazu Quartiersarbeit und Wohnungsbau verzahnt werden müssen. Wir fänden es gut, wenn in Nordrhein-Westfalen barrierefrei gebaut werden würde. Das sollte auch unter dem Gesichtspunkt geschehen, dass möglichst viele Menschen – wenn sie es selber so wollen – möglichst lange selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden bleiben können. Außerdem wäre es wichtig, eine rollstuhlgerechte Barrierefreiheit zu erreichen. Das sollte gesetzlich verankert werden.

Wir sind der Meinung, dass Prävention und Rehabilitation unglaublich wichtig sind, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuschieben. Während der Zeit der Vorgängerlandesregierung – ich denke, dass das immer noch seine Gültigkeit hat – gab es Untersuchungen zur Frage, was volkswirtschaftlich gewonnen werden kann, wenn der Eintritt stationärer Pflegebedürftigkeit möglichst weit hinausgeschoben

wird. Als Organisation sind wir der Meinung, dass politische Entscheidungen im Hinblick auf Armutsbekämpfung, alters- und barrierefreien Wohnungsbau sowie Quartiersentwicklung die Möglichkeit eröffnen sollten, dass ein älterer Mensch Freunde und Familie auch erreichen kann. Das alles sollte im Kontext der Zeit vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit gesehen werden. Es sollte also ein intaktes soziales Umfeld vorhanden sein, das vor Einsamkeit schützt.

Wir als Organisation möchten das Augenmerk besonders auf drei Gruppen richten. Einmal handelt es sich dabei um junge zu Pflegende. Wir haben häufig das Bild vor Augen, dass immer nur Alter und Gebrechlichkeit im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit gesehen werden. Richtig ist aber, dass auch sehr viele junge und mittelalte Menschen pflegebedürftig sind und von der Problematik der Einsamkeit betroffen sind. Des Weiteren glauben wir, dass wir als Organisation – hergeleitet von Hunderten von Einzelkontakten pro Jahr zwischen unseren Mitarbeitern und pflegenden Angehörigen – feststellen dürfen, dass Angehörige und Familien eine viel stärkere Unterstützung brauchen, wenn es darum geht, sich um zu Pflegende zu kümmern. Damit kann auf familiärer Ebene Einsamkeit entgegengewirkt werden.

Schließlich geht es auch um die Frage, wie man mit Menschen in der allerletzten Lebensphase umgeht. Einsamkeit ist auch im Hinblick auf Menschen, die sich im Sterbeprozess befinden, etwas, das – dies entspricht unserer Beobachtung – thematisiert werden sollte. Wir haben den Eindruck, dass es ein gesellschaftliches Tabu gibt, darüber zu sprechen, sich also mit den letzten Tagen oder Wochen eines Lebens zu befassen.

Wir fordern schon seit längerer Zeit, dass es – bezogen auf die Corona-Krise – eine kommunale Sozialbilanz geben müsste. Dabei geht es um die Frage, wie Kommunen damit umgehen, dass alten Menschen gesagt wird, sie müssten ihre Kontakte so weit reduzieren, dass sie praktisch nicht aus dem Haus gehen können. Wir meinen, dass man Einsamkeit auch unter dem Aspekt der Pflege entgegenwirken kann, wenn es gute kommunale Rezepte für eine Demografiepolitik sowie auch eine entsprechende verpflichtende Berichterstattung gibt. Als Verband haben wir in den letzten Jahren verschiedentlich versucht, an valide Aussagen von NRW-Kommunen heranzukommen. Vonseiten der Kommunen gab es nicht viel Verständnis. Auch haben wir nicht viele Antworten bekommen.

In unserem Verband sind fast 10.000 Ehrenamtliche tätig. Ehrenamt kann gegen Einsamkeit helfen. Es kann aber auch einsamen Menschen helfen. Diesen Aspekt haben wir in der Stellungnahme nicht behandelt. Es wäre aber nach unserer Auffassung erforderlich, dem noch einmal nachzugehen.

Dr. Bodo de Vries (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.): Ich bringe mich hier einerseits als Geschäftsführer des Evangelischen Johanneswerks ein, der für die Pflege für ca. 3.500 stationäre Plätze sowie für über 2.500 Menschen, die im ambulanten Bereich versorgt werden, verantwortlich ist. Wir tragen auch für einige Leuchttürme bzw. Prjekte der Quartiersversorgung Verantwortung. Auch bringe ich mich als Vorstand des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege sowie auch als „Wissenschaftler“ – das sage ich in Anführungsstrichen ein –

ein. Vor 25 Jahren habe ich eine Doktorarbeit zum suizidalen Verhalten alter Menschen geschrieben. Ich habe mich von daher mit den Fragestellungen in Bezug auf depressive Verstimmung, Einsamkeit und suizidale Neigungen intensiv beschäftigt.

Aus meiner Perspektive möchte ich zwei Dinge voranstellen. Ich unterscheide aus soziologischer Perspektive zwischen Isolation und Einsamkeit. Ich kann objektivieren, ob ein Mensch isoliert ist oder nicht. Das kann ich messen. Einsamkeit hingegen ist die subjektive Deutung einer Situation durch einen betroffenen Menschen. Diese Unterscheidung ist wichtig. Sie werden aus meinen Ausführungen heraushören, dass ich vor allem aus der Perspektive der stationären Versorgung auf diese Fragestellung schaue. Ich kann weitgehend bis vollständig ausschließen, dass Bewohner im stationären Bereich isoliert sind. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie einsam sind; denn die subjektive Deutung ist eben eine andere.

Wir stellen aber fest, dass die Isolation gerade unter Corona-Zusammenhängen bedeutend verstärkt wird. Wir versorgen über 4.500 Haushalte. im Rahmen des Hausnotruf-Systems versorgen. Seit Jahrzehnten schon haben wir das Problem, dass sich diese 4.500 Haushalte an uns wenden und scih über das Hausnotrufsystem melden, obwohl sie keine Probleme haben. Sie wenden sich eigentlich nur deshalb an uns, weil sie einen Gesprächspartner brauchen. Wir können empirisch belegen, dass die Zahl derer, die sich über unsere Tag und Nacht besetzte Hausnotrufzentrale an uns wenden, obwohl sie objektiv kein Problem habe, aber einen Gesprächspartner suchen, in Zeiten von Corona deutlich angestiegen ist.

Bei der stationären Versorgung im Kontext von Corona reagieren wir ebenfalls mit Tablets sowie im Rahmen anderer Formen von Kommunikation. In dem Zusammenhang möchte ich auf eine Facette hinweisen, die mehr eine pädagogische Bedeutung hat. Hier wird die Frage der Pädagogik des Alters bzw. die Technikakzeptanz tangiert. Das Tablet an sich ist für uns bislang noch kein Erfolgsmodell. Wenn wir jemandem ein Tablet geben, ist zu berücksichtigen, dass 70 % unserer Bewohner räumlich und zeitlich desorientiert – das heißt: dement – sind. Geben wir ihnen zusätzlich einen Telefonhörer in die Hand geben, geht viel mehr. Die Menschen haben verstanden, dass man in einen Fernseher nicht hineinpatscht, auch wenn er klein wird. Wenn sie jedoch gleichzeitig einen Telefonhörer und ein Bild haben, erreichen wir ganz andere Formen, und die Kommunikation mit Angehörigen gelingt häufig. Von daher ist das Tablet für uns gar nicht das Erfolgsmodell. Vielmehr geht es bei einem Menschen, der in der Regel 86 Jahre alt und älter ist, um einen intuitiven Einsatz. Er kann über Technikakzeptanz einen eigenen Zugang finden. Das funktioniert häufig mit paralleler Verwendung eines Telefonhörers ganz gut.

Wir gehen davon aus, dass sich Menschen im stationären Bereich – das muss man bei der Isolation bzw. der Einsamkeit berücksichtigen – in einer Krisensituation befinden. Dazu müssen die demografischen Faktoren – oder die Verweildauer – in den Blick genommen werden. Bei den 3.500 Plätzen, die wir verantworten, ist es so, dass 50 % der Menschen in dem Jahr versterben, in dem sie kommen. Zwei Drittel der Männer versterben im ersten halben Jahr. 50 % der alleinstehenden Frauen mit Demenz bleiben länger als drei Jahre. Damit will ich Folgendes sagen: Sie müssen differenzieren bzw. hinschauen, um wen es eigentlich geht. Gehen Sie bitte davon aus,

dass viele erst einmal ganz andere Probleme – wie zum Beispiel solche, die Teilhabe betreffen – haben, wenn sie kommen. Bei ihnen geht es eher um den Umgang mit Verlustsituationen zum Beispiel in Bezug auf die eigene Häuslichkeit sowie um Kompetenzeinbußen, die gerade auch der Grund für den Wechsel in eine stationäre Einrichtung waren. Von daher müssen wir erst einmal von einer Krisensituation ausgehen, um von da aus – wenn wir nicht sowieso in palliativen Hospizkontexten sind, bei denen Einsamkeit auch eine große Rolle spielt, wo wir aber ganz anders gefordert sind – zu schauen, wie wir soziale Isolation aufheben. Ich möchte das hervorheben, um deutlich zu machen, dass das Altersbild, das vielleicht der gesamten Fragestellung zugrunde liegt, nicht eindimensional betrachtet werden kann. Das muss vielmehr sehr differenziert geschehen.

Ich komme zu einem letzten Beispiel in dem Zusammenhang, auf den wir im Moment stoßen, wenn es um Isolation und Einsamkeit geht. Es geht nicht allein um unsere Bewohner, sondern auch um deren Partner. Sie müssen in den Blick nehmen, dass die Jahrgänge nach 1930 wieder paritätisch besetzt sind. Das bedeutet, dass es in der Bundesrepublik Deutschland so viele hochaltrige Ehepaare wie nie zuvor gibt. Wenn sich einer von den beiden in unseren Einrichtungen befindet, lebt der andere quasi mit uns mit. Der ist täglich da. Wenn bei diesen Menschen, die häufig nicht mehr viele Bindungen zu Freunden und Familienangehörigen haben, der Zugang reduziert bzw. mit Hürden ausgestattet wird, führt das beim Partner, dessen Lebensmittelpunkt die Teilhabe an der Pflege des Partners in der Einrichtung ist, dazu, dass ihm der wesentliche Lebensinhalt genommen wird. Das ist eine demografische Facette, die in Deutschland neu ist. Nimmt man das Jahr 1930 und zählt 86 Jahre dazu, kommt man auf das Jahr 2016.

Hier haben wir eine völlig neue Zielgruppe, die wir versorgen müssen. Ich bitte Sie darum, auf die Genderfrage und in dem Zusammenhang auch auf das Jahr 1930 zu schauen. Suizidale Neigungen sind eine Frage des höheren Lebensalters. Sie betreffen vor allen Dingen Männer. Allein aus demografischer Perspektive heraus haben wir es, geschlechtsspezifisch gesehen, mit lebensverneinenden Haltungen zu tun, die durch traurige Verstimmungen bzw. Einsamkeit entstanden sind. Damit sind wir auf dem Gebiet der sozialen Gerontologie völlig neu gefordert. Deshalb muss das in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden.

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Vielen Dank! Das war eine sehr schöne erste Runde. – Ich eröffne nun die zweite Fragerunde. – Das Wort hat Herr Blondin.

Marc Blondin (CDU): Liebe Sachverständige, auch ich bedanke mich herzlich für Ihre Teilnahme heute sowie für die Beantwortung der Ihnen gestellten Fragen. Ich darf die besten Wünsche und Grüße unserer eigentlichen Sprecherin, Britta Oellers, ausrichten, die ich heute natürlich nicht eins zu eins ersetzen kann. Sie kümmert sich zu Hause um ihren erkrankten Sohn. Wir wünschen ihrem Sohn in Krefeld gute Genesung.

Ich richte folgende Frage an alle Sachverständigen: Wie kann Pflege zu Hause möglichst lange gelingen? Eine weitere Frage geht an Herrn Professor Dr. Nienaber, der

das Modell der Gemeindeschwestern, das ich äußerst interessant finde, angesprochen hat. Ich bitte ihn darum, uns in dem Zusammenhang noch etwas konkreter Lösungswege aufzuzeigen. Ansonsten habe ich noch Nachfragen an Herrn Zander vom VdK: Was bietet der VdK gegen Einsamkeit an? Welche Projekte gibt es in dem Zusammenhang bei ihm? Herrn Schmidt vom Städtischen Seniorenheim Krefeld frage ich: Welche Erfahrungen machen Sie mit Ihrem Versorgungskonzept?

Josef Neumann (SPD): Ich sage den Sachverständigen vielen Dank für die umfassenden Stellungnahmen, die sie hier eingebracht haben. – Herr Schmidt sagte vorhin: Wir sehen, dass es Lösungsansätze gibt. Ich habe Ihre Stellungnahme gelesen, in der auch der „personenzentrierte Ansatz“ vorkam. Mich interessiert in dem Zusammenhang: Was steht aus der Sicht eines Trägers letztendlich diesem personenzentrierten Ansatz im Weg, um Lösungen anzubieten?

Eine weitere Frage richte ich an Herrn Professor Nienaber. Sie erwähnten das, was ich bereits gestern mehrfach zum Teilhabebericht von fast allen Sachverständigen gehört habe. Sie sagten, dass die Datenlage eigentlich ziemlich schlecht ist. Sie wüssten viel zu wenig über das, worüber sie sprechen würden. Was empfehlen Sie in dem Zusammenhang? Was müsste eigentlich geschehen, um die Datenlage zu verbessern, damit wir wesentlich mehr Informationen bekommen, als wir heute in Bezug auf die angesprochenen Themenschwerpunkte haben? Ich habe manchmal das Gefühl, dass es hier wie bei der Debatte um die Fleischindustrie ist: Wir wissen mehr über die Schweine als über diejenigen, die sie schlachten. Was die Themen angeht, die uns hier beschäftigen, habe ich das Gefühl, dass wir enorm viel über Gesundheit im Allgemeinen wissen, dass die Gesellschaft aber über zentrale Punkte wie zum Beispiel Einsamkeit und Isolation anscheinend sehr wenig weiß. Deshalb interessiert mich Ihre Empfehlung in Bezug darauf, wie das Thema „Datenlage“ anzugehen ist.

Des Weiteren habe ich noch eine Frage an Herrn Zander, der ausführlich zum Thema „Armutsrisiko“ gesprochen hat. Sie sagten – ich fasse das mit meinen Worten zusammen –, dass Armut letztendlich Beeinträchtigung der Gesundheit bedeutet. Das kann dazu führen, dass man einsam und isoliert ist. Was sind die Aspekte, unter denen wir das Thema „Armutsbekämpfung“ aufnehmen sollten, um zu verhindern, dass Menschen überhaupt in eine solche Lücke des Lebens hineinkommen?

Arndt Klocke (GRÜNE): Ich sage erst einmal Herrn Zander Dank für seine Ausführungen und seine Expertise. Er führte aus, dass in den entsprechenden Ausbildungsverordnungen die sozialen Aspekte bzw. die psychosoziale Struktur – dabei geht es um die psychische Gesundheit – eher im Hintergrund stehen. Was ist notwendig, damit diese Problematik mehr in den Vordergrund rückt? Was ist in Bezug auf die politische Steuerung nötig? Was müssten wir in dem Zusammenhang weiter bearbeiten?

Herr Schmidt führte in seiner Stellungnahme aus, dass ein geregelter Tagesablauf mit einer klaren Struktur wichtig ist, um den Menschen Stabilität zu geben. Sehen Sie in dem Zusammenhang noch weitere Faktoren? Ich denke dabei zum Beispiel an den Kontakt zu anderen Menschen, zum Beispiel zu Angehörigen? Dabei könnte es bei-

spielsweise um Spielerunden und Tiere gehen. Was alles könnte dazu führen, dass den Menschen in Ihrer Einrichtung Stabilität gegeben wird?

Stephen Paul (FDP): Mein Vater ist derzeit sehr pflegebedürftig. Meine Mutter sitzt den ganzen Tag über an seinem Bett. Deshalb habe ich Ihre Ausführungen gut nachvollziehen können, habe aber noch eine Nachfrage zur Situation in den Pflegeheimen. Wir wünschen uns noch weitere Ausführungen einmal zum Einsamkeitsempfinden der Patienten gerade jetzt in Pandemiezeiten, zum anderen aber auch in Bezug auf die Überlastungssituation des Personals. Wie wirkt sich das im Hinblick auf die Einsamkeitsproblematik aus? An Herrn Professor Nienaber habe ich die Frage, inwieweit auch telemedizinische Technik eine Rolle spielen kann, um Einsamkeitsempfinden in der Pflege zu reduzieren.

Prof.'in Dr. Maike Luhmann (Sachverständige EK IV): In vielen Stellungnahmen war die Rede davon, dass das Thema „Einsamkeit" – dabei geht es generell um psychische Gesundheit sowie auch um soziale Aspekte bei der Ausbildung – zu kurz kommt. Mich interessiert, welche konkreten Wege man beschreiten kann, um die Sensibilisierung zu erhöhen. Sensibilisierung allein reicht nicht aus, sondern man muss den Menschen auch etwas an die Hand geben, damit sie wissen, was zu tun ist. Es reicht nicht aus, dass man erkennt, dass jemand einsam ist. Vielmehr muss man auch wissen, was dann als Nächstes getan werden muss.

Herr Nienaber sprach in seiner Stellungnahme vor einem deutschen Sonderweg in der Pflege. Wissen Sie etwas darüber, wie dieses Thema in anderen Ländern behandelt wird? Gibt es Beispiele aus anderen Ländern, in denen das Thema „Einsamkeit und Pflege" etwas anders behandelt wird als bei uns?

Herr de Vries hat festgestellt, dass es wichtig ist, speziell bei Männern auf Genderaspekte zu achten. Haben Sie Vorschläge im Hinblick auf Maßnahmen, wie man Männer egal welchen Alters dazu bringen kann, mehr in ihre sozialen Kontakte zu investieren bzw. Einsamkeit zu bekämpfen?

Thomas Hax-Schoppenhorst (Sachverständiger EK IV): Ich habe Fragen an Herrn Professor Nienaber und Herrn Zander. Herr Nienaber hat gerade die Situation der Pflegenden erwähnt und dabei festgestellt, dass einige von ihnen resignieren bzw. kündigen. Ich mache mir Gedanken in Bezug auf diejenigen, bei denen gerade in der aktuellen Situation ein enormer Durchhaltewillen vorausgesetzt wird. Man kann zwar nicht davon reden, dass Pflegende – das ist allein aufgrund der beruflichen Situation ausgeschlossen – sozial isoliert sind. Wie aber steht es um die emotionale Vereinsamung? In der Berufsgruppe der Pflegenden wird die Situation der hohen Belastung nicht in erforderlichem Maße thematisiert. Pflegende haben nach meiner Ansicht massive Probleme. Ihre Situation kann nicht in dem Maße nach außen kommuniziert werden, wie es sein müsste. Zu Beginn der Corona-Zeit bekamen sie Applaus; das aber kann es nicht gewesen sein. Insofern mache ich mir große Sorgen um die emotionale Vereinsamung von Pflegenden bzw. um ihre seelische Gesundheit. Des Weiteren

mache ich mir Gedanken darüber, dass zunehmend mehr von ihnen aufgrund dieser Situation ihren Dienst quittieren werden.

Herr Zander, Sie haben mich insofern neugierig gemacht, als Sie von der „kommunalen Sozialbilanz“ sprachen. Das klingt gut. Können Sie das noch ein wenig unterfüttern?

Dr. Martin Vincentz (AfD): Meine erste Frage richte ich an Herrn Professor Dr. Nienaber. Sie schließt an das an, was Herr Hax-Schoppenhorst in Bezug auf die Hilfe für die Helfer sagte. Das verlieren wir, glaube ich, gerade ein wenig aus den Augen. Bei der Ärzteschaft gibt es da schon einige Dinge, die man diesbezüglich im Blick hat. Der Pflegeberuf ist ein Beruf mit hoher Arbeitsbelastung bzw. hoher emotionaler Belastung. Auch die Arbeitszeiten führen dazu, dass die Pflegenden – zum Beispiel wegen Arbeit an Wochenenden – Einbußen bei ihren sozialen Kontakten haben. Gibt es konkrete Überlegungen, wie man das – auch präventiv – besser machen kann?

Die zweite Frage geht an Herrn Schmidt. Sie haben es, wie ich finde, sehr charmant formuliert: Sich ins Pflegeheim zu begeben, wird von vielen als sozialer Abstieg wahrgenommen. Ich war in einem Pflegeheim und sah dort im Aufzug, was alles – zum Beispiel Tanzabende – angeboten wird. Von daher hatte ich den Eindruck, dass Pflegeheime im Regelfall gesellig angelegt sind. Dennoch gibt es soziale Isolation bzw. Einsamkeitsgefühle innerhalb der Geselligkeit. Können Sie in dem Zusammenhang sagen, was man im Einzelnen dagegen machen kann?

Des Weiteren habe ich noch eine Frage an Herrn de Vries. Jeder, der im Gesundheitssektor arbeitet, weiß, dass sich auch Menschen an ihn wenden, die eigentlich keine größeren Leiden bzw. kein akutes Problem haben, aber einen Gesprächspartner suchen. Im besten Fall lächelt man das ein bisschen weg und sagt, dass die ältere Dame am Freitagnachmittag einfach nur ein Gespräch führen wollte. Im schlimmsten Fall jedoch wird es als Belastung wahrgenommen, obwohl es sich dabei um einen nicht kleinzuredenden Anspruch handelt. Wie könnte man es institutionalisieren, dass eine Gesprächshilfe bzw. die Sprechende Medizin – dabei geht es darum, dass man sich umeinander kümmert – im Rahmen der Gesundheitsversorgung mehr Platz bekommen könnten?

Dr. Bodo de Vries (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.): Ich komme zunächst zur Genderfrage in Bezug auf den stationären Bereich. Hier haben wir, wenn Sie so wollen, ein historisches Pflegeproblem. Erstens. Die Pflege wird schwerpunktmäßig seit Jahrzehnten von Frauen geleistet. Zweitens. Die Handlungsschwerpunkte und das Milieu in den stationären Einrichtungen sind hauswirtschaftlich orientiert. Ich selber bin da Täter und Mitentwickler von Hausgemeinschaftskonzepten der Einrichtungen, die den alltäglichen und normalen Lebensvollzug in der Einrichtung vollziehen. Es gibt Hausgemeinschaftskonzepte nach dem Motto: Wir spielen alle Familie am großen Tisch und schälen gemeinsam die Kartoffeln. Das sind Konzepte, die ich Mitte der 90-er Jahre geplant habe. Damals hatten wir noch keine männlichen Bewohner, die uns auf andere Handlungsschwerpunkte hätten bringen können.

Es geht um folgende Fragen: Wie beziehen wir Menschen ein? Wie gestalten wir das soziale Leben? Ich behaupte, dass Isolation im stationären Bereich nicht das Problem ist. Einsamkeit ist das Problem. Das ist auch eine genderspezifische Frage. Die können wir nur beantworten, wenn wir die Ursache für die Einsamkeit in den Blick nehmen. Dazu hatte ich gerade schon gesagt, dass ich davon ausgehe, dass es sich um individuelle Krisen handelt. Es gibt eine Gleichförmigkeit, weil viele Menschen wegen ähnlicher Bedingungen die eigene Häuslichkeit verlassen. Die Lösung des Problems in Bezug auf die Frage, wie man dem entgegnet, liegt aus mehreren Gründen im Quartier.

Wir haben hier kein Finanzierungsproblem, vielmehr ein Personalproblem. Dieses Problem werden wir gar nicht lösen können. Das Problem der Einsamkeit werden wir nur lösen, wenn wir es schaffen, in Wohnquartieren Netzwerke herzustellen. In dem Zusammenhang sind das Evangelische Johanneswerk und viele andere große Träger wie „Soziales neu gestalten“ zu erwähnen. Wir bilden schon lange – inzwischen übrigens schwerpunktmäßig für Kommunen – Dienstleistungs- und Netzwerkmanager aus. Dabei geht es darum, dass sich Menschen aufeinander beziehen. Es geht nicht darum, jahreszeitlich bedingte Bastelarbeiten mit alten Menschen durchzuführen, sondern vielmehr darum, dass sich Menschen aufeinander beziehen. Damit soll Teilhabe im Wohnquartier ermöglicht werden.

Zahlenmaterial mag uns fehlen. Ich glaube, dass Sie auf der Landesebene nicht helfen können. Das ist nämlich eine Quartiersfrage bzw. eine Detailfrage. Es geht dabei um eine sozialwissenschaftliche Facette im Wohnquartier. Wir haben viele Wohnquartiere, wo alle Nachbarn altern. Das heißt, dass deren Häuschen zu ähnlichen Zeitpunkten gebaut wurden. Die Menschen zogen zu ähnlichen Zeitpunkten ein. Diese Menschen sollten sich aufeinander beziehen. Das kann zum Beispiel mit Hilfe von Cafés geschehen. Diese Ansätze haben wir als Leuchttürme. Wir sind in Nordrhein-Westfalen – das gilt übrigens auch für andere Bundesländer – allerdings noch nicht über die Leuchttürme hinausgekommen. Es handelt sich nämlich um eine Finanzierungsfrage.

Damit komme ich zu einer anderen Facette. Sie überlegen sich, was Pflegekräfte dazu beitragen können. Im ambulanten Bereich sind sie verrichtungsbezogen unterwegs, haben also einen konkreten Auftrag, für den sie unterwegs sind. Der Auftrag lautet nicht, die Einsamkeit zu bekämpfen. Vielmehr handelt es sich in der Regel um einen Betreuungsauftrag. Die Betreuung hat übrigens im Wesentlichen etwas mehr mit Hausputzen als mit Betreuung zu tun. Ansonsten reden wir von Grundpflege und Behandlungspflege. Wenn die verrichtet ist, sind die Leute weg. Sich auf die Pflegerin zu fokussieren, ist wissenschaftlich gesehen wahrscheinlich sogar falsch. Wir reden hier schwerpunktmäßig über sozialgerontologische Fragestellungen. Die gute Pflege, über die wir vor ein paar Jahrzehnten mal nachgedacht haben, hatte das Komplettpaket im Blick. Diese Facette hat man heute, wenn über den Pflegebegriff diskutiert wird, überhaupt nicht im Blick. Deshalb müssen wir aus demografischen, wirtschaftlichen und solidarischen Gründen darauf schauen, wie wir das außerhalb der stationären Versorgung sichergestellt bekommen. Das kann gerne auch geschehen, indem wir diese Einrichtungen zu Quartierspunkten entwickeln, von denen sehr viel – Kultur- und Freizeitarbeit, hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Pflege – ausgeht. Das Bild des Altenheims aber funktioniert nicht.

In diesem Zusammenhang will ich Ihnen ein paar Risiken deutlich machen. Das kann ich anhand der Altenheime, für die ich Verantwortung habe, exemplarisch auf Grundlage der Verweildauer aufzeigen. Ich habe Einrichtungen, in denen Menschen einfach deshalb sehr lange verweilen, weil es dort Menschen gibt, die vielleicht dazugehören. Die sind deshalb da, weil die örtliche Pflegeinfrastruktur keine Alternativen zur Verfügung stellt. Tagespflegeangebote bzw. häusliche Versorgung wirken da nicht in gleicher Weise wie im Zentrum Bielefelds oder in der City von Bochum.

Wenn wir nicht an der Einsamkeit, einer differenzierten Pflegeinfrastruktur sowie einem Quartiersmanagement arbeiten, gibt es eine Hinwendung zur stationären Versorgung, die wir nicht haben wollten und die auch nicht finanzierbar ist. Des Weiteren haben wir dafür kein Personal. Außerdem macht sie Menschen nicht glücklicher. Da haben wir ein großes Problem.

Ich erlaube mir, in dem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass gerade in diesen Tagen auf Bundesebene eigentlich ein großer Erfolg realisiert wird, für den ich auch persönlich gekämpft habe, der aber auf der anderen Seite – genau im Hinblick auf diese Frage – kontraproduktiv wirkt. Dabei geht es – einige von Ihnen werden die Begriffe kennen – um den Sockel-Spitze-Tausch oder um die Festschreibung von Eigenanteilen. Das führt dazu, dass im nächsten Jahr irgendwann wahrscheinlich nur 700 Euro für Pflege im stationären Bereich bezahlt werden wird. Im ambulanten Bereich ist es aber viel teurer. Dieser Bereich ist im Moment aber nicht Gegenstand von Reformbestrebungen. Die Fragestellung der Quartiersversorgung, über die wir gerade sprechen, stehen nicht im Fokus. Daher gehe ich von einem Heim-Sog aus, der im nächsten Jahr schon aus rein wirtschaftlichen Gründen entstehen könnte. Der wird im Hinblick auf die Fragestellung, über die wir hier diskutieren, völlig kontraproduktiv sein.

Thomas Zander (Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e. V.): Ich möchte mit der Frage nach der kommunalen Sozialbilanz beginnen. Aus Sicht unseres Verbandes müssten – niedrigschwellig betrachtet und gemessen an den bisherigen Erfahrungen der Kreisverwaltungen sowie der Verwaltungen der kreisfreien Städte in Nordrhein-Westfalen – folgende Fragen beantwortet werden: Welche Maßnahmen wurden getroffen und umgesetzt? Gab es Wirkungen dieser Maßnahmen, die nachgewiesen werden können? Welche Stärken und Schwächen – jetzt wieder bezogen auf die Bekämpfung der Pandemie – wurden in den jeweiligen Kommunen erkannt? Des Weiteren müsste aus unserer Sicht über die Situation in kritischen Einrichtungen – wie Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Schulen und Kitas sowie Gesundheitsämter – berichtet werden. Bezüglich dieser Einrichtungen sollte eine Analyse der Stärken und Schwächen vorgenommen werden.

In der Sozialbilanz müsste auf die Situation des Personals eingegangen werden. Dabei geht es um folgende Fragen: Wie wurde das Personal geschützt? Wie wurde es vorbereitet? Wie wurde es unterstützt? Wie waren insgesamt die verschiedenen Institutionen auf den Pandemieverlauf oder eine krisenhafte Zuspitzung vorbereitet? Des Weiteren hätten wir gerne, dass das bürgerschaftliche Engagement untersucht wird. In dem Zusammenhang wäre folgende Frage zu stellen: Welche ehrenamtlichen Hilfsnetzwerke und Initiativen haben sich aktuell im Rahmen der Pandemie gebildet?

Außerdem möchten wir sehr gerne wissen, welche Aufgaben von diesen Netzwerken übernommen werden konnten bzw. durften. Des Weiteren würden wir – das würde aber sehr ins Detail gehen – gerne ein wenig im Hinblick auf Schutz und Hygiene erfahren. Auch über die Kommunikation und Erreichbarkeit der Behörden würden wir sehr gerne etwas hören; denn wir haben immer wieder Anhaltspunkte dafür, dass kommunale Verwaltungen – die sind in Bezug auf viele Situationen erster Ansprechpartner für Bürger, wenn es um Treffen von Angesicht zu Angesicht geht – ihre Erreichbarkeit stark zurückführen mussten. Außerdem hätten wir gerne – heruntergebrochen auf die Kommunen – Auskunft in Bezug auf die Benachteiligung von Risikogruppen. Damit wären wir wieder bei den älteren Menschen, den Pflegebedürftigen und den Menschen mit Behinderungen. Die Frage in dem Zusammenhang lautet: Haben sich Kommunen etwas Besonderes für diese Personengruppen überlegt? Das ist das, was wir uns im Rahmen eines ersten Aufschlags für eine erste Zwischenbilanz im Sommer vorgestellt haben.

Ich möchte jetzt – ich bin aber nicht der Bildungs- bzw. Ausbildungsexperte bei uns im Hause – auf die Frage eingehen, welche Anforderungen der VdK im Hinblick auf die zukünftige Ausbildung bzw. die Ausbildungsverordnungen stellt. Der alte Spruch – das hört sich jetzt vielleicht ein bisschen plakativ an – „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“ gilt immer noch. Nur wenn die Sensibilität für Symptome, Anzeichen und Auswirkungen von Einsamkeit fester Ausbildungsbestandteile sind, kann gegengesteuert werden. Uns ist völlig bewusst, dass in der konkreten Pflegesituation hauptamtliche Pflegende zeitlich oftmals überlastet sind. Sie können oft nicht mehr als ein gutes Wort sagen. Es ist – im Gegensatz zur Zeit vor ein paar Jahren oder Jahrzehnten – mittlerweile guter und etablierter Standard, dass man im Gesundheitswesen – also auch im Pflegebereich – auf Dinge wie mangelnde Bewegung oder Adipositas achtet. Von daher ist nicht einzusehen, dass auch so etwas Gravierendes wie Einsamkeit nicht genügend in das Blickfeld gerückt wird. Der entsprechende Ertrag wird aber erst mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung im Gesundheitswesen bzw. in der Pflege ankommen.

Ich komme zur Frage nach dem Armutsbezug. Dabei handelt es sich um ein unglaublich weites Feld. Ich versuche aber, das ein wenig stärker aufzufächern, als ich es vorhin bei meinem Eingangsstatement gemacht habe. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Armut zu bekämpfen. Man könnte zum Beispiel neue Haltelinien der Rentenversicherung einziehen. Menschen im Alter haben typischerweise weniger laufende Einkünfte als während der Zeit ihrer Erwerbstätigkeit. Insofern könnte versucht werden, an der Einkommensbasis etwas zu verändern. Man könnte aber auch mit einer Vielzahl koordinierter Einzelmaßnahmen für soziale Gleichheit und damit für Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben sorgen.

Ich nehme das Beispiel Verkehr. Man könnte gut argumentieren, dass es fast schon ein Menschenrecht ist, seine Familie sehen zu dürfen. Was macht man, wenn die Familie weit entfernt wohnt und diese keine Ressourcen hat, einen alten oder pflegebedürftigen Menschen stundenweise zu sich zu holen? Wenn noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, ist die Antwort auf dieses Problem relativ leicht: In Nordrhein-Westfalen müsste es, um dem zu begegnen, ein einheitliches System geben. In Hessen gibt es das 365-Euro-Ticket, mit dem man ein Jahr lang im gesamten Bundesland fahren kann. Wir müssen im Hinblick auf arme Menschen, die nicht den Zugang zu

Bezahlleistungen im Gesundheitswesen haben, sensibel werden. Diese Menschen haben oft keinen Zugang zu kulturellen Einrichtungen. Da gibt es lediglich Insellösungen. In einer bestimmten westfälischen Großstadt kann ein Rentner kostenfrei zum Beispiel ein Museum erreichen, während das in der Nachbarstadt nicht möglich ist.

Ich möchte den Quartiersgedanken besonders betonen. Das Quartier ist der Ort, an dem professionell – beispielsweise durch Sozialarbeit – geholfen werden kann. Dort kann aber auch niedrigschwellig ehrenamtliche Arbeit stattfinden. Das kann geschehen, indem man Begegnungsräume schafft. So etwas muss aber erst einmal im Rahmen des Städte- bzw. Wohnungsbaus ermöglicht werden. Für diese Arbeit muss es im wahrsten Sinne des Wortes Platz geben. Das kann aus unserer Sicht auch nicht unbegleitet stattfinden. Der beste Ehrenamtliche wird irgendwann einmal verzweifeln, wenn er nicht hauptamtliche kompetente Unterstützung – beispielsweise aus dem Bereich der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik – erhält. Das muss gar nicht überdimensioniert sein.

Wir als VdK haben Erfahrungen mit zwei Quartieren. Eines davon befindet sich im Kölner Süden, das andere in Dortmund-Dorstfeld, wo eine mit uns verbundene Wohnungsbaugesellschaft im Rahmen von Teilzeitsozialarbeit über einen Zeitraum von 15 oder 18 Monaten hinweg – dabei geht es um einen Tag bzw. eineinhalb Tage pro Woche – im Quartier vor Ort vorhanden ist. So werden unglaublich viele Begegnungsmöglichkeiten geschaffen.

Ich komme zur Frage, was der VdK bietet. Er bietet mit seinen etwa 10.000 Ehrenamtlern keine Sozialarbeit, sondern nur niedrigschwellige Dinge wie Besuche in Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie von mobilitätsbehinderten Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Des Weiteren bietet er Begegnungsmöglichkeiten auf Ortsebene in meistens angemieteten Räumlichkeiten sowie Informationsmöglichkeiten. Das geht weit über irgendwelche Kaffeeklatsch-Begegnungen hinaus.

Wir adaptieren in diesen Advents-Wochen ein Projekt unserer rheinland-pfälzischen VdK-Kollegen, das sich Pinsel-Post nennt. Im Rahmen dieses Projektes werden Kontakte von Kindergärten und Grundschulen mit Pflegeeinrichtungen hergestellt. Die Kinder nehmen – wenn es die Pandemie ermöglicht – Besuche vor. Wenn es die Pandemie nicht ermöglicht, werden Gedichte geschrieben, Gegenstände gebastelt und Bilder gemalt. Insofern kommen sie mit einzelnen Menschen in Pflegeeinrichtungen in Kontakt, die vereinsamt sind. Das kann man nicht wissenschaftlich beurteilen. Wir haben aber gesehen, dass es eine große Anzahl von Zuschriften gab. Das zeigt auf, dass es an dieser Stelle einen Bedarf an niedrigschwelliger Netzwerkarbeit gibt, die ehrenamtlich sein kann. Von daher werden wir das jetzt auch in Nordrhein-Westfalen anbieten. Dafür werden aber eine Struktur sowie auch Finanzierungsmöglichkeiten gebraucht; denn das kann nicht in jedem Fall vom örtlichen VdK finanziell gestemmt werden.

Jörg Schmidt (Städtisches Seniorenheim Krefeld): Ich beginne mit der Beantwortung der Frage nach unserem Konzept. Wir sind Träger von vier Standorten in Krefeld und haben seit mittlerweile sieben Jahren die Möglichkeit, aus den Einrichtungen heraus – in einem definierten Umfeld um diese herum; der Begriff „Quartier“ ist gerade

schon mehrfach genannt worden – unsere Leistungen zu erbringen. Dabei geht es um pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen sowie unter anderem um Betreuung. Die Besonderheit besteht darin, dass wir eine versorgungsvertragliche Regelung mit den Pflegekassen gefunden haben. Diese Leistungen erbringen wir im siebten Jahr als Regelversorgung.

Es wurde bereits gesagt, dass das Quartier eine große Rolle bei der Versorgungssicherheit bzw. Versorgungsstabilität spielt. Die Einrichtung selber betrachten wir als Teil des Quartiers. Von daher trennen wir nicht zwischen einer draußen erbrachten Leistung und der Betrachtung und Achtung von Menschen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Wir müssen lernen – das ist noch ein langer Weg –, dass die Menschen, die in den Einrichtungen leben, letztlich dort auch wohnen. Das ist, thematisch gesehen, nicht nur unser geschichtliches Pflegeproblem, was Institutionen angeht.

Die Erfahrungen sind in Bezug auf verschiedene Möglichkeiten sehr positiv. Es gibt, was das Quartier angeht, eine große Sicherheit für die dort lebenden Menschen. Denn wir sind dort nicht nur Ansprechpartner, sondern man ist mit uns vertraut. Man kennt uns in der Nachbarschaft. Wir haben sehr schnell die Möglichkeit zu intervenieren, und wir können quasi auf die gesamte Expertise sowie auf die strukturellen Möglichkeiten zugreifen, die wir im stationären Bereich haben. Wir können also die Grenzen verschieben und das nach außen tragen.

In Krisensituationen können wir insofern sehr schnell intervieren, als wir Möglichkeiten haben, Menschen kurzfristig für einen Zeitraum X – ohne dass man vom Label „Kurzzeitpflege“ spricht – mit einem stationären Setting zu versorgen. Das geschieht, wenn sie eine intensivere pflegerische Versorgung benötigen. Wir begleiten sie da aber wieder hinaus. Es geht also um eine Durchlässigkeit des Systems und im Grunde weniger um ein abgestuftes Verhinderungssystem.

Es wird ganz hoch gehängt, zu Hause zu wohnen, das Stationäre aber soll verhindert werden. Ich glaube, die Lösung besteht eher darin, dass wir uns ein wenig davon trennen und überlegen: Was benötigen die Menschen für welchen Zeitraum? Es wird Menschen geben, die sehr lange – gegebenenfalls auch bis zu ihrem Tode – im stationären Bereich leben werden. Wir stellen aber fest, dass das nicht alle müssen. Von daher funktioniert ein derartiges Konzept gut. Es wird von den Menschen gut angenommen. Das Verständnis innerhalb der Institutionen sollte sich sukzessive verändern. Dafür brauchen wir – ich sage das ganz offen – bestimmt noch ein paar Jahre.

Es geht um das Da-Sein, also zum Beispiel um folgende Anfrage: Wer kann mir beim Einkaufen helfen? Wer kann mir helfen, die Wohnung zu reinigen und anschließend noch auf einen Schnack dazubleiben? Das ist ein großes und wichtiges Thema. Es geht nicht immer um die High-End-Pflege daheim. Das kann man im Grunde auf das stationäre Setting übertragen. Ich mache das einmal plakativ an den Menschen mit dem Pflegegrad 2 fest, die keine intensive pflegerische Betreuung benötigen, sondern schlichtweg Strukturen und Sicherheit brauchen. Auch die Geselligkeit ist angesprochen worden. Diese Menschen brauchen im Grunde genommen keine hohe pflegerische Expertise. Wer sich aber in einem stationären Setting befinden, muss leider dafür bezahlen. Wir müssen noch einmal darauf schauen, wie wir das besser und geschickter lösen können. – Das zum Konzept und zu unseren Erfahrungen. Es handelt sich um

eine coole und gute Sache, die von den Menschen auch gut akzeptiert wird. Im Grunde ist das, generell gesehen, ein personenzentrierter Ansatz. Insbesondere die Pflegekassen konnten damals überzeugt werden, als wir sagten: Wir schauen uns die Sache einmal vom Kunden ausgehend an und fragen uns, wie wir uns eigentlich organisieren müssen. Von daher kann gesagt werden: Im Grunde steht einem personenzentrierten Ansatz nichts im Weg.

Wir sind – das würde ich nicht nur für den ambulanten Bereich sagen – im Pflegebereich oftmals verrichtungsbezogen unterwegs. Das ist das Problem. Von der Geschichte her ist das einfach so. Es gibt aber den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und generell viele Ansätze vonseiten vieler Kolleginnen und Kollegen. Von daher versuchen wir, das auszuweiten. Dieser Faktor hemmt aber. Man sollte folgende Frage, wie sich ein Unternehmen aufzustellen hat, nicht unterschätzen: Welche Grundausrichtung hat ein Unternehmen im Rahmen seines Selbstverständnisses und in Bezug auf seine Aussagen? Das muss für Mitarbeiter sowie für die Menschen, die sich uns anvertrauen, spürbar sein. Da gibt es – darüber müssen wir nicht diskutieren – manchmal Brüche. Dem Grunde nach aber muss das der entscheidende Punkt sein. Das Unternehmen muss sich – auch was die Personenzentriertheit angeht – hinterfragen. Es muss sich fragen: Wie müssen unsere Organisations- und Leistungsstrukturen aussehen, damit das funktioniert? – Das ist der Weg.

Die Ausbildung sehe ich in der Tat immer noch ein bisschen kritisch. Die Pflegeausbildung könnte aus meiner Sicht in deutlich stärkerem Maße solche Themen in den Fokus nehmen. Das Miteinander kommt mir noch zu kurz. Mir ist das, was die Ausbildung anbelangt, manchmal noch zu fragmentiert bzw. segmentiert. Es gibt, glaube ich, immer noch Schulen – ich will der Kollegin, Frau Krohwinkel, nicht zu nahe treten –, die nach den Krowinkel‘schen AEDLs lehren. Das gehört meines Erachtens dort nicht mehr hin. Darauf müssen wir also noch einmal gucken.

Ich komme zur Tagesstrukturierung und kombiniere das einmal mit der Geselligkeit. Die Tagesstrukturierung in einer Einrichtung sehe ich auf der einen Seite als Vorteil. Denn es gibt Menschen – ich habe gerade ein wenig plakativ vom Pflegegrad 2 gesprochen –, die für ihren Tagesablauf eine Struktur und Sicherheit brauchen. Das ist ein positives Element. All das, was Sie vorhin in Bezug auf Geselligkeit beschrieben haben, gehört zur Struktur. Das definiert sich nicht nur über die Mahlzeiten, sondern über verschiedene Angebote. Der Knackpunkt ist, dass diese Strukturen – damit kommen wir wieder zu Institutionen – übermächtig werden können. Das Entscheidende ist, dass ein Mensch – wo immer er lebt – eine Wahlfreiheit haben sollte. Er sollte das Gefühl haben, dass er sich aussuchen kann, was er wie macht. Das ist ein altes Thema, bei dem es auch ums Ausschlafen geht. Die Menschen wurden morgens aus dem Bett gezerrt, weil um 9 Uhr gefrühstückt wurde. Das ist ein sehr simples Beispiel, aber daran kann man das festmachen. Die Wahlfreiheit muss im Grunde so aussehen, dass der Mensch seinen Tag bestimmen kann – und nicht die Strukturen bzw. die Dienstpläne. Das ist nicht ganz einfach, denn wir stecken da – das will ich nicht in Abrede stellen – auch in Zwängen. In dieser Hinsicht müssen wir uns aber einfach lockern und ein wenig anders darauf schauen. Wir müssen, denke ich, dahin kommen, das Ganze ein bisschen kleinteiliger zu organisieren. Einige unserer Einrichtungen

sind zu groß organisiert, was ihre Bereiche anbelangt. Da muss man ein wenig kreativ werden, denn Kleinteiligkeit ist sehr wichtig.

Ich komme zur Corona-Thematik. Wenn man die Dinge personenzentriert angehen will, muss man auch in Corona-Zeiten in diesem Sinne agieren. Ich nehme mal folgendes Beispiel: Es gab eine Verordnung, die aber – Gott sei Dank! – sehr schnell wieder vom Tisch war. Sie besagte, dass wir in den Alteneinrichtungen einen Isolations- bzw. Quarantäne-Bereich und einen Normalbereich errichten sollten. Damit würde jede Personenzentrierung ad absurdum geführt werden, weil die Menschen in den Zimmern der Einrichtungen wohnen. Ich könnte dann nicht zu ihnen kommen und sagen: Das gibt es aber nicht mehr, das ist jetzt ein Isolierbereich. – Das sind Themen, bei denen man sehr achtsam sein muss. Man muss dicht bei den Menschen sein und sich überlegen: Welch anderen Lösungen, die auch den Infektionsschutz gewährleisten, gibt es?

Wir – das gilt aber auch für etliche andere Kollegen – haben sehr früh Möglichkeiten der Begegnung geschaffen. Als der Lockdown kam, gab es ein Besuchsverbot. Es sprach aber nichts dagegen, sich draußen im Garten zu treffen. Das war damals eine Riesenmöglichkeit. Ich denke, dass das ein guter Weg ist, Selbstbestimmung zu schaffen und dem Gefühl entgegenzuwirken, völlig ausgeliefert zu sein.

Es wird gesagt, dass Personal ein schwieriges Thema ist. Sie mögen mich jetzt steinigen, aber ich weiß gar nicht, ob das so ist. Die Rahmenbedingungen sind halt so, wie sie sind. Ich finde, dass sie in den letzten Jahren nicht schlechter geworden sind. Wir haben Betreuungsassistenten. Man kann aber darüber streiten, ob es von ihnen 20.000 zu viele oder zu wenig gibt. Wir bekommen aber immer mehr Möglichkeiten, im Sinne eines Personalmix zu denken sowie Bedarfe und Bedürfnisse in den Fokus zu nehmen. Ich glaube, es ist wichtig zu fragen: Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben wir im Rahmen des Bestehenden? Das, was wir machen könne, finde ich nicht so schlecht. Die Frage ist, wie wir damit umgehen. Ich bleibe dabei, dass sich alles gut verbinden muss. Die Grundidee muss sich mit den Möglichkeiten verbinden, und die Mitarbeiter sollten das erfahren können. Der entsprechende Raum muss aber auch gegeben werden.

In der Ausbildung heißt es nicht, dass Geselligkeit Pflege auszeichnet. Auch Kollegialität unter den Pflegenden zeichnet Pflege nicht aus. Platt gesagt: Es geht in Teilen immer noch zum Beispiel um die Frage: Wieviel hast du heute Morgen gewaschen? Das müssen wir drehen. Es hat nichts mit Mängeln bei den Mitarbeitern, sondern schlicht etwas mit der Haltung zu tun. Daran müssen wir arbeiten.

Ich kenne die Personaldebatte seit den 70-er Jahren. Seitdem hat sich etwas – durchaus auch zum Positiven hin – verändert. Die Fluktuation bei uns – das gilt aber auch für unsere Umfeld – hält sich in Grenzen. Wir haben auch eine gute Nachfrage nach Ausbildungsplätzen.

Herr de Vries sprach das Thema „Sockel-Spitze-Tausch“ an. Auf der einen Seite finde ich die Idee mit dem „Sockel-Spitze-Tausch“ nicht schlecht, weil die Belastung der Pflegebedürftigen im stationären Bereich immens ist. Vielleicht sollte man über wohnortunabhängige Refinanzierungsmodelle nachdenken, die nicht so sehr das eine oder

das andere plakativ als gut oder schlecht bezeichnen. Wir sollten lernen, mehr darauf zu schauen, was die Menschen benötigen. Unsere Strukturen sollten entsprechend aufgebaut werden. Das wird ein langer Weg sein.

Es wurde danach gefragt, welche Möglichkeiten es gibt, zu intervenieren, wenn wir Einsamkeitstendenzen erkennen. Ein Vorteil des sektorenverbindenden Konzeptes besteht darin, dass wir wenig Informationsverlust haben. Denn die Menschen sind gleich. Es geht nicht um unterschiedliche Systeme, die sich per Anruf untereinander verständigen. Vielmehr ist es so, dass die Menschen sich kennen. Es handelt sich um Kollegen, die sich austauschen.

Wir haben immer die Möglichkeit, mit den Betroffenen Fallgespräche bzw. Evaluationsgespräche zu führen, um dann zu überlegen, welche Möglichkeiten bzw. Angebote es im Quartier gibt.

Thomas Zander (Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e. V.): Wir müssen in Nordrhein-Westfalen – wenn wir uns in einer Quartiersdiskussion befinden – beachten, dass es hier ein Stadt-Land-Gefälle gibt. Solche Diskussionen kommen mir immer ein wenig verkopft bzw. akademisiert vor. Das Quartier ist etwas, was ich mir in einer Stadt ab einer bestimmten Größe vorstellen kann. Es leben aber – ich schätze das jetzt einmal – genauso viele Menschen auf dem Land wie in den städtischen Ballungsräumen unseres Landes. Deren Pflegesituation sowie auch Situation in der Einsamkeit kann durchaus unterschiedlich sein.

Ich möchte Ihnen dazu ein Beispiel geben, was unsere Forderung nach einem kostenlosen, aber sehr stark preisermäßigten Personennahverkehr unterstreichen soll. Wenn ich in Düsseldorf lebe und meine Pflegesituation eine stationäre Aufnahme erfordert, dann kann ich – es geht da um eine Entfernung von vielleicht acht oder neun Kilometer – auf einen ÖPNV zurückgreifen, der so getaktet ist, dass ich meine Kontakte halten kann. Das ist etwas, was im Münsterland, im Sauerland, im Siegerland oder in der Eifel nicht funktioniert, weil der Bus eventuell nur zweimal am Tag fährt. Es geht da um die Verfügbarkeit stationärer Pflegekräfte und den dadurch bedingten erzwungenen Wechsel. Ein Wechsel von der Kreisstadt Olpe – das ist meine Heimatstadt – in das benachbarte Wenden oder Drolshagen führt schlichtweg dazu, dass die Verbindungen zu dem gesamten Umfeld – dabei geht es um Nachbarn und Freunde – gekappt wird. Wenn man Glück hat, kommt die Familie – die Familienangehörigen sind sicher fast alle erwerbstätig – am Wochenende vorbei.

Schon in der ersten Fragerunde heute Morgen ging es um Telemedizinangebote. Wir als Verband halten das für eine ganz spannende und ausbaufähige Angelegenheit. Das muss aber niedrigschwellig bleiben. Das Angebot für Telemedizin oder andere Mechanismen – in den Stellungnahmen ging es auch um Unterhaltungen über Skype; es ist toll, wenn das in einer Pflegeeinrichtung organisiert werden kann – setzt, was das private Umfeld angeht, ein wenig an Geld und Unterstützung voraus, wenn es darum geht, einen alten Menschen dazu hinzuführen, in Richtung Nutzung digitaler Medien zu gehen. Das kann man aber nicht voraussetzen. Unsere Forderung auf diesem Gebiet lautet: Es muss gleiche Angebote für alle geben. Die betreffenden älteren Menschen sind oft nicht so ausgestattet, dass sie ein i-Pad zu Hause haben und sich

in ein WLAN-Netz einwählen können. Das ist durchaus nicht immer Standard. Im Hinblick auf Telemedizinangebote muss auch das berücksichtigt werden, wenn diese von Menschen wahrgenommen werden sollen, die keine gute Bildung oder Sprachkompetenz haben.

Dr. Bodo de Vries (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V.): Die Frage an mich bezog sich auf eine Festschreibung der Eigenanteile, die zu einem Heimsog führt. Das ist tatsächlich völlig unzureichend. Die neue Struktur einer Pflegeversicherung muss wohnortunabhängig gedacht werden. Der entsprechende Schritt stellt einerseits einen Erfolg dar, ist andererseits aber mit Risiken verbunden. Deshalb muss es da eine Weiterentwicklung geben. Ich kann nur hoffen, dass die Bundesregierung das als Frage betrachtet, die über mehrere Legislaturperioden hinweg mit großer Hartnäckigkeit verfolgt werden muss.

Ich komme zu einem zweiten Aspekt. Wir haben ein verrichtungsbezogenes System. Wir Träger haben uns verrichtungsbezogen auf Probleme bzw. Situationen eingestellt. So geht es aber nicht weiter. Das heißt, dass sich die Träger der freien Wohlfahrtspflege neu erfinden müssen. Bei der Altenhilfe sowie bei der Frage von Einsamkeit und Isolation wird es zunehmend um folgende Fragen gehen: Wie schaffen wir es, Quartiere anzusprechen? Wie schaffen wir es, Solidaritäten anzusprechen? Herr Laumann hat mir vor 20 Jahren schon einmal gesagt: Erst redest du mir die Probleme ein, dann soll ich das bezahlen. – Wir haben aber kein Bezahlproblem mehr. Richtig ist, dass es auch immer Geld kosten wird. Letztlich geht es aber darum, wie wir – trotz Kompetenzeinbußen – Menschen in der eigenen Häuslichkeit mit einem Höchstgrad an Lebenszufriedenheit versorgen können.

Wir reden über diese großen Fragestellungen auf einer Metaebene, die wir aber, was die Wirksamkeit anbelangt, auch auf der Meso- und Mikroebene betrachten müssen. Letztlich geht es um einen gesellschaftlichen Wandel, den wir hier implementieren müssen, bzw. darum, wie in den Nachbarschaften Solidaritäten entfaltet werden können, wenn die Rahmenbedingungen vorhanden sind, die hier angesprochen worden sind. Dabei handelt es sich darum, wie Menschen etwas für andere – und letztlich damit für sich selbst – tun können.

Wir reden von einem demografischen Wandel bzw. von der Erfindung einer Lebensphase „Alter“. Das ist völlig neu. Im Hinblick auf diese Lebensphase müssen wir darüber diskutieren, wofür die eigentlich da ist. Wir sollten in dem Zusammenhang auch einmal darauf schauen, wie Menschen, die sich jenseits der Erwerbsarbeit befinden, nützlich gemacht werden können. Dabei geht es darum, solidarisch für andere etwas zu tun. Ich rede nicht davon, dass jemand damit anfängt, dem Nachbarn beim Toilettengang zu helfen. Jedoch spreche ich schon davon, wie er Mitverantwortung dafür tragen kann, dass die Rahmenbedingungen des Zusammenlebens erhalten bleiben. Das sind letztlich Fragestellungen, die im Quartier behoben werden können.

Ich nenne ein Beispiel aus einem Wohnprojekt, an dem ich seit Jahren Freude habe. Dort wohnt eine von einem Schlaganfall betroffene Frau, die jeden Tag in einem Wohncafé zu Mittag isst. Wenn wir die Frau jeden Tag holen müssten, müssten wir über Geld reden. Das kann ich mit meiner Station gar nicht leisten. Ich habe aber schon seit

etwa fünf Jahre organisiert, dass Nachbarn diese Frau jeden Tag dort hinbringen. Sie organisiert jeden Tag vor dem Mittagessen sehr aufwändig eine Kaffeemaschine, damit sie, wenn sie zurückgebracht wird, mit den Menschen, die sie zurücktransportiert haben, Kaffee trinken kann. So etwas kann ich in meinem Altenheim gar nicht darstellen.

Ich sage es pointiert: Das ist der gesellschaftliche Wandel, der heute ansteht, wenn es um das Gestalten geht. Wir brauchen stationäre Pflege und Professionalitäten. Aber wir benötigen auch die Durchlässigkeit der Systeme. Zunächst einmal aber müssen wir darauf schauen, wo wir heute stehen und worum es derzeit geht. Deshalb sollte es im Rahmen der demografischen Gegebenheiten eine Quartiersversorgung geben.

Im Zusammenhang mit Corona habe ich unser Gesundheitsministerium bzw. Herrn Laumann angeschrieben. Ich habe ihm mitgeteilt, dass ich sehr viele Telefonanrufe bezüglich Einsamkeit im Zusammenhang mit Corona bekomme und eine Idee dazu habe: Ehrenamtliche sollen an verschiedenen Standorten zusammenkommen und zwei- bis dreimal mit von Einsamkeit betroffenen Menschen telefonieren. Die Rückmeldung – ich fand sie sehr enttäuschend – lautete: Tolle Idee, aber technisch nicht innovativ genug.

Ich möchte damit Folgendes ausdrücken: Wir müssen das eine tun, ohne das andere zu lassen. Allerdings dürfen wir die Probleme, die wir hier und heute haben, dabei nicht aus dem Blick verlieren. Ich sehe enorme Potenziale, wenn wir das als eine gemeinsame Aufgabe begreifen. Das ist, glaube ich, die Herausforderung, vor der wir heute stehen.

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Ich werfe einen Blick auf die Uhr. Es dürfte jetzt leider für Herrn Professor Nienaber sehr knapp werden. Es gibt aber noch eine Wortmeldung von Herrn Klocke.

Ausschussassistentin Valérie Rehberger (Landtagsverwaltung): Ich habe Herrn Professor Nienaber erreicht und ihm vorgeschlagen, sich telefonisch zuzuschalten. Ich weiß aber nicht, ob er das jetzt noch versuchen wird. Er sagt, dass er immer aus der Leitung fliegt.

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Herr Professor Nienaber kann im Nachgang ja noch ein paar Antworten schriftlich einreichen **(s. Anlage 2)**. – Ich darf mich sehr herzlich für die vielen Eingaben bedanken. Das Thema ist sehr spannend. Dazu gibt es noch viel Gesprächsbedarf untereinander. – Vielen Dank an die Sachverständigen, dass Sie uns auf so gute Art und Weise Rede und Antwort gestanden haben. – Das Wort hat noch einmal Herr Klocke.

Arndt Klocke (GRÜNE): Die Frage der Benennung von Sachverständigen soll am Ende der Sitzung behandelt werden. Können wir das nicht vorziehen? Oder können wir das zu Beginn der nichtöffentlichen Sitzung machen? Dann hätte man das schon einmal erledigt; denn ich muss auf jeden Fall um 14 Uhr los.

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Wenn es keine Einwände dagegen gibt, können wir das so machen.

(Es erhebt sich kein Widerspruch)

– Dann ziehen wir das gleich vor.

(Es folgt eine 15-minütige Pause.)

2 Die Rolle psychotherapeutischer Versorgung in Bezug auf Einsamkeit

– Anhörung von Sachverständigen *(s. Anlage 3)*

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie zu unserer zweiten Anhörung. Sehr geehrte Sachverständige, ich danke Ihnen im Namen der Enquetekommission für Ihre Stellungnahmen und für die Möglichkeit, Ihnen Fragen zu stellen.

Bevor wir in die erste Fragerunde einsteigen, haben alle Anzuhörenden die Möglichkeit, die für sie wichtigsten Punkte in ungefähr fünf Minuten vorzutragen. Danach haben die Mitglieder der Kommission bzw. unsere internen Sachverständigen die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Prof. Dr. Jürgen Margraf (Ruhr-Universität Bochum): Meine Damen und Herren, Einsamkeit ist keine Diagnose und auch nicht per se behandlungsbedürftig. Das ist ein subjektiver Zustand, ein Gefühl, könnte man sagen. Das basiert auf subjektiven Einschätzungen. Es gibt auch eine objektive, meistens soziale Situation. Zum Beispiel jemand wohnt alleine, ist verwitwet, alleinerziehend usw. Der Zusammenhang zwischen beidem ist da, aber er ist nicht perfekt. Deswegen muss man wirklich objektiv und subjektiv unterscheiden.

Es gibt ausgeprägte Zusammenhänge mit psychischen Störungen oder psychischen Problemen, und zwar objektiv und subjektiv und querbeet, ganz besonders mit den sogenannten emotionalen Störungen, also Depressionen und Ängsten und den häufigen Folgen davon Sucht. Aber, wie gesagt, es geht auch über andere Störungen. Der Zusammenhang wird vermittelt vor allem über psychologische Mechanismen, zum Beispiel die Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit und ähnliches.

Umgekehrt ist die wahrgenommene soziale Unterstützung, also sozialer Zusammenhalt mit anderen, ein ganz wesentlicher – in meinen eigenen Studien der wichtigste – Schutzfaktor für die psychische Gesundheit.

Zu den Therapien bei psychischen Störungen in Zusammenhang mit Einsamkeit gilt generell: Man muss Kosten-Nutzen und auch Nutzen-Risiko gegeneinander abwägen. Das wird nicht immer genügend gemacht.

Bei psychischen Störungen gilt generell: Die Nachhaltigkeit ist wichtig. Hält der Effekt nach Ende der Therapie an? Da trennt sich die Spreu vom Weizen. Psychologische Kurztherapien sind da mit Abstand als am besten belegt, Langzeittherapien als weniger gut, und Medikamente haben in der Regel keinen nachhaltigen Effekt.

Die erste Anlaufstelle und die Folgen für Betroffene und Gesellschaft: Typischerweise gehen die Menschen zuerst zu den Hausärzten oder Frauenärzten, dann auch zu Psychiatern und Psychotherapeuten. Das ist auch sinnvoll. Hausärzte sind wunderbare Gatekeeper. Aber durch den flächendeckenden Einfluss der Industrie gibt es hier ein Problem einer übermäßigen – ich nenne das mal so – Medikalisierung. Da werden sehr schnell Medikamente verschrieben, wenn jemand sagt, dass er nicht schlafen kann, oder zur Überbrückung der Wartezeiten bis zur Psychotherapie. So kommt es,

dass wir auf Dauer tatsächlich sehr, sehr viele Menschen haben, die sehr lange Medikamente nehmen.

Wir haben in NRW ganz besonders das Wartezeitenproblem bei der Psychotherapie. Man denkt, man spart damit Geld. Aber das ist nicht so. Man könnte es zusammenfassen: Wir behandeln spät, stationär, teuer und flüchtig statt früh, ambulant, kosteneffektiv und nachhaltig.

Auf der Ebene der Berufsgruppen gibt es berufspolitischen Streit manchmal mit negativen Folgen für Behandlungen und Gesellschaft.

Wir haben eine Fehlallokation von Ressourcen.

Wir haben seit 2017 nach den offiziellen Zahlen der Bundesregierung erstmals mehr Medikamentenabhängige als Alkoholabhängige und sowieso viel mehr als Drogenabhängige.

Niedrigschwellige neue Hilfsangebote: Ja. Online ist sehr wichtig. Wir haben allerdings Stepped-Care und Blended Therapy. Deutschland hinkt hier hinterher. In der Forschung sind wir ganz gut. In der Praxis gibt es viele Hemmnisse.

Soziale Interventionen und Verhältnisprävention wären außerordentlich wichtig. Die sind aber ganz weit hinten in der Rangfolge. Das müsste man verbessern.

Gute Therapie steigert die Gesundheit, Resilienz, usw.

Bedarfsplanung verdient den Namen nicht. Das ist weder am Bedarf orientiert noch eine Planung.

Was kann man für die Zukunft machen? Das Wichtigste wäre aus meiner Sicht: Machbares machen. Dafür sorgen, dass das, was gemacht werden kann, auch gemacht wird.

Dann die Ressourcen besser zuweisen.

Natürlich brauchen wir auch neue Entwicklungen. Aber für alle, die alten wie die neuen, gilt: Wir brauchen systematische Evaluationen, weil gute Absicht oder Plausibilität nicht reichen.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer NRW): Zunächst einmal möchte ich die Zuhörer und Teilnehmer grüßen.

Ich will versuchen, Dopplungen mit dem, was Herr Margraf schon gesagt hat, zu vermeiden.

Ich berichte vor allem vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Versorgung.

Es ist sehr wichtig, festzustellen, was Herr Margraf auch schon gesagt hat: Einsamkeit ist ein subjektiver Gefühlszustand, der per se keine objektive Dimension hat. Einsamkeit ist nach unserem System nicht mit dem Begriff der Krankheit gleichzusetzen. Insofern gibt es auch für den Zustand der Einsamkeit keine Behandlungsindikation, sondern wichtig ist: Einsamkeit ist häufig eine Deckemotion. Viele Patienten, die in die Sprechstunden kommen – sei es bei den Ärzten oder bei den Psychotherapeuten –,

klagen über Einsamkeit, weil das ein Gefühlszustand ist, ein Problem ist, ein Leiden ist, über das man viel besser reden kann als zum Beispiel über das Gefühl der Verlassenheit oder das Gefühl der Zurückweisung oder der Ablehnung. Insofern ist Einsamkeit keine Symptomatik im engeren Sinne.

Demgegenüber abzugrenzen ist der Begriff der sozialen Isolation. Das ist ein objektiv beschreibbarer sozialer Zustand, bei dem man sicherlich definieren kann, dass – ich sage das jetzt mal so – eine soziale Heimat verlorengegangen ist.

Aus psychotherapeutischer Sicht ist Einsamkeit eine häufige Begleitsymptomatik, die bei verschiedenen Störungen unterschiedlich intensiv auftritt. Häufig ist es eine Symptomatik, die in der Behandlung selbst eine nachgeordnete Rolle spielt. Wenn die Behandlung in einen bestimmten Prozess eingetreten ist, dann spielt Einsamkeit eher eine nachrangige Rolle. Dann treten andere Dinge in den Vordergrund, zum Beispiel das Leiden unter Lebensumständen. Viele Einsamkeitserlebnisse sind an das Erfahren von normalen Lebensschicksalen gebunden, zum Beispiel dem Verlust von Angehörigen, nahestehenden Personen oder einfach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben, bei dem plötzlich eine ganze Kontaktwelt verlorengeht.

Unabhängig davon: Die Frage, wie man Einsamkeit „bekämpfen“ könnte, stellt sich meiner Meinung nach in dieser engen Sicht eher nicht. Ich würde doch sehr dafür plädieren, dass man sich mit der Frage beschäftigt, für welche Lebensumstände und Lebensentwicklungen Einsamkeit eine Signalemotion ist.

Zur Frage der psychotherapeutischen Versorgung will ich nicht weiter ausholen. Die Probleme in der Versorgung sind bekannt. Wir haben nach wie vor viel zu wenig Niedergelassene. Die Entwicklung in diesem Bereich ist nach wie vor mit großen Widerständen verbunden.

Wenn es darum geht, einen der wenigen Behandlungsplätze zu „erkämpfen“, dann sind natürlich gerade diejenigen am ehesten benachteiligt, die aufgrund ihrer psychischen Belastung am ehesten eine Behandlung bräuchten. Zum Beispiel Menschen mit einer depressiven Krise können sich aufgrund ihrer psychischen Befindlichkeit durch diesen Zuständigkeitsdschungel kaum durchkämpfen.

Rüdiger Saßmannshausen (BVDN-Landesverband Westfalen): Im Grunde kann ich einiges schon aufgreifen. Einsamkeit und soziale Isolation beschreiben natürlich Unterschiedliches. Einsamkeit ist eine psychische Dimension. Soziale Isolation ist eine soziale Dimension, die aber Auswirkungen auf das psychische Befinden haben kann. Das heißt, wir kommen in den Bereich des Leidens. Leiden heißt ja nicht nur einfach Leiden, sondern Leiden heißt auch: Ich habe nicht die Kraft, dieses Leiden in irgendeiner Weise zu verändern, rückgängig zu machen oder zu bewältigen. Dann wird das Leiden erst zu einer „Krankheit“.

Durch Corona ist das auch aktuell. Wir haben Einsamkeitsprobleme vorwiegend bei jungen Menschen bis zu 40 Jahren und bei den alten Menschen über 60 Jahren. Wobei – ich muss immer schmunzeln – wir eine sprachliche Merkwürdigkeit haben. Bei uns sind alte Menschen älter als die älteren Menschen. Das ist ganz merkwürdig. Aber das Problem ist generell die Vereinzelung und das Fehlen psychosozialer Einbindung.

Bei jüngeren Menschen ist das die Zunahme der Singlehaushalte, aber auch sonst ein Verlust real erlebbarer zwischenmenschlicher Bindungen.

Ein Patient, ein junger Kerl, schilderte – ich habe es nicht geglaubt –, dass seine ganze Familie Computerspiele macht, und zwar miteinander, jeder sitzt in der Wohnung in einem anderen Raum. Die begegnen sich nicht mehr außer beim Spielen, und jeder geht in die Küche, wenn er etwas essen will. Das ist völlige Beziehungslosigkeit bei einer existierenden Familie. Das muss man sich mal vorstellen. Das war natürlich eine Ausnahmegeschichte. Aber dieser junge Mensch hat überhaupt keine Erfahrungen, wie man Freundschaften schließt und mit anderen Menschen in Kontakt kommt außer über das Medium Gaming.

Bei den älteren Menschen ist es für Frauen – das ist jetzt nicht stereotyp; wir haben auch Männer, denen es so geht – der Verlust der familiären Bindungen durch Mobilität. Die Kinder sind weit weg oder gar im unerreichbaren Ausland. Bei Männern – auch das ist kein Stereotyp; wir haben das auch bei manchen Frauen – ist es das Thema „Berentung und Verlust der Beziehungen und Bindungen durch Arbeit“.

Das heißt, wir stehen auf Dauer, was das Thema „Einsamkeit“ betrifft, schon vor einer Herausforderung.

Für uns ist immer wichtig – da spreche ich natürlich als Psychiater – das Thema des Leidens an Einsamkeit. Das kann durch verschiedenste Dinge bedingt sein. Einerseits ist Leiden ein Krankheitsfaktor. Wir sehen Leiden als Symptom bei bestimmten Erkrankungen. Aber wir sehen auch die Folgen von Einsamkeit für das Körperliche. Ältere Menschen gehen eher wegen körperlicher Beschwerden zu ihrem Hausarzt, und dahinter steckt dann durchaus das Problem Einsamkeit. Das ist ein bisschen anders als bei den jungen Menschen.

Aber wir sehen auch bei den alten Menschen – auch das ist ein wichtiges Thema – das Thema „Behinderung“: Verlust des Hörens, Verlust des Sehens und andere Beeinträchtigungen, die Beeinträchtigung der Mobilität. Ein alter Mensch, der im fünften Stock wohnt, geht nicht mehr vor die Tür, wenn das Haus keinen Aufzug hat. Auch da müssen wir uns sicherlich auf Dauer gesellschaftlich etwas einfallen lassen.

Onlineprogramme sind angesprochen worden. Wir haben als Psychiater in Westfalen mit unserer Kassenärztlichen Vereinigung ein Programm getestet und geschaut, wie weit es uns nutzt. Es nutzt uns wirklich. Aber man kann die Menschen nicht ohne Begleitung in ein Onlineprogramm hineinschicken. Denn das kann durchaus gefährlich werden. Es kann eine Erweiterung der real erlebbaren Beziehung zum Therapeuten werden. Dann ist es durchaus sinnvoll.

Herr Höhner hat das auch schon angesprochen. Wir haben alle diverse Probleme, wie wir überhaupt psychisch kranke Menschen versorgen können. Bei den Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten ist es das Problem der zu geringen Zulassungen, Zulassungsmöglichkeiten. Im Bereich der Psychiatrie haben wir mittlerweile genau das umgekehrte Problem. Wir suchen händeringend nach Psychiatern. Dieses Fachgebiet hat leider in der Medizin sowohl vom Ansehen als auch von der Finanzierung her großen Schaden erlitten. Die Psychiatrie-Enquete ist leider mittlerweile schon

45 Jahre her. Die wenigsten erinnern sich noch daran. Das wird sicherlich auch noch ein gesellschaftliches Problem für die Zukunft werden.

Ulf Steidel (TelefonSeelsorge Düsseldorf): Guten Tag miteinander! Ich spreche nicht als Therapeut und Psychiater zu Ihnen, sondern als Seelsorger und Supervisor und Leiter der Düsseldorfer TelefonSeelsorge-Stelle. Das ist eine von 25 Stellen in NRW und über 100 in ganz Deutschland. Im Klartext: Während wir hier sitzen, sind in NRW idealerweise 25 bis 30 Leitungen der TelefonSeelsorge erreichbar. Das ist ein wichtiger Hinweis zu der begrenzten Ressource eines solchen Angebotes wie TelefonSeelsorge.

Wahrscheinlich werden Sie es wissen. Wir kommen ja aus der Suizidprävention der 50er-, 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts. Bevor Sie sich umbringen, rufen Sie mich an – so klang der recht unverblümte klare Aufruf, sich aus einer Not heraus an die TelefonSeelsorge zu wenden.

Von Anfang an gingen ans Telefon nicht Fachleute im engeren Sinne, sondern ausgebildete und begleitete Bürgerinnen und Bürger im Ehrenamt. Das ist nach wie vor so. In Düsseldorf sind es gegenwärtig rund 120 Ehrenamtliche. Bundesweit sind es 7.500 bis 8.000.

Wer rief an? Trotz dieses klaren und unverblümten Satzes und der Aufforderung, sich in suizidalen Krisen zu melden, riefen natürlich nicht nur Menschen in diesen schwersten Lebenskrisen an, sondern Menschen, die unter dem Phänomen Einsamkeit gelitten haben und aus welchen Gründen auch immer recht zurückgezogen lebten, sodass sich das Feld von Anfang an auch sehr geweitet und geöffnet hat.

Die Anruferinnenzahlen steigen seitdem jährlich an. Wir nehmen alleine in Düsseldorf ca. 15.000 Anrufe im Jahr entgegen. In der Region Rhein-Wupper sind es 40.000 bis 50.000. Wir machen die Erfahrung: Wenn wir noch mehr Leitungen aufmachen – im Lockdown war uns das sogar möglich, weil einige Berufstätige mehr Ehrenamt zur Verfügung stellen konnten –, laufen die Leitungen sofort auch wieder zu und werden abgefragt. Wir arbeiten also ständig auf einem hohen Auslastungslevel.

Wir unterscheiden zwei Phänomene von Einsamkeit. Das ist einmal in der Tat, dass Menschen sehr zurückgezogen leben und alleine über so einen Draht zur TelefonSeelsorge Kontakt zur Außenwelt haben. Die Sozialpsychiatrischen Dienste wissen davon ein Lied zu singen, über welche Milieus wir auch sprechen.

Häufig – nicht immer – ist eine psychische Erkrankung der Hintergrund, sodass ich für die TelefonSeelsorge festhalten würde, dass wir seit 20, 30 Jahren auch ein Baustein der gemeindenahen Psychiatrie geworden sind, also der niedrigschwelligen Erreichbarkeit für Menschen, die fremd- oder selbststigmatisiert mit diesem Handicap leben, gerade wenn es um chronifizierte Formen geht und sie Gesprächsbedarf haben, den sie in ihrem Umfeld oder auch im Kontakt mit der Fachlichkeit nicht immer gedeckt bekommen.

Ein anderes Phänomen von Einsamkeit – damit haben wir es auch von Anfang an zu tun – nennen die Experten „Alone in the Crowd“. Die Menschen sind durchaus eingebunden in familiäre Zusammenhänge, in die Erwerbsarbeit, auch im Freundes- und

Bekanntenkreis, aber kommen trotzdem mit für sie relevanten Themen, eventuell auch schambesetzten Themen, nicht vor. Sie kriegen die Themen nicht platziert. Die nutzen dann diesen geschützten Raum auch der Anonymität in der TelefonSeelsorge, um manchmal erstmalig über diese bedrängenden Themen zu sprechen. Wir sind froh, dass sie das tun, dass sie diese protektive Geste auch leisten und überhaupt auf einen Fremden zugehen. Das andere Los wäre in der Tat in der Zuspitzung die Suizidalität, eigentlich die krasseste Form des Verbindungsabbruchs und der Einsamkeit und der Isolierung.

Ich stelle Ihnen mal drei Fragen aus einer Loneliness Scale von der Universität in Kalifornien, in Los Angeles, damit Sie ein Gefühl für dieses Phänomen „Alone in the Crowd“ bekommen. Da heißt es: Wie oft haben Sie das Gefühl, zwar von anderen umgeben, aber nicht mit ihnen zusammen zu sein? Oder: Wie oft haben Sie das Gefühl, Ihre Beziehungen zu anderen sind bedeutungslos? Oder: Wie oft haben Sie das Gefühl, dass es Menschen gibt, die Sie wirklich verstehen?

Manchmal denken wir ja, man sieht uns die Einsamkeit an, und die Einsamkeit ist ganz klar auch zuzuordnen. Oft denken wir, in der Regel sind andere betroffen von dem Los der Einsamkeit. Aber dieses Phänomen macht deutlich: Nein, es ist ein Phänomen, das uns alle beschäftigt.

Einsamkeit ist sehr ungesund. Final ist sie tödlich. Ich will mal beschreiben, wie wir Einsamkeit auch am Telefon erleben. Je stärker Einsamkeit in unserem Leben Platz greift, desto einseitig fordernder werden wir. Wir werden hypersensibel, paranoid und über die Maßen kritisch mit uns und anderen. Unser Verhalten wird passiv. Wir ziehen uns zurück. In der Summe ist das ein Teufelskreislauf und ein Prozess sich selbsterfüllender Prophezeiung: Mit mir will auch keiner etwas zu tun haben. – Das ist so ein bisschen auch die Dynamik, die wir in den Gesprächen Tag und Nacht – wir versuchen ja, rund um die Uhr erreichbar zu sein – erleben. Seit 20 Jahren erleben wir das auch im Mailbereich und seit ca. 10 Jahren im Chatbereich. Der Onlinebereich ist uns da wichtig. Wir sind dabei, diese Ressource aufzubauen und zu stärken.

Ich bin sehr bei Ihnen, Herr Professor Margraf, bei Ihren Stichworten: Lasst uns früh ansetzen, ambulant ansetzen und nachhaltig.

Ich finde, die TelefonSeelsorge ist ein Baustein und muss ergänzt werden um viele andere Bausteine. Wir müssen voneinander wissen. Es ist gut, dass wir auch hier heute wieder beieinander sitzen und uns um weitere Bausteine kümmern.

Die internationale TelefonSeelsorge hat vor zwei Jahren ein Programm aufgelegt, ein EU-Erasmus-Programm „Listening Skills“. Was braucht eine Gesellschaft, um einander kompetente Zuhörerinnen und Zuhörer zu sein? Die haben ein schönes Programm entwickelt. Es wäre gut, wir würden solche Curricula und solche Skills in die Gesellschaft multiplizieren, damit wir einander gute Zuhörerinnen und Zuhörer werden und so Einsamkeit nicht komplett verhindern – das wird uns nicht gelingen –, aber sie eventuell lindern. Ein Krankenhausseelsorgekollege von mir nannte eine solche Haltung in der Seelsorge: Wir brauchen taktvoll gesellige Orte. – Das ist, finde ich, ein schöner Begriff. Ich finde, dass die TelefonSeelsorge das versucht, taktvoll gesellige Orte vorzuhalten in einem geschützten, anonymen Raum.

Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Einladung. Vielen Dank aber vor allem dafür, dass Sie sich so viel Zeit für dieses außerordentlich wichtige Thema nehmen.

Die Aktion Psychisch Kranke, deren Geschäftsführer ich bin, befasst sich mit Hilfsangeboten und Versorgungsangeboten aus Sicht der Nutzer, das heißt, der psychisch erkrankten Menschen. Wir haben insofern in unserer Stellungnahme – und so werde ich es auch jetzt halten – weniger Bezug genommen auf die methodischen Fragen spezifischer Angebote der Psychotherapie, sondern haben mehr den Gesamtblick auf die Angebote.

Ich würde gerne auf drei Aspekte eingehen und dann noch ergänzende Bemerkungen machen. Die drei Aspekte sind Prävention, freiwillige Leistungen und Krisenhilfe. Die ergänzenden Bemerkungen beziehen sich auf die Selbsthilfe.

Zunächst zur Prävention: Meine Vorredner haben ja schon sehr schön deutlich gemacht, dass es wichtig ist, zu unterscheiden zwischen Einsamkeit als Gefühl oder Stimmungslage und sozialer Isolation auf der einen Seite und einem Krankheitsbegriff auf der anderen Seite. Das ist auch uns sehr wichtig. Es ist nicht gut, wenn das Gesundheitswesen zum Reparaturbetrieb für soziale Probleme wird. Das wird das Gesundheitssystem nicht leisten können. Man muss sagen: Angesichts begrenzter Budgets geht das auch zulasten der schwererkrankten Menschen, weil dann eben Budgets oder Budgetteile für andere Bereiche eingesetzt werden. Ich wollte jetzt nicht sagen: verlorengehen. Es ist ja schon irgendwie ein sinnvoller Einsatz, aber es ist eben nicht der spezifische.

Sehr wohl aber Bestandteil der Krankenkassenleistungen ist die Prävention. Das braucht hier vielleicht auch nicht erneut begründet zu werden. Einsamkeit kann natürlich Auslöser und Quelle psychischer Erkrankungen sein. Insofern ist es ein relevantes Thema im Bereich der Prävention.

Im Hinblick auf die Prävention ist das Sozialgesetzbuch V ja Vorreiter gewesen, weil es pro Versicherten Festbeträge festlegt, die für Prävention eingesetzt werden müssen. Sie verfallen auch nicht, falls es mal in irgendeinem Kalenderjahr nicht gelingt, sie einzusetzen. Das ist im Grunde vorbildlich.

Allerdings sind diese Präventionsleistungen stark eingeschränkt, und das wirkt sich ungünstig auf diese Thematik aus. Es geht nämlich da nur um Primärprävention. Das verunmöglicht sogenannte indizierte Prävention, also eine Prävention, die sich auf Hochrisikogruppen bezieht, also die zum Beispiel so ein spezielles Thema wie Isolation und Einsamkeit aufnimmt.

Das Land könnte hier aktiv werden, das zu ändern, wenn auch nicht in eigener gesetzgeberischer Kompetenz.

Wenn ich jetzt die Möglichkeiten im Rahmen der GKV oder aus dem Gesundheitssystem heraus so betont habe, sollte das nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich im Wesentlichen um soziale Themen handelt. Dafür ist die allgemeine Daseinsvorsorge zuständig, sprich die Kommunen. Was diese anbelangt, wissen wir, dass da erhebliche finanzielle Probleme bestehen egal, ob mit Haushaltssicherung oder kurz davor. Das,

was außerhalb von Pflichtleistungen als sogenannte freiwillige Leistung erbracht werden kann, steht unter erheblichem Druck. Mit Sicherheit bringen die Kommunen jetzt schon erhebliche Summen für Einsamkeitsfolgen auf. Aber sie warten – Sie verstehen, dass das im übertragenen Sinne gemeint ist – so lange, bis ein Pflichtanspruch besteht, zum Beispiel aufgrund einer Behinderung oder wenn in der Jugendhilfe eine Kindeswohlgefährdung eintritt. Das ist im Grunde ein problematisches Vorgehen.

Viel günstiger wäre es, wenn man hier vorher Angebote einbringen könnte. Aus vielen Beispielen, Projekten, Modellen usw. wissen wir, dass das auch sehr wirksam ist. Bloß es wird nicht reichen, immer wieder darauf hinzuweisen und zu appellieren, in diesem Bereich auch präventiv zu wirken.

Man müsste sich also überlegen, auch in andere Sozialgesetzbücher so einen Präventionsparagrafen einzufügen ähnlich wie im SGB V, wo feste Beträge oder feste Anteile der Budgets für Prävention eingesetzt werden.

Das Dritte ist das Thema „Krisenhilfe“. Natürlich können in Einsamkeit oder aus Einsamkeit psychische Krisen entstehen, die auch nicht nur sehr unangenehm, sondern bedrohlich werden können. Wir haben im Moment in Nordrhein-Westfalen keine ausreichenden Hilfen für psychische Krisen. Das hat nicht zuletzt der nordrhein-westfälische Landespsychiatrieplan festgestellt, der für die jetzt laufende Legislatur vorgesehen hatte, diesbezüglich initiativ zu werden. Ich kann das nur noch einmal nachdrücklich befürworten und empfehlen, in diesem Bereich aktiv zu werden. Es gibt in anderen Ländern gute Erfahrungen damit. Diese Krisenhilfe sollte sehr mobil sein und nicht stigmatisierend. Man braucht keine Versichertenkarte vorzulegen. Insofern ist es ein Thema, das in jedem Fall federführend von den Kommunen geleistet werden sollte, allerdings unter einer Landesfinanzierung.

Allerdings – das ist ein Unteraspekt dazu – gibt es zurzeit einen vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. Das ist eine feste Gruppe, die gesetzliche Empfehlungen vorlegen soll in Zuständigkeit des Bundesgesundheitsministeriums. In dieser Expertengruppe ist eine Empfehlung diskutiert worden, dass es eine Anteilsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung an Krisenhilfe bei psychischen Krisen geben soll. Der Vorschlag sind 50 %. Das heißt, natürlich bleiben weiter die Kommunen im Boot und werden nicht ersetzt durch irgendwelche neuen Dienste. Aber es wäre, wenn diese gesetzliche Empfehlung zum Tragen käme, die Möglichkeit gegeben, das erheblich aufzustocken aus Versichertenmitteln.

Die Länder sind mit zwei Vertretern in diesem Dialog vertreten. Aus Nordrhein-Westfalen kommt keiner von beiden. Aber über die AOLG oder über die Konferenz der Psychiatriereferenten wird es leicht möglich sein, da Einfluss zu nehmen oder sich aus eigener Initiative zur Unterstützung dieser Forderung zu bekennen.

Die ergänzende Bemerkung: Ich finde, dass sich gerade jetzt in Coronazeiten, in denen zunächst einmal im ersten Lockdown und jetzt teilweise auch wieder sehr viele professionelle Angebote eingestellt werden mussten und insofern für Nutzer erhebliche Schwierigkeiten entstanden sind, die Selbsthilfe und die Nachbarschaftshilfe, aber auch die Familienselbsthilfe als äußerst hilfreich und notwendig erwiesen haben. Ich

meine also, dass es sehr wichtig wäre, sich nicht nur auf die professionellen Angebote zu verlassen, sondern initiativ zu werden in Richtung Unterstützung von Selbsthilfe vor allem dort, wo sie organisiert ist und Hilfestellungen dazu leistet, Nachbarschaftsnetzwerke zu schaffen.

Marc Blondin (CDU): Herzlichen Dank an die Sachverständigen, dass Sie sich heute persönlich zur Verfügung stellen und zuvor Stellungnahmen eingereicht haben. Dass wir von Ihrem Erfahrungsschatz profitieren können, ist uns sehr wichtig.

Herr Krüger hat das erwähnt. Wie kann die psychotherapeutische Prävention aussehen? Das ist eine Frage in die Runde, ob Sie da weitere Anregungen für uns haben. Es geht ja um die Versorgung, aber auch um die Prävention im Vorfeld.

Wie könnte man Lehrer, Ärzte oder Pflegekräfte schulen zur besseren Erkennung oder Prävention von Einsamkeit, ganz besonders mit Blick auf Vertrauenslehrer, die eine ganz wichtige Rolle einnehmen?

Dann bitte ich noch um Ihre Einschätzung: Ist Einsamkeit eher ein individuelles oder ein gesellschaftliches Problem?

Herr Saßmannshausen, empfehlen Sie, dass Arbeitgeber Arbeitnehmer auf die Rente vorbereiten? Gibt es solche Modelle bereits?

Herr Steidel, 120 Ehrenamtler klingt nach sehr viel. Ist es schwierig, diese zu finden und zu halten? Welche Voraussetzungen braucht man?

Arndt Klocke (GRÜNE): Vielen Dank für Ihre Expertise.

Kollege Blondin, Ihre Frage nach der Vorbereitung auf die Rente finde ich wirklich spannend. Ich bin gespannt auf die Antwort. Denn viele Leute fallen ja dann in ein tiefes Loch.

Ich habe eine Nachfrage an Herrn Professor Margraf. Ich habe Ihnen gerne und gespannt zugehört. Sie haben über Psychopharmaka gesprochen und den Hinweis gegeben, den ich sehr richtig finde, dass das, wenn überhaupt, nur eine überbrückende, stabilisierende Sache sein kann, wenn nebenbei andere Dinge greifen, sprich Psychotherapie als eine Möglichkeit. Werden nach Ihrer Einschätzung in einem größeren Umfang von Hausärzten oder Fachärzten bei Menschen mit einer klaren Einsamkeitssymptomatik fälschlicherweise Medikamente verabreicht? In Einzelfällen passiert das mit Sicherheit. Aber die Frage ist: Würden Sie das als größeres Phänomen ansehen?

Herr Saßmannshausen, spannend fand ich den Hinweis, dass aktuell nur wenige Facharzt für Psychiatrie werden wollen. Spannend finde ich das auch vor dem Hintergrund, dass ich ja lange Wissenschaftspolitik gemacht habe. Was sind aus Ihrer Sicht die Hintergründe? Ist das eine Frage von Ausbildungsgängen, von Besoldung, von gesellschaftlichem Stand? Ich habe einen Freund, der Psychiater in Köln ist und sich vor Arbeit kaum retten kann. Aber vielleicht ist er auch überlastet, weil es zu wenig Ärzte gibt.

An den Präsidenten der Psychotherapeutenkammer habe ich die Frage: Wie häufig begegnet Ihnen bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen der Umstand, dass eigentlich das Symptom keine manifestierte psychische Störung ist, sondern eine im persönlichen Umfeld liegende oder in der Persönlichkeit liegende Einsamkeitsstörung?

Sie haben ja auch den Mangel an ambulanten Plätzen für Psychotherapie angesprochen. Wie viele Menschen landen dann mit so einer Symptomatik in der stationären Psychiatrie?

Stephen Paul (FDP): Dem Dank an die Sachverständigen schließt sich meine Fraktion an. Vielen Dank für das, was Sie uns schon gesagt haben. Das muss man auch erst einmal sacken lassen und auswerten.

Aber spontan habe ich noch zwei Nachfragen.

Herr Saßmannshausen, Sie hatten ja in Ihrer Stellungnahme das Wegbrechen von Familienstrukturen und solchen Zusammenhängen beschrieben und das auch gerade noch einmal angesprochen. Können Sie das noch ein bisschen genauer ausführen, welche Faktoren da aus Ihrer Sicht eine bedeutende Rolle spielen? Wie kann Politik da auch entgegenwirken? Da macht sich erst einmal ein ganz breites Feld von Familienpolitik und anderen Politikfeldern auf. Vielleicht können Sie uns fokussiert ein, zwei Hinweise im Zusammenhang mit der Einsamkeitsenquetekommission geben.

Herr Professor Dr. Margraf, Sie hatten ja Wert gelegt auf eine vernünftige Evaluation. Das ist ja auch wichtig, wenn man faktenbasierte Politik machen will und nicht nur irgendwelchen Stimmungen oder Gefühlen folgt. Wie könnte man evaluieren? Worauf müssten wir da als Politik achten? Was ist da wichtig?

Angela Lück (SPD): Auch von der SPD-Fraktion ein herzliches Dankeschön für Ihre Stellungnahmen und dafür, dass Sie uns heute für Fragen zur Verfügung stehen.

Ich habe eine Frage an Herrn Professor Margraf. Sie beschreiben, dass in den USA die Einsamkeit durchaus mehr zunimmt und die soziale Unterstützung auch deutlich reduziert wird, mehr als in Europa. Wie können wir in Europa dagegen arbeiten und uns davor schützen, dass sich diese Entwicklung auch bei uns einstellt? Welche Faktoren sind eigentlich dafür ausschlaggebend gewesen?

Dann habe ich noch eine Frage an Herrn Saßmannshausen. Sie sprechen davon, dass lokale Therapieangebote, Priorisierung und sozialer Status häufig über die nötige Versorgung bestimmen. Können Sie das erläutern?

Eine Frage habe ich an Herrn Krüger. Sie regen an, dass ein stärkeres Augenmerk nicht auf die primäre Prävention, sondern auf die indizierte Prävention gelegt werden soll. Wie könnte man das politisch verändern? Sie sprechen davon, dass man in den Kommunen Quartiere stärken muss, Begegnungsräume schaffen muss. Haben Sie da Ideen, oder gibt es Beispiele, wo so etwas schon gut stattfindet, wo vielleicht eine altengerechte Wohngelegenheit vor Einsamkeit schützt?

Dr. Susanne Bücker (Sachverständige EK IV): Herzlichen Dank auch von meiner Seite.

Ich habe eine Frage an Herrn Margraf und an den Präsidenten der Psychotherapeutenkammer NRW. Es geht um das Angebot ambulanter Psychotherapie im Gruppensetting. Hier würde mich interessieren, wie Sie dazu stehen im Kontext der Einsamkeitsprophylaxe oder auch -behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wissen Sie etwas darüber, wie die Nachfrage nach diesen Gruppenangeboten aussieht, vielleicht sogar mit speziellem Blick auf NRW? Wenn ich richtig informiert bin, ist das noch kein so altes Angebot, dass das überhaupt von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen wird. Mittlerweile dürfen ja sogar zwei approbierte Psychotherapeuten eine Gruppe betreuen. Das heißt, hier scheint irgendwie ein Aufbau stattzufinden. Aber wird das auch nachgefragt? Sollte das noch weiter ausgebaut werden oder stärker publik gemacht werden?

Eine andere Frage richtet sich an Herrn Krüger und bezieht sich auf das Thema „Prävention“. Gesundheitskurse werden ja in der Regel von einer zentralen Prüfstelle für Prävention zertifiziert, damit sie dann auch von den Krankenkassen finanziert werden. Sind Ihnen hier Angebote bekannt, die sich auf so etwas wie Stärkung der sozialen Integration oder ähnliches richten? Falls nein, bräuchte es dann eine spezialisierte Kursausbildung, damit das ein zertifiziertes Angebot ist, das dann auch finanziert ist? Wenn es so eine Kursausbildung benötigt, wer sollte denn diese anregen? Ist das eine Aufgabe von Psychologinnen und Psychologen, Ärzten oder informierten Laien? Wie genau kann man sich das vorstellen, damit das ein sinnvolles Präventionsprogramm ist?

Prof. Dr. Maike Luhmann (Sachverständige EK IV): Vielen Dank auch von meiner Seite an die Sachverständigen.

Ich habe zwei Fragen an Herrn Steidel. Mich interessiert, wie genau im Rahmen der TelefonSeelsorge mit einsamen Menschen gearbeitet wird. Werden zum Beispiel die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dahingehend geschult? Geben sie konkrete Hinweise? Oder beschränkt sich das auf Zuhören?

Zweitens. Wie sieht es aus mit der Wirksamkeit von TelefonSeelsorge bei der Bekämpfung von Einsamkeit? Haben Sie selber dazu bei sich schon Untersuchungen gemacht? Sind Ihnen Untersuchungen dazu bekannt, ob da eine empirisch belegte Wirksamkeit gegeben ist?

Thomas Hax-Schoppenhorst (Sachverständiger EK IV): Herr Professor Margraf, können Sie uns Erkenntnisse mitteilen, was die sicherlich besondere Situation von Menschen mit Migrationshintergrund angeht und insbesondere von Flüchtlingen?

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht und möchte selbst noch einige Fragen anschließen.

Herr Professor Dr. Margraf, Einsamkeit ist ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen, und psychische Erkrankungen führen nicht gerade dazu, dass man Geselligkeit sucht.

Wie könnte man aus wissenschaftlicher Sicht diesen Teufelskreis am besten durchbrechen?

Herr Höhner, an Sie habe ich eine Frage zu den gesellschaftlichen Rollenbildern. Ältere Männer haben ein höheres Risiko, Suizid zu begehen. Inwieweit sind da gesellschaftlich perpetuierte Rollenbilder von dem coolen, einsamen Wolf schädlich dahingehend, dass man ein Geschlechterungleichgewicht bekommt, was auch ein soziales Auffangnetz angeht?

Herr Steidel, Weihnachten steht vor der Tür. Das wird von vielen als frohe Zeit wahrgenommen. Genauso ist es oft in den Sommermonaten, wenn die Sonne scheint und Menschen draußen unterwegs sind. Man weiß von der Seelsorge, dass das die bedrohlichen Zeiten sein können, in denen Hilfsangebote besonders ausgelastet sind. Inwieweit ist dieses Paradoxon erklärbar? Warum führt der Vergleich mit anderen Menschen dazu, dass man sich insbesondere dann einsam fühlt?

Eine Frage stelle ich insgesamt in den Raum. Wir haben von Frau Professorin Luhmann am Anfang der Enquete einen wissenschaftlichen Vortrag dazu gehört, dass Einsamkeit an sich nicht unbedingt zunimmt. Wohl aber – dazu habe ich eine schöne Publikation aus dem englischsprachigen Raum gefunden; das hatten Sie, Herr Steidel, auch ein Stück weit ausgeführt – nehmen die Menschen die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen anders wahr. Bei Umfragen wird – das hatten Sie ja auch so ausgeführt – die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen heute als weniger gut eingestuft. Würde man heute die Menschen befragen, wäre bei vielen die Antwort auf die Frage, zu wie viel Personen sie gehen können, um wirkliche Probleme zu besprechen: null. Vor einigen Jahren hätte man auf diese Frage vielleicht noch andere Antworten bekommen. Wie kann man das erklären in Zeiten, in denen wir über eine gesteigerte Konnektivität sprechen? Man kann Freunde in Seoul über Videocall erreichen oder sich bei Facebook darüber informieren, was andere gerade auf Bali machen. Was könnte der Hintergrund sein?

Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke e. V.): Ich beziehe mich zunächst auf Sie, Frau Lück und Frau Bücker. Vielen Dank für Ihre Fragen zur Prävention. Beide Fragen gingen ja in die Richtung: Wie könnte so etwas gehen? Ich würde am liebsten mit Beispielen darauf antworten.

Ich fand sehr beeindruckend im Moment eine Initiative, die in einem Bürgerzentrum in Köln läuft, im Bürgerzentrum Ehrenfeld. Das ist tatsächlich ein krankenkassengefördertes Projekt zur Prävention. Es hat als Schwerpunktthema die Bewegung. Das hängt damit zusammen, dass das eines der Schwerpunktthemen der Prävention ist. Das ist bekannt. Das ist alles Primärprävention und richtet sich an breite Bevölkerungsschichten und nicht an spezielle Zielgruppen. Ich sage es jetzt mal etwas salopp: So muss man formulieren, wenn man eine Förderung kriegen will. Aber dieses Projekt ist eigentlich hauptsächlich bezogen auf Kontaktstiftung bei hochbetagten Menschen. Die Überlegung ist, hier eben die Bewegung auch im übertragenen Sinne zu verstehen, das heißt, überhaupt erst einmal eine Motivation zu schaffen, sich zu bewegen. Alte Menschen brauchen eine Motivation, überhaupt ihr Haus zu verlassen. Diese Motivation kann darin bestehen, sich mit anderen Menschen zu treffen und irgendetwas zu

tun. Bewegung sind hier also nicht die Rückenschule oder irgendwelche ganz systematisierten Trainings, sondern es ist eigentlich ein Gang durch den Stadtteil, bei dem irgendjemand etwas erzählen kann aus eigener Erinnerung von früher oder so etwas. Ich will das nicht weiter ausführen. Vielleicht schauen Sie sich das im Internet an. Das ist auf jeden Fall ein Projekt, das sich speziell auch an Menschen mit Demenz richtet oder an Menschen mit Depressionen unabhängig davon, ob die schon diagnostiziert sind oder nicht. Das richtet sich an Menschen, denen man anmerkt, dass sie erhebliche Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme haben. So könnte es gehen.

Ein anderes Beispiel ist für mich eine Selbsthilfeinitiative. Die heißt Rettungsring. Das sind ehemals psychisch erkrankte Menschen, die angesichts des ersten Lockdowns von Corona gesagt haben: Wir müssen sofort eine Plattform schaffen, Kontakte herzustellen.

Ich glaube, dass es auch ein bisschen problematisch ist, jetzt immer zu sagen: Wir müssen die Kontakte reduzieren. – Wir müssen die direkten Begegnungen reduzieren. Die Kontakte werden eher wichtiger.

Die haben Onlineplattformen zur Verfügung gestellt. Über dieses Portal, das die aufgebaut haben, können bis zu 70 Parallelgruppen tagen. Jede dieser Gesprächsgruppen ist moderiert und hat auch eine ganz bestimmte Struktur, damit das nicht ausufert oder missbraucht wird. Die Moderatoren sind angeleitet. Das wird sehr stark in Anspruch genommen. So etwas finde ich vorbildlich.

Am dritten Beispiel will ich dann noch etwas einführen, was, glaube ich, auch für diese ersten beiden gilt. Das dritte Beispiel ist nämlich ZWAR, Zwischen Arbeit und Ruhestand. Das habe ich vor einigen Jahren kennengelernt in der Form, dass Auftaktveranstaltungen stattgefunden haben, die eine sehr starke Resonanz gefunden haben. An der Veranstaltung in Köln, an der ich teilgenommen habe, haben 250 Personen teilgenommen. Das war nur bezogen auf einen Stadtteil. Es haben sich ganz viele Gruppen gebildet mit absolut unterschiedlichen Zielrichtungen: Treffen, Telefonkette, irgendwelche Aktivitäten. Nur leider ist das alles jetzt – ungefähr drei Jahre später; ich weiß es nicht ganz genau –, wenn ich es richtig sehe, komplett eingeschlafen.

Das heißt also bezogen auf alle drei Beispiele: Wenn solche schönen Initiativen auch langlebig sein sollen oder eine Chance haben sollen, muss man irgendwie unterstützen, dass es dafür eine Struktur gibt, nicht, dass man es gleich wieder professionell macht, aber es muss irgendeine Hintergrundstruktur geben – so wie ein Arbeitnehmer sein Büro hat und sein Telefon und vielleicht auch noch seine Supervision oder irgendjemanden, den er anrufen kann, wenn er Fragen hat. So etwas muss man für solche Initiativen auch zur Verfügung stellen. Das gibt es im Moment so gut wie nicht.

Frau Bücker, damit wird schon deutlich: Wir bräuchten gerade etwas Neues, was eben nicht ein zertifizierter Kurs ist oder so. Die Schwierigkeit ist ja: Wenn ich einen Kurs zur Ernährungsberatung mache, kommen nicht unbedingt die übergewichtigen Personen, sondern es kommen die Ernährungsbewussten. Das Gleiche gilt im Bereich Bewegung. Das ist nicht gewollt, aber es ist doch trotzdem dadurch erzwungen, dass man vorher schon ein festes Konzept macht, in dem steht: Es gibt zehn Treffen. Beim ersten Treffen wird das Thema besprochen. Beim vierten Treffen wird folgendes

Thema besprochen. – Das ist so stark strukturiert. Das setzt eine vorherige Anmeldung voraus. Das ist damit für viele gar nicht erreichbar.

Stattdessen – deswegen auch der Vorschlag, über den Bundesrat oder die Gesundheitsministerkonferenz auf den Bundesgesetzgeber einzuwirken – dieses Wort „Primärprävention“ in § 20 SGB V zu streichen, würde schon reichen. Das würde eröffnen, dass es neben diesen ganz generalisierten Themen „Bewegung“, „Ernährung“, „Verzicht auf Genussgifte“ usw. auch noch die Möglichkeit gibt, zielgruppenspezifische Angebote zu machen. Ich meine, das wäre ein großer Gewinn.

Ulf Steidel (TelefonSeelsorge Düsseldorf): Ich bin nach der Schwierigkeit gefragt worden, Ehrenamtliche zu gewinnen und zu halten. Ich spreche jetzt mal nur für Düsseldorf. Düsseldorf ist ein gutes Pflaster. Trotzdem braucht es ein großes Engagement, die richtigen Menschen zu finden, sie auszubilden und auch zu halten. Bei uns ist der Schlüssel der Supervision, also der ständigen Praxisreflexion, in der Seelsorge sehr hoch. Sie bekommen im Prinzip bei uns auf einen Dienst am Telefon eine Fallsupervision in der Gruppe. Wir betreiben da einen sehr hohen Aufwand, damit sich Menschen im Ehrenamt an dieser Stelle auch nicht überfordern und überlasten und ihre Rollenklärung hinbekommen. Das müssen Sie vorhalten. Ehrenamt ist nicht kostenfrei zu bekommen, sondern da braucht es auch ein gutes Investment, um Menschen zu finden und dauerhaft in der Aufgabe zu halten. Gegenwärtig ist die Verweildauer bei uns ca. zehn Jahre im Ehrenamt. Das ist ein recht guter Wert. Die Tendenz ist aber fallend.

Eines ist auch wichtig. Das haben wir jetzt im Lockdown noch einmal gemerkt. Sie kriegen bürgerschaftliches Engagement von Berufstätigen nur, wenn die Erwerbswelt das auch ein Stück begreift und ein bisschen Luft lässt für das bürgerschaftliche Engagement. Da gibt es hoffnungsvolle Ansätze, dass sich da ein bisschen etwas tut. Wir stärken gerade die berufstätigen Ehrenamtlichen an der Stelle sehr, auch sehr selbstbewusst gegenüber den Arbeitgebern zu kommunizieren, dass sie sich bürgerschaftlich engagieren.

Eine Frage galt der niederschwelligen Qualifizierung von wichtigen Multiplikatoren wie zum Beispiel Lehrerinnen und Lehrern. Das ist äußerst wichtig. Wir haben exemplarisch im letzten Jahr begonnen, mit einer Gesamtschule im Düsseldorfer Süden ein präventives Projekt zum Thema „Suizid“ zu machen. Das haben wir in diesem Jahr wiederholt. Daraus wird jetzt im nächsten Jahr eine größere Veranstaltung über die Schulleiterkonferenzen. Wir werden ein Programm auf den Weg bringen und bewerben – das kennen Sie vielleicht, Herr Margraf –: MindMatters. Das kommt ursprünglich aus Australien: Schule als einen Ort seelischer Gesundheit wahrnehmen und entwickeln. – Das ist jetzt der nächste Schritt, dass wir versuchen, auch über die Schulleiterkonferenz darauf hinzuweisen. Aber das ist natürlich ein dickes Brett. Auch bildungspolitisch wäre das ein wichtiger Ansatz, da Freiräume zu schaffen, damit die Schulen als soziale Räume auch diese Aspekte im Blick behalten.

Zu Ihrer Frage, wie wir Ehrenamtliche rund um das Thema „Einsamkeit“ sensibilisieren: Das ist in der Tat ein wichtiger Teil unserer einjährigen Grundausbildung und natürlich der ständigen Praxisreflexion. Wie schillernd das Phänomen Einsamkeit ist und

wie individuell Einsamkeit ist, wird natürlich in der Supervision immer wieder sehr genau angeschaut und unter die Lupe genommen. An der Stelle geben wir uns wirklich große Mühe, für dieses sehr bunte Phänomen Einsamkeit auch eine Sensibilität bei den Ehrenamtlichen zu erzeugen.

Ihre naheliegende Frage nach der Wirksamkeit der TelefonSeelsorge ist natürlich eine spannende. Da sind uns die Hände gebunden, weil wir natürlich nicht unsere Nutzer befragen können. Da können wir nicht evaluieren. Von daher sind das sehr subjektive Eindrücke, die wir da sammeln.

Wir müssen natürlich auch selbstkritisch die Schattenseite unseres Angebotes im Blick behalten insofern, ob wir nicht manchmal auch Einsamkeit chronifizieren und vielleicht durch unser immer erreichbares Angebot Leuten auch ein bisschen den Impuls nehmen, auch Kontakte einzugehen. Das muss TelefonSeelsorge im Blick behalten. Aber ich glaube, jede Einrichtung und Organisation ist gut beraten, immer auch die andere Seite ihres Angebotes und des Engagements selbstkritisch im Blick zu behalten.

Allerdings habe ich auch in der ganzen Zeit, in der ich die TelefonSeelsorge in Düsseldorf leite, ein Gespür dafür bekommen, wie kleinschrittig mit diesem Phänomen und diesem Erleben Einsamkeit zu arbeiten und umzugehen ist. Man muss auch ein Gefühl für die Schutzfunktion von Rückzug und Einsamkeit entwickeln. Beziehungen sind immer hochambivalent. Wir brauchen sie, und gleichzeitig sind sie der Ort der Verletzungen und der Kränkungen. Das wird gerade im Kontakt mit einem bestimmten Klientel bei uns deutlich. Wir haben ja auch Menschen, die sich nicht erstmalig und kurzzeitig an uns wenden, sondern dauerhaft.

Natürlich freuen wir uns über jeden Menschen, der uns nach fünfjähriger Bindung nicht mehr braucht und offensichtlich einen anderen Weg gefunden hat, auch zurück in ertragfähige Alltagskontakte hinein. Das befördern wir sehr. Aber wir sind auch bescheiden in der Einschätzung, was wir an der Stelle bewegen können.

Damit bin ich bei der Frage Quantität und Qualität von Beziehungen. Das ist in der Tat ein Phänomen, dass mehr auf Quantität denn auf Qualität gesetzt wird. Dagegen können wir uns schlecht wehren. Hartmut Rosa, ein Soziologe, hat in den letzten Jahren bedeutend zu diesem Resonanzphänomen und der Entschleunigung gearbeitet. Da spricht er mir sehr aus dem Herzen. Die Selbsthilfe und die TelefonSeelsorge sind Orte, an denen Resonanz entsteht, kleinschrittig, kleinteilig, mit langem Atem.

Ich sage es mal ganz drastisch: Das Vergleichen ist ein Brandbeschleuniger für die depressive Symptomatik. Als depressiv Erkrankter können Sie nichts Schlimmeres tun als sich zu vergleichen. Aber auch wenn wir noch einigermaßen gesund sind, sollten wir da vorsichtig sein.

Darum gibt es diese Phänomene, die Sie beschrieben haben. Wir beobachten gerade in den Frühsommermonaten vermehrt Suizide, weil sich Menschen noch stärker abgehängt fühlen als sie es ohnehin schon empfinden. Rund um Weihnachten ist das auch der Fall. Wenn sich alle in die Familien begeben, bleiben die zurück, die familiär nicht angebunden sind.

Rüdiger Saßmannshausen (BVDN-Landesverband Westfalen): Der zentrale Begriff – der taucht ja auch in den anderen Stellungnahmen auf – ist der Begriff der Bindung. Wenn nach der Familie gefragt wird oder nach der Rolle der Arbeit, des Arbeitgebers, dann geht es immer um Bindung. Das Eine ist die personale Bindung – sprich Ehe, Familie, Lebenspartnerschaft – egal, wie sie aussieht. Da geht es nicht um eine rechtliche Dimension, sondern um eine Beziehungsdimension. Den Begriff „Beziehung“ mag ich da aber nicht verwenden, weil der so ausgelutscht ist. Deswegen benutze ich den Begriff „Bindung“. Denn Bindung kann eben nicht nur Gebundensein an eine Person bedeuten, sondern auch Bindung an die Arbeit als sinnstiftend, Bindung auch da verbunden mit Begegnung mit Arbeitskollegen, mit Geschäftskunden, mit Patienten, Klienten usw. Das heißt, es geht auch um Erfüllung.

Wir wissen auch, dass eine andere Bindung auch eine große Rolle spielt. Wir wissen schon seit Urzeiten, dass regelmäßige Kirch-, Synagogen- und Moscheegänger gesünder leben als andere, weil sie gebunden sind. Sie sind gebunden in der Religion. Religion bietet Bindung.

Eine kleine Anekdote: In meiner jugendbewegten Zeit in Köln am Heiligabend nachmittags waren wir unterwegs. Wir kriegten vom Pfarrer gesagt, zu wem von den alten Leuten wir mal hingehen mögen, um mit denen ein Stündchen zusammen zu sein und ein Käffchen zu schlürfen usw. Das war für die alten Leute das Weihnachtsgeschenk, dass junge Menschen sie besuchten und einfach Zeit mit ihnen verbrachten, ihnen zuhörten oder eine Runde „Mensch ärgere Dich nicht“ mit ihnen gespielt haben usw.

Das sind Dinge, die ungemein wichtig sind. Deswegen bin ich auch dankbar für das, was Herr Krüger sagt. Wir sind die Professionellen. Das heißt, wir haben es auch mit einem größeren Schweregrad an Einsamkeit bzw. mit schweren Folgen von Einsamkeit zu tun, während das, was in der Prävention, im Vorlauf erforderlich ist, gar nicht so abhängig ist von uns Professionellen, sondern da sind ganz andere Strukturen und ganz andere Unterstützungen gefragt. Auch ein Professioneller muss sich zurücknehmen können in solchen Punkten.

In Amerika ist angedacht, dass nach der neuen ICD Trauer schon eine Krankheit ist, wenn sie länger als 14 Tage dauert. Das finde ich grauslich. Das ist natürlich eine Folge der Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Man schafft sich neue Räume, um damit Leute mit Behandlungen traktieren zu können.

Da kommen wir auch zum Übergang vom Arbeitsleben in die Berentung. Es ist ganz klar. Für jemanden, der in seiner Arbeit aufgeht, für den Arbeit sinnstiftend ist, kann ein sofortiger Cut nur dann gelingen, wenn er sich vorher schon ein neues Leben jenseits der Arbeit aufgebaut hat. Das gelingt aber nicht allen. Im Grunde müssten die gleitenden Übergangsregelungen noch viel mehr ausgebaut werden. Ich sehe es auch bei meinen Patienten. Ich habe ja das unverschämte Glück. Eigentlich bin ich ja schon Rentner. Aber ich habe die Freiheit. Ich darf so lange arbeiten, wie ich möchte. Ist das nicht toll? So lange mir meine Arbeit Vergnügen bereitet, darf ich arbeiten. Meine Frau ist sechseinhalb Jahre jünger als ich. Das heißt, ich habe noch Zeit, bis sie in Rente kommt. Das ist ein großes Privileg. Viele andere Menschen haben das nicht. Schichtarbeiter sind mit 55 Jahren ausgelutscht. Da wäre es auch in der Arbeitswelt wichtig, Übergänge zu schaffen statt dieser Wegwerfmentalität. Das finde ich sehr schade. Da

sollten wir als Gesellschaft etwas tun, damit die Menschen nicht in ein Riesenloch hineinfallen.

Ich will es jetzt nicht zu ausschweifend machen, aber die Psychiatrie hat eine Doppelfunktion in unserer Gesellschaft. Ich will es deutlich machen: Als vorvorgestern in Trier der SUV-Fahrer durch die Fußgängerzone gefahren ist, musste mich meine Frau auf dem Sessel festhalten. Denn ich wäre sonst in den Fernseher hineingesprungen. Da hieß es dann unisono bei mehreren Sendern: Der hat offensichtlich eine psychiatrische Störung. – Da habe ich gedacht: Wir Psychiater sind wieder für das Böse zuständig. – In einem anderen Zusammenhang hätte jeder gesagt: Der hat eine psychische Störung. – Das ist immer noch das Problem der Psychiatrie in unserem Land. Wir sind zuständig für die polizeilichen Funktionen. Wir sind zuständig für Zwang.

Ein anderes Beispiel ist „Vienna Blood“. In der ersten Folge wird noch zu Kaiserzeiten in Österreich eine Hysterikerin mit Elektroschock behandelt. Die Elektrokrampftherapie gibt es aber erst seit Mitte der 30er-Jahre des letzten Jahrhunderts, und Hysterien sind damit erst recht nicht behandelt worden. Im „Tatort“ wird dann Valium als Antidepressivum verkauft.

Das geht nicht. Diese Fehlinformationen wirken sich natürlich aus. In anderen Bereichen würde man sich solche Sachen nie erlauben. Das sage ich mal provokant.

Wir haben einen Ärztemangel. Wir bilden jetzt gerade erst langsam so viele Ärzte aus wie wir in Gesamtdeutschland bis zur Vereinigung ausgebildet haben. Die Zahlen sind damals von 12.000 auf 9.000 Studierende pro Jahr heruntergesaust. Das holen wir jetzt erst auf. Das ist aber schon 30 Jahre her. Der Haken ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Die Medizin ist weiblich geworden. Das ist in manchen Bereichen ja auch gut so. Darum geht es nicht, sondern es geht darum, dass auch bei der Polizei und bei anderen gesellschaftlich sehr wichtigen Berufen mittlerweile für einen ausscheidenden Mitarbeiter 1,3 Neue eingestellt werden müssen. Das heißt bei den 12.000, die wir bis zu den 90er-Jahren in Deutschland hatten: Wir bräuchten jetzt locker mal 15.000. Das heißt, mit den jetzigen 12.000 sind wir immer noch 3.000 unter Bedarf bei Ärzten. Ein Großteil der jetzt tätigen Ärzte wird in den nächsten fünf bis zehn Jahren in den Ruhestand gehen. Es ist kein Ersatz da.

Dann ist natürlich das Problem: Wer macht dann noch Psychiatrie? Ich bin natürlich ein begeisterter Verfechter meines Fachgebietes. Wenn ich morgens in die Praxis komme, weiß ich nicht, was mir der Tag bringen wird. Wir haben unsere Notfälle. Wir haben unsere Suchtkranken und Drogenabhängigen. Wir haben die Alten und die Dementen. Wir haben die jungen und die alten Wilden. Ich möchte das nicht missen. Das ist aber kein ruhiges Arbeiten. Es ist kein geordnetes Arbeiten. Es ist nicht klar, dass ich mittags um 13 Uhr pünktlich den Bleistift fallen lassen kann und zum Essen nach Hause fahren kann. Das geht nicht. Manchmal ist auch um 15 Uhr erst der Vormittag zu Ende. Der Psychiater ist ein Arzt wie jeder andere Arzt auch. Dann ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf nicht gerade einfach.

Hinzu kommt, dass wir die berühmte Bedarfsplanung haben. Ich finde den Begriff furchtbar, denn das ist ein Begriff aus der Planwirtschaft. Es müsste ja korrekt heißen: Versorgungsplanung. Bedarfsplanung ist: Wie viele Bananen stehen jedem Bürger zu?

Wir haben Anfang des Jahres die Möglichkeit gehabt, vermehrt noch Zulassungen im Bereich Psychiatrie besetzen zu können. Das gelingt uns nicht. Ich arbeite in Wittgenstein und habe angefangen mit einem Versorgungsradius von 20 km. Dann waren es 30 km. Mittlerweile habe ich einen Versorgungsradius von 60 km. Das ist der helle Wahnsinn. 60 km Luftlinie bedeuten eine Fahrtzeit von über einer Stunde. Das ist so ähnlich, als würden Sie hier aus Düsseldorf zur Behandlung nach Bielefeld oder Höxter fahren müssen. Das ist ein No-Go. Aber das liegt auch mit daran, dass wir als zuwendungsintensives Fach natürlich andere Vergütungsbedingungen haben.

Sie dürfen mich aber nicht missverstehen. Das ist kein Lamentieren, sondern ich sage nur: Wir werden in den nächsten Jahren ein Zusammenbrechen dieser ambulanten Versorgung haben. Denn es ist ganz klar. Gerade in den ländlichen Regionen kriegen wir keine Nachfolger mehr. Deswegen kam es auch zu dieser Erweiterung des Versorgungsradius, weil ältere Kollegen in der Umgebung schlicht und einfach in Rente gegangen sind oder verstorben sind, und es war kein Nachfolger da. Das ist Realität.

Wir haben die Psychiatrieenquete. Wir haben den Landespsychiatrieplan, an dem ich auch das Vergnügen hatte, mitwirken zu dürfen. Papier ist geduldig.

Diese alte Dichotomie entweder Psychopharmaka oder Psychotherapie ist Dschungelpsychiatrie von vor 30 Jahren. Das ist schon lange aufgelöst. Heute geht es darum: Psychotherapie und möglicherweise Psychopharmakatherapie. Es gibt natürlich psychisch kranke Patienten, die Medikamente möglicherweise ihr ganzes Leben lang brauchen, Patienten mit einer chronischen Psychose oder mit bestimmten Formen von Depressionen oder einer bipolaren Störung. Das ist auch gut so. Andere brauchen ihr Leben lang ihre Schilddrüsenhormone. Andere brauchen ihr Leben lang ihren Blutdrucksenker. Was ist der Unterschied? – Keiner.

Was für uns Psychiater auch ein Problem ist, ist: Die meisten psychisch kranken Menschen werden beim Hausarzt behandelt. Der Hausarzt ist immer auch sozusagen der Gatekeeper. Da findet sich auch die eine oder andere Ungereimtheit. Aber im Großen und Ganzen muss ich sagen: Wenn wir diese Versorgungsebene nicht hätten, was wäre denn dann? Natürlich muss ich ab und zu, wenn Patienten zu mir kommen, auch Medikamente reduzieren und absetzen oder umstellen. Das ist aber nicht das eigentliche Thema.

Was uns fehlt, ist die wirklich versorgungsgerechte Ressource für die Menschen, die zu uns kommen. Da kommen wir natürlich schlicht und einfach immer wieder an Limits. Klar: Das ist Aufgabe der Bundespolitik, in manchen Bereichen auch der Landespolitik, da für bessere Bedingungen für die Bürger zu sorgen. Aber ich denke, wir können es nicht auf die lange Bank schieben. Das Ding brennt. Aber meistens reagieren wir ja erst, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. So ist es einfach.

Durch Corona Wegfall von professionellen Helfern: Nein. In unserem Bereich stimmt das nicht. Zumindest in Westfalen stimmt das nicht. Wir sind von unserer Kassenärztlichen Vereinigung ausdrücklich dafür gelobt worden. Die Psychiater waren neben den Nephrologen mit ihren Dialysepatienten die einzige Facharztgruppe, die während des Coronalockdowns im Frühjahr keinerlei Fallzahlverluste hatte. Wir haben unsere Stellung gehalten, und wir haben unsere Patienten versorgt.

Gerd Höhner (Psychotherapeutenkammer NRW): Herr Klocke, Sie fragen nach einem möglichen Zusammenhang von fehlenden ambulanten Behandlungen und Krankenhauseinweisungen. Das ist in gewisser Weise ein Alltagszusammenhang. In der Regel erfolgt eine Einweisung, wenn sie nicht notfallmäßig geschieht, im Zusammenhang mit einem Vorbehandler. In der Regel sind das die niedergelassenen Psychiater. Wenn es gut geht, sind es Einweisungen und Aufnahmen, die mit allen Beteiligten positiv abgestimmt sind.

Aber es ist auch ein Problem der Empirie in diesem Bereich. Menschen, die zum Beispiel aufgrund einer Depression nicht in Erscheinung treten, die sich nicht irgendwo auf der Straße laut äußern, sondern sich möglicherweise immer weiter zurückziehen, entziehen sich einer empirischen Erfassung dieser Fragestellung weitgehend. Aus der Behandlungsrealität ist durchaus bekannt, dass Menschen, die über lange Zeit über die Wartelisten in der psychotherapeutischen Versorgung herumirren, irgendwann einmal im Krankenhaus in Erscheinung treten oder gar nicht mehr in Erscheinung treten. Was dann mit diesen Menschen ist, wissen wir schlichtweg nicht.

Zu Ihrer Frage, Herr Klocke – wenn ich die Frage richtig verstanden habe –, in welchem Zusammenhang persönliche Symptomatiken mit Lebensbelastungen stehen: Häufig ist das eigentliche Thema nicht so sehr die Symptomatik, die sich äußert, sondern wie die Menschen mit persönlichen Belastungen umgehen. Psychotherapie beschäftigt sich häufig mit der Frage: Kann man jemanden unterstützen, ihn fördern, ihm helfen, damit er mit seinen Problemen kompetenter umgeht als vorher? Insofern ist Psychotherapie in vielen Teilen auch eine Behandlung zur Befähigung oder zur Wiederbefähigung.

Frau Bücker, zu Ihrer Frage nach der Gruppentherapie: Es ist in der Tat so, dass wir – jetzt rede ich von den Psychotherapeuten in der Niederlassung – uns über lange Jahre bemüht haben gegenüber den Kostenträgern, den Krankenkassen, irgendeine Form von vernünftiger Regelung, was das Gruppentherapieangebot betrifft, hinzubekommen. Das ist immer an zum Teil spitzfindigen bürokratischen Überlegungen gescheitert. Dahinter stand immer die Befürchtung, man würde in diesen Gruppen irgendwelche Leute zusammentun und damit viel Geld verdienen. Häufig gibt es Indikationen für die Gruppentherapie in der Tat gerade deshalb, damit Menschen, die sonst in ihrem Leben alleinestehen, auch mal in anderer Form miteinander ins Gespräch kommen. Das ist ja auch das Prinzip, wenn es um Angebote, die Herr Krüger geschildert hat, sozusagen im Rahmen der Selbsthilfeorganisationen geht.

Die Nachfrage von Menschen, die sich im Wesentlichen rückzüglich verhalten oder über das Problem der Einsamkeit klagen, in Richtung Gruppentherapie ist überhaupt gering, weil die Nachfrage nach Leistungen in diesem Bereich generell gering ist. Das ist Teil der Symptomatik, dass man, wenn man sich rückzüglich verhält, auch in diesem Bereich Hilfsangebote zum Teil gar nicht registriert, gar nicht wahrnimmt. Das ist ein Teil dieses Teufelskreises.

Herr Vincentz, zu dem Thema: Was machen eigentlich die alten Männer nach der Berufstätigkeit? Wenn Sie einen Beruf ausüben oder Aktivitäten, die Sie persönlich für sinnhaft halten – Herr Saßmannshausen hat es ja eben sehr schön geschildert –, dann

haben Sie in der Regel auch nicht das Problem mit der Einsamkeit, weil Sinnhaftigkeit der Lebensführung an sich trägt.

Es fehlt an mehr Sinnhaftigkeit in der Gesellschaft. In gewisser Weise ist das eine Gesellschaftskritik. In der Coronasituation wurde die Entsolidarisierung der Gesellschaft beklagt. Ja, ich will das gerne zur Kenntnis nehmen, aber in dieser Entsolidarisierung steckt ja etwas drin, was in der Philosophie dieser Gesellschaft eigentlich immer positiv genannt wird. Jeder sorgt für sich selbst, und jeder geht mit Ellenbogen durch die Welt und ist erfolgreich.

Dann, wenn das Ende dieser beruflichen Lebensstrecke erreicht ist, gibt es keine Modelle mehr. Sie fragten nach den Modellen für die alten Männer, Herr Vincentz. Ich glaube, das ist eher eine Frage, wie wir überhaupt mit Sinnhaftigkeit in dieser Gesellschaft umgehen. Darüber könnte man auch mal allgemeiner diskutieren.

Prof. Dr. Jürgen Margraf (Ruhr-Universität Bochum): Die Fragen überlappen sich, weshalb ich versucht habe, das in drei Bereiche zu gliedern.

Der erste Bereich wäre der gesellschaftliche. Die gesellschaftlichen Bedingungen haben einen wesentlichen Einfluss auf unser Wohlbefinden. Da gibt es wirklich eindeutige Befunde. Wir haben auch selber dazu gearbeitet. Ich war überrascht von der Stärke der Zusammenhänge. Wir sind hier in einer westlichen, eher individualistischen Gesellschaft. Das hat viele Vorteile. Aber es hat auch Nachteile. Unter Coronabedingungen zeigt sich, dass die kollektivistischen ostasiatischen Gesellschaften die wahren Könige in diesen Dingen sind. Wir sind die Einäugigen unter den Blinden in Europa, und auch das vielleicht nicht mehr lange. Das hat aber auch mit der psychischen Gesundheit zu tun.

Ich will ein konkretes Beispiel herausgreifen: Bullying, Mobbing bei Kindern in der Schule. In jeder deutschen Schulklasse gibt es im Durchschnitt mindestens eines, typischerweise genau ein Kind, das dieses erfährt. Manchmal sind es zwei, meistens nicht. Denn die können sich dann schon verbünden. Das ist einer der stärksten Prädiktoren für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Das ist ein massiver Faktor. Das ist wirklich brutal.

Wenn Sie das für gottgegeben halten, schauen Sie mal nach China. In China berichtet noch nicht einmal ein Siebtel der Leute überhaupt von so etwas. Aber der große Unterschied ist: Die Täter werden bei uns belohnt. Das ist eine adaptive Strategie, hier mit Ellenbogeneinsatz voranzukommen. In China werden die dann sehr schnell abgestraft, und dann hören die auch auf, das zu machen. Deswegen gibt es insgesamt weniger. Die Chinesen haben noch immer viel prekärere Verhältnisse als wir und nichtsdestotrotz eine bessere psychische Gesundheit. Das hängt mit gesellschaftlichen Dingen zusammen. Da könnten wir jetzt etwas ableiten.

Es wurde auch nach Lehrern gefragt, nach der Ausbildung der Lehrer. Ich denke, Lehrer müssen schon so viel Zeug machen und so viele Berichte schreiben. Aber es wäre wahrscheinlich sinnvoll, auch zum Thema „Bullying“ etwas zu machen.

Ich habe ein gutes Beispiel von einer Lehrerin, die ihre Klasse alle zwei, drei Monate in zwei Gruppen einteilt. Das sind dann die Löwen und die Panther oder die Löwen

und die Tiger, die Elefanten und die Nashörner. Das sind immer zwei starke Gruppen. Die werden immer neu gemischt. Dadurch gibt es diese Verfestigung dieser Strukturen vom Bullying nicht.

Außerdem müssen Lehrer lernen, sich mit den Schwachen und nicht mit den Starken zu solidarisieren.

Sie fragten nach dem Unterschied von Europa und den USA. In den USA ist das noch individualistischer. Die Menschen wohnen noch weiter auseinander. Ich habe selber viele Jahre dort gelebt. Die Arbeitswelt ist anders organisiert. Es bleibt viel weniger Zeit für echte soziale Kontakte. Es gibt eine viel stärkere soziale Segregation als bei uns. Das ist ein wichtiger Faktor, der auch bei uns greift. Das ist heute immer mehr zu beobachten: Die Wohlhabenden wohnen woanders als die Armen. Das geht nicht durcheinander. Man kann als Student, wenn man aus der Mittelschicht kommt, vielleicht mal erleben, wie das ist mit den armen Leuten. Aber dann kehrt man ja wieder zurück. Man fühlt sich zwischendrin auch nicht wirklich selber arm. Das ist ein wesentlicher Einflussfaktor, dem wir hier begegnen müssten und könnten.

Es gibt aber auch den Einflussfaktor der Medikamente. Ich bin mir sicher, Herr Saßmannshausen, wir kommen da nicht völlig zusammen, aber wir liegen vielleicht auch nicht völlig auseinander.

In Amerika sind inzwischen 7 % der erwachsenen Bevölkerung seit mindestens fünf Jahren ununterbrochen auf SSRI. Bei jedem Wehwehchen werden Medikamente genommen. Man hat das gerade schrecklich gesehen bei der Opioidkrise. Da ist endlich mal erkannt worden, wie schlimm das ist.

Eine große Rolle spielen auch die zum großen Teil schrecklichen amerikanischen Medien. Natürlich gibt es auch gute, aber ganz besonders schlimm sind die sozialen Medien. Wir haben eigene Forschung, die zeigt: Wer sich primär bei den sogenannten sozialen Medien Facebook, Twitter, Instagram usw. informiert, hat höhere Depressionswerte, höhere Angstwerte, mehr Stressbeschwerden, hat sehr viel mehr Unruhe bei Corona und sehr viel weniger das Gefühl, dass man etwas tun kann, ist viel beunruhigter und glaubt viel mehr an Verschwörungserzählungen. Das ist ein wesentlicher Teil.

Dann ergibt sich daraus eine Agenda, was man tun muss. Ich persönlich werde jetzt nicht zu politisch, aber wir brauchen ein schweres Gegengewicht gegen die digitalen Riesen, um da gegenzusteuern.

Der zweite Bereich betrifft noch einmal die Medikamente. Werden psychosoziale Probleme im Wesentlichen mit Medikamenten abgedeckt? Das hat Herr Klocke gefragt. Ja, das ist tatsächlich so. Das macht nicht jeder. Ich glaube, es gibt auch einen Generationenwechsel, Herr Saßmannshausen. Die jüngeren Psychiater sind anders als die älteren. Es gibt auch einen Selektionseffekt. Das hat auch mit dem Nachwuchsmangel zu tun. Ich habe erlebt, wie sich die Psychiatrie zunehmend der biologischen Psychiatrie ausgeliefert hat, die sich dann wiederum der Industrie ausgeliefert hat.

Auch in Deutschland ist es so, dass jeder Erwachsene in der GKV mittlerweile 21 Tage die volle therapeutische Dosis eines SSRI nehmen könnte und dass die Fischforscher

Alarm schlagen, weil die Abbauprodukte – das kommt alles über die Niere raus – in die Gewässer gelangen und die Fische spürbare negative Folgen haben. Wir haben im letzten Vierteljahrhundert einen Anstieg der SSRI-Verschreibungen von unter 200 auf über 1.500 Millionen Tagesdosen gehabt, aber die Depression der Bevölkerung ist gleich geblieben. Also wir haben dieses Problem, dass psychosoziale Probleme medikalisiert werden.

Evaluation, Herr Paul: Ich gebe ein Beispiel, was man machen kann. Ich bin heilfroh, dass wir das deutsche Gesundheitssystem haben und nicht das englische. Aber in England gibt es auch manchmal gute Sachen. Es gibt IAPT. Falls Sie das nicht kennen, bitte ich Sie, sich das anzuschauen. IAPT steht für Improving Access to Psychological Therapies. Der NHS hat ein flächendeckendes System geschaffen, wo die innerhalb kürzester Zeit Tausende – mittlerweile mehr als 10.000 – Therapeuten darin geschult haben, wie sie Kurzzeittherapien umsetzen. Jede einzelne Therapie wird evaluiert, und die haben einen Schnitt von über 90 % – ich meine, 92 % – aller Sitzungen, nicht Therapien, zu denen sie Daten haben. Die werden ins Netz gestellt – natürlich anonym –, und dann kann man in jedem Bereich gucken, wie gut das läuft. So wurde das nationale Ziel, das die Regierung damals ausgerufen hat, als das eingerichtet wurde, erreicht: 50 % Heilungsquote unter absoluten Routinebedingungen. Das ist mittlerweile drei Jahre hintereinander übertroffen worden, obwohl auch da manches noch besser gemacht werden könnte. Ich kenne den Initiator, einen Herrn David Clark, der beklagt, dass man noch so viel Schöneres machen könnte. Aber schauen Sie sich das an. Dann ist weniger mehr, also ganz kurz, aber von allen. Das ergibt viel bessere Informationen als bei einzelnen ganz, ganz viel zu fragen.

Der letzte Komplex. Wir haben typischerweise – nicht immer – folgenden Ablauf: erst Angst, dann Depression, dann Sucht. Das ist nicht zwangsweise so, es kommt nicht immer so, aber das ist der Durchschnittsablauf. Nun lässt sich zeigen: Angststörungen sind der stärkste Prädiktor für Depressionen. Bullying ist der stärkste für alles zusammen, aber Angst der stärkste für Depressionen. Wenn Sie eine Angststörung, die scheinbar trivial ist wie eine Phobie, behandeln, dann ist das Risiko, später die Depression zu kriegen oder dann noch eine Abhängigkeit zu entwickeln, dramatisch geringer.

So kommt diese Zahl zustande. Lord Layard von der London School of Economics, einer der Gründer dieses IAPT-Modells, sagt zur Psychotherapie: Sie sparen für jeden Euro, den Sie ausgeben, zwei, und zwar ganz real. Das gilt allerdings nicht für jede Psychotherapie, sondern die darf nicht zu lang sein. Sonst ist sie nicht mehr so kostengünstig. Das ist wichtig.

Und: Psychotherapie – Herr Höhner hatte auch darauf hingewiesen – steigert die Resilienz, die positive psychische Gesundheit. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Eine gute Therapie steigert diesen Aspekt und ist damit wirklich präventiv.

Herr Vincentz, die wechselseitige Beeinflussung zwischen Einsamkeit, Depression und ähnlichem ist eine Art Teufelskreis, aber eigentlich in den schlimmen Fällen eine Abwärtsspirale.

Der Punkt ist, dass die Betroffenen immer denken: Es muss mir erst besser gehen, und dann kann ich wieder etwas tun. – Man muss ihnen beibringen: Nein, du musst etwas tun, und dann wird es dir besser gehen. – Das heißt, Sie müssen aktivieren. Über alle therapeutischen Schulen und Grenzen hinweg ist das Aktivieren besonders wichtig – auch als Bewegung besonders wichtig, und zwar sowohl körperlich als auch geistig.

Hier haben wir einen Schichteffekt. In der deutschen Unterschicht sagen 58 %, dass sie nie Sport machen. Immerhin 38 % – wenn ich mich richtig erinnere – sagen, dass sie sich nie geistig betätigen. Das war ganz niedrigschwellig formuliert, nämlich zum Beispiel „Bücher lesen“, nicht „Bücher schreiben“.

Das korreliert ganz, ganz stark mit der Befindlichkeit. Dann haben wir, glaube ich, viele Targets, um etwas zu tun.

Warum rege ich mich darüber auf? Wir könnten es so viel besser machen. Wir verschwenden so viele Mittel. Lassen Sie uns die doch richtig einsetzen.

Vorsitzender Dr. Martin Vincentz: Vielen herzlichen Dank. – Ich sehe keine Wortmeldungen mehr. Dann bleibt mir nur noch, mich noch einmal recht herzlich bei Ihnen allen für den Input zu bedanken, den wir jetzt für unsere weitere Arbeit in der Enquete bekommen haben.

gez. Dr. Martin Vincentz
Vorsitzender

3 Anlagen
29.01.2021/01.02.2021
5

Stand: 04.12.2020

Anhörung von Sachverständigen
Enquetekommission IV
"**Pflege und Einsamkeit“**

Freitag, dem 4. Dezember 2020
10.30 bis 12.30 Uhr, Plenarsaal

Tableau

Rückmeldung bis 16.11.2020
Stellungnahme bis 23.11.2020

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Herr Jörg Schmidt Städtische Seniorenheim Krefeld Krefeld	Jörg Schmidt	**17/3350**
Herr Bodo de Vries Deutscher Ev. Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP) DEVAP Geschäftsstelle Invalidenstraße 29 10115 Berlin	Bodo de Vries	**---**
Herr Thomas Zander Sozialverband VdK Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	Thomas Zander	**17/3319**
Herr Professor Dr. André Nienaber FH Münster Münster	Professor Dr. Nienaber	**17/3318**

ABSAGEN VON EINGELADENEN EXPERTEN	
Universität Heidelberg	**----**
Hochschule Neubrandenburg	**----**
Deutsches Zentrum für Altersfrage	keine Rückmeldung
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.	keine Rückmeldung

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

Antworten auf die Fragen im Rahmen der Anhörung der Enquete-Kommission „Pflege und Einsamkeit“ am 04.12.2020

Zunächst bitte ich um Entschuldigung dafür, dass die Verbindung so instabil war. Darüber bin ich sehr verwundert, da ich seit April im Rahmen der Lehre ausschließlich online-Veranstaltungen, allerdings mit anderen Programmen (z. B. Zoom, Alfaview, gotomeeting etc.), durchführe und solche Schwierigkeiten bisher nicht gehabt habe.

Bevor ich wenigstens kurz auf die Fragen eingehe, möchte ich noch betonen, dass die Kinder- und Jugendlichen nicht vergessen werden dürfen, die ebenfalls sehr durch die Situation der COVID-19 Pandemie belastet sind, wie eine aktuelle Untersuchung zeigt (Ravens-Sieberer et al., 2020). Diese Befragung von mehr als 1.500 Familien mit Kindern im Alter von 7 bis 17 Jahre im Zeitraum Mai und Juni 2020 kommt zu dem Ergebnis, dass 2/3 der Kinder und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie belastet sind (Ravens-Sieberer et al., 2020). In den Ergebnissen zeigen sich mehr psychische Probleme und eine größere Ängstlichkeit als vor der Pandemie. Besonders Kinder mit niedrigem sozio-ökonomischen Status, Migrationshintergrund und begrenztem Lebensraum sind besonders betroffen und damit zeigt sich erneut, dass das Thema der sozialen Ungleichheit eine erhebliche Rolle spielt und auch bei Beschäftigung mit dem Thema Einsamkeit unbedingt beachtet und in die Entwicklung von Präventions- und Lösungsstrategien einbezogen werden muss.

Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse zu den Folgen der Eindämmungsstrategien konnte insgesamt 25 Studien einschließen und zeigen, dass Personen mit Erfahrungen der Isolation oder Quarantäne ein höheres Risiko für negative psychische Folgen wie z. B. Depression, Angsterkrankungen oder stressbedingte Erkrankungen aufweisen (Henssler et al., 2020). Auch höhere Werte von Ärger wurden berichtet.

Zur Situation der älteren Menschen zeigt eine Untersuchung von über 1.000 Personen im Alter von 65 Jahren und älter (MW: 75,5 Jahre, 56,3% Frauen) während der Zeit des Lockdown im

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

April 2020, dass mehr als 50% der Teilnehmenden über die COVID-19 Pandemie besorgt sind (Röhr et al., 2020). Insgesamt 13% der Teilnehmenden gaben an, sich einsam zu fühlen, 8,8% der Männer und 16,3% der Frauen. Die Autoren vergleichen diese Ergebnisse mit den Angaben zur Einsamkeit anderer Studien (Vozikaki, Papadaki, Linardakis & Philalithis, 2018; Yang & Victor, 2011; Zebhauser et al., 2014), deren Ergebnisse z. T. über den in der Studie berichteten liegen und kommen zu dem Schluss, dass kein Anstieg der Einsamkeit für den Untersuchungszeitraum berichtet werden kann. Allerdings weisen sie darauf hin, dass Frauen sich doppelt so häufig einsam fühlen wie Männer.

Die Belastungssituation der Pflegenden wird sehr differenziert im Barmer Pflegereport 2020 dargestellt (Rothgang, Müller & Preuß, 2020). Und die Situation der Angehörigen zeigt die aktuelle ZQP-Studie. Das ZQP hat in den Monaten April und Mai 2020 eine bundesweite Befragung zur Belastungssituation von pflegenden Angehörigen durchgeführt (Eggert, Teubner, Budnick, Gellert & Kuhlmey, 2020). In den Ergebnissen zeigt sich, dass knapp ein Drittel der Teilnehmenden angibt, dass ich die Pflegesituation eher bzw. stark verschlechtert habe. Dabei berichten Angehörige von Menschen mit Demenz häufiger von einer Verschlechterung der Pflegesituation. Darüber hinaus werden zunehmende Gefühle der Hilflosigkeit, emotional belastenden Konflikten, Verzweiflungsgefühlen sowie Gefühle von Wut und Ärger berichtet. Auch hier zeigt sich die Zunahme der belastenden Gefühle stärker bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz. Grundsätzlich können pflegende Angehörige aufgrund ihrer Situation als belastet und damit auch gesundheitlich gefährdet angesehen werden. Besonders im Blick sind dabei die psychische Gesundheit, gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten und Armut.

Anschließend möchte ich wenigstens kurz auf die Fragen, wie ich sie mir notiert habe, eingehen:

- Wie ist es mit Hilfe für die Helfer (z. B. Balintgruppen im ärztl. Dienst)?

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

Das ist ein wichtiges Thema und vielen Dank für diese Frage. Die Pflegenden sind häufig die Personen mit dem engsten Kontakt zu den Patienten, Klienten, Bewohnern etc. Es sind aber auch die Personen, bei denen das Thema Selbstreflexion in der Ausbildung den geringsten Stellenwert einnimmt, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Hier muss dringend auf allen Ebenen nachgebessert werden und es braucht eine stärkere Förderung dieses Themas in der Ausbildung und in der Praxis, vergleichbar mit den ärztlichen oder psychologischen Kollegen, Möglichkeiten zur Förderung der Selbstreflexion und der Selbsterfahrung (Wabnitz, 2019).

- Wie sieht es mit der Situation der Pflegenden im Hinblick auf die „emotionale Vereinsamung“ aus?

Ein ebenfalls sehr wichtiger Punkt und ich teile die Sorge um die Pflege bzw. zeigen aktuelle Untersuchungen eine Zunahme der Belastungen und damit einhergehend auch zunehmende gesundheitliche Auswirkungen (Rothgang et al., 2020). Aus meiner Sicht muss diesem Thema auf unterschiedlichen Ebenen begegnet werden, angefangen bei der Ausbildung der Pflegenden bis hin zu der verantwortungsvollen Einbindung von Pflegefachpersonen in die Praxis der Versorgung. Auch dem oben bereits genannten Thema der Förderung von Selbstreflexion und Selbsterfahrung kommt eine zentrale Rolle zu. Insgesamt ist die Frage aber sehr groß und es würde zu weit führen, sie hier umfassend zu beantworten.

- Was bedeutet der in der Stellungnahme beschriebene Deutsche Sonderweg in der Pflege?

Das zeigt sich aus meiner Sicht in mehreren Bereichen. Nennen möchte ich hier sowohl den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung aber auch der Versorgung. Deutlich wird es z. B. am Beitrag von Herrn de Vries und der Unterscheidung von „Grund- und Behandlungspflege“. Eine solche Unterscheidung gibt es auch fachlicher Sicht nicht und auch nicht in anderen Ländern. Sie ist aus meiner Sicht nur ein Beispiel für den Sonderweg, der sich wie beschrieben aber auch z. B. in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zeigt. Hier fehlt eine Anschlussfähigkeit

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

von z. B. Fachweiterbildungen, es fehlt der Zugang zu wissenschaftlichem Wissen und vor allem zu den Universitäten. Im Hinblick auf die Forschung im Bereich der Pflegewissenschaften liegen wir in Deutschland im internationalen Vergleich Jahre zurück. Internationale Konzepte wie Magnet Hospital oder Advanced Nursing Practice, d. h. eine erweiterte Kompetenz der Pflegenden auf Master-Ebene, sind bisher in Deutschland nicht umsetzbar. In eine international sehr beachtete Untersuchung zum Nutzen von akademisierten Pflegenden (Aiken et al., 2014) konnten keine Daten aus Deutschland einbezogen werden, weil die Voraussetzungen nicht erfüllt wurden.

- Wie kann man die Sensibilisierung erhöhen und eben nicht nur erkennen, sondern auch handeln?

Aus meiner Sicht ist die Sensibilisierung ein erster und wichtiger Schritt für das Erkennen. Damit beginnt die Prävention und es steht auch am Beginn des Handelns. Konkreter könnte man hier benennen, dass neben dem Erkennen im Sinne des Handelns z. B. mit den Betroffenen Biographiearbeit durchgeführt wird. Gerade vor dem Hintergrund, dass Einsamkeit ein subjektives Erleben ist, ist es wichtig, die persönliche Sicht der Betroffenen zu erfassen, um erkennen und handeln zu können und auf dieser Grundlage, im Sinne einer personenzentrierten Versorgung, individuelle Möglichkeiten mit den Betroffenen gemeinsam zu erarbeiten. Sicherlich können hier auch die in der Stellungnahme aufgezeigten Möglichkeiten (Interventionen / Maßnahmen) wie z. B. Angebote in der Gruppe oder individuelle Angebote hilfreich sein, auch wenn die Evidence dafür eher begrenzt ist.

- Wie gelingt ein hilfreicher Einsatz von Telemedizin?

Aus meiner Sicht nur zusammen mit den Betroffenen. Es hat sich gezeigt, dass es eine Form der Unterstützung und der Begleitung durch reale Personen für eine erfolgreiche Nutzung in der Praxis braucht. Wie von den Kolleg_innen bereits beschrieben, wirkt ein Tablet nicht allein

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

durch das Vorhandensein. Es ist vielmehr auch ein Medium, dass auch die direkte Kommunikation zwischen den Personen in der Unterstützung der Anwendung fördert.

- Was kann man empfehlen, wenn die Datenlage wie beschrieben schlecht ist?

Hier bitte ich darum zu differenzieren. Ich habe in meinem Eingangsstatement darauf hingewiesen (und in der schriftlichen Stellungnahme auch geschrieben), dass die vorhandene Evidence für entsprechende Interventionen eher als schwach zu beurteilen ist. Aus wissenschaftlicher Sicht brauchen wir hier natürlich Studien, die sich mit der Frage nach dem Nutzen und der Wirksamkeit beschäftigen. Darüber hinaus lassen sich einzelne Maßnahmen (siehe auch die schriftliche Stellungnahme) durchaus empfehlen. Wichtig erscheint mir noch einmal darauf hinzuweisen, dass Einsamkeit nicht medikalisiert werden sollte und dass wir im Hinblick auf die Maßnahmen auch die beschriebenen Entstehungsfaktoren für das Erleben von Einsamkeit in den Blick nehmen müssen. Ein großer Schatz liegt im frühzeitigen Erkennen und in der Prävention. Dafür braucht es Schulungen für die Sensibilisierung und entsprechende Ressourcen (z. B. Beauftragte in den Einrichtungen), sowohl in der ambulanten als auch stationären Versorgung sowie auf gesellschaftlicher Ebene.

- Wie konkret könnte der Einsatz einer „Gemeindeschwester“ die Situation verbessern?

In der Anhörung war öfters von der Quartiersarbeit die Sprache. In diesem Sinne stelle ich mir die Arbeit einer „Gemeindeschwester“ 2.0 vor. Diese Person fungiert als Koordinator_in, Ansprechpartner_in, Kümmerer_in, Unterstützer_in, Coach etc. in dem Quartier. Sie hat ein dichtes Netz von Kontakten und ist im Quartier präsent. Es ist eine komplexe Aufgabe, die von der Person entsprechende Kompetenzen verlangt, die hier im Einzelnen nicht weiter ausgeführt werden sollen.

- Wie kann Pflege zu Hause möglichst lange gelingen?

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

Kurze Antwort: In dem entsprechende Unterstützungsangebote vorhanden sind. Dazu zählen auch Personen wie z. B. im niederländischen Modell „Buurtzorg“ (Hilbert, Technau & Merkel, 2019; Monsen & de Blok, 2013).

Sehr gerne stehe ich für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. André Nienaber

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

Literatur

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The lancet, 383*(9931), 1824-1830.

Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A., Gellert, P. & Kuhlmey, A. (2020). *Pflegende Angehörige in der COVID-19 Krise - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung*. Verfügbar unter: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-AngehörigeCOVID19.pdf [Zugriff: 02.12.2020].

Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A. & Brandt, L. (2020). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-12.

Hilbert, J., Technau, J. & Merkel, S. (2019). Transformation der Pflegewirtschaft: Buurtzorg und der Nutzen digitaler Technik–Erkenntnisse aus den Niederlanden, Gestaltungsperspektiven für Deutschland. *Digitalisierung und Nachbarschaft, Erosion des Zusammenlebens oder Neue Vergemeinschaftung*, 187-205.

Monsen, K. A. & de Blok, J. (2013). Buurtzorg: nurse-led community care. *Creative nursing, 19*(3), 122-127.

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Erhart, M., Devine, J. & Schlack, R. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents. *Available at SSRN 3721508*.

Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A. & Riedel-Heller, S. G. (2020). [Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review]. *Psychiatr Prax, 47*(4), 179-189.

Rothgang, H., Müller, R. & Preuß, R. (2020). *Barmer Pflegereport 2020 - Belastung der Pflegekräfte und ihre Folgen*. Verfügbar unter: https://www.barmer.de/blob/270028/6b0313d72f48b2bf136d92113ee56374/data/dl-report-komplett2020.pdf [Zugriff: 02.12.2020].

Prof. Dr. André Nienaber
FH Münster – University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health
Leonardo-Campus 8
48149 Münster
E-Mail: andre.nienaber@fh-muenster.de

Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M. & Philalithis, A. (2018). Loneliness among older European adults: Results from the survey of health, aging and retirement in Europe. *Journal of Public Health, 26*(6), 613-624.

Wabnitz, P. (2019). Practice what you preach! Selbsterfahrung und Selbstreflexion in der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Pflege, 4*(4), 9-12.

Yang, K. & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society, 31*(8), 1368-1388.

Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M., Emeny, R. et al. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International journal of geriatric psychiatry, 29*(3), 245-252.

Stand: 04.12.2020

Anhörung von Sachverständigen
der Enquetekommission IV
"Die Rolle psychotherapeutischer Versorgung in Bezug auf Einsamkeit"

am Freitag, dem 4. Dezember 2020
12.30 bis 14.30 Uhr
Raum E 3 D 01

Tableau

Rückmeldung bis 16.11.2020
Stellungnahme bis 23.11.2020

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Herr Professor Dr. Jürgen Margraf Ruhr-Universität Bochum Bochum	Professor Dr. Jürgen Margraf	**17/3317**
Psychotherapeutenkammer NRW Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten NRW Düsseldorf	Gerd Höhner Dr. Regina Rettenbach (Videozuschaltung)	**17/3338**
Herr Rüdiger Saßmannshausen Berufsverband Deutscher Psychiater Am Zollhof 2a 47829 Krefeld	Rüdiger Saßmannshausen	**17/3356**
Herr Ulf Steidel Psychotherapeutische Versorgung 4.12.: Telefonseelsorge, Büro Düsseldorf, Düsseldorf	Ulf Steidel	**17/3380**
Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V. Bonn	Helga Kühn-Mengel Ulrich Krüger	**17/3580**

ABSAGEN VON EINGELADENEN EXPERTEN	
Professor Dr. Arnd Barocka	**---**
Charité – Universitätsmedizin Berlin	**---**
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.	keine Rückmeldung
Bundesverband der Angehörige psychisch erkrankter Menschen	keine Rückmeldung