

# **Community Health Nurses und ihr tätigkeitsbezogenes Rollenprofil in der Prävention von Alterseinsamkeit**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“  
an der Ferdinand Porsche FernFH

Hans Peter Köllner  
51805695

Begutachter\*in: Mag. Roland Nagel, MBA

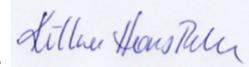
Wien, Jänner 2023

# Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

08. Jänner. 2023

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink, reading "Kilian Hans Peter", is placed on a light blue rectangular background.

## **Abstract**

Alterseinsamkeit und deren Folgeerscheinungen sind ein drängendes gesellschaftliches Phänomen und haben sowohl für die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen als auch die Gesellschaft selbst nachteilige Effekte. Für diese Bachelorarbeit gilt es, im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche samt interpretativ-reduktiver Synthese den Beitrag österreichischer Community Health Nurses zur Prävention dieses gesellschaftlichen Phänomens zusammenfassend abzubilden. Zur Strukturierung dieses Vorhabens wird einerseits auf die Ebenen der Krankheitsprävention, andererseits auf die „Nursing Interventions Classification“ zurückgegriffen. Durch dieses Vorgehen kann festgestellt werden, dass die in Etablierung befindlichen österreichischen Community Health Nurses eine wichtige Versorgungsinstanz im Gesundheits- und Sozialsystem darstellen können, um der Alterseinsamkeit und ihren Folgen auf primärer, sekundärer und tertiärer Präventionsebene entgegenzuwirken. Hierfür werden sie individualitäts-, familiär-, gruppen- und bevölkerungsbezogen tätig. Dabei wenden sie unter anderem Screenings an oder setzen speziell abgestimmte Maßnahmenprogramme um. Außerdem können sie als koordinierender Dreh- und Angelpunkt im Zuge einer Gatekeeper-Funktion oder des Disease und Case Managements tätig werden. Um diese präventiven Maßnahmen in Zukunft effizient umsetzen zu können, sind valide und reliable Assessmentinstrumente notwendig.

*Schlüsselbegriffe: Prävention, Alterseinsamkeit, Community Health Nurse, Pflege*

## **Abstract**

The loneliness of the elderly is a serious health condition that has negative consequences for the affected, their families, and society as a whole. This bachelor's thesis aimed to determine the ways Austrian community health nurses may contribute to preventing this phenomenon. To that end, a systematic review, along with a synthesis, of the literature was conducted. The research results were organized, on the one hand, by the different levels of prevention and, on the other hand, by nursing interventions. These results indicated that community health nurses may serve as an important intersection in the Austrian healthcare and welfare system in inhibiting the loneliness of the elderly through all levels of prevention by providing support to individuals, families, groups, or communities. For example, community health nurses undertake screenings or process the implementation of specialized loneliness prevention programs. Furthermore, this nursing profession operates as a hub, with the nurses serving as gatekeepers in the healthcare system and performing disease and case management. Further research is needed to develop validated and reliable assessment instruments for the effective implementation of these prevention strategies.

Keywords: prevention, loneliness of the elderly, community health nurse, nursing

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstellung und Hintergrund.....	2
1.2	Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit .....	4
1.3	Zentrale Begrifflichkeiten der Arbeit .....	4
1.3.1	Community Health Nurse.....	5
1.3.2	Prävention .....	8
1.3.3	Alterseinsamkeit.....	10
1.3.4	Die „Nursing Interventions Classification“ .....	18
<b>2</b>	<b>Theoretischer Rahmen .....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>22</b>
3.1	Systematische Literaturrecherche.....	22
3.2	Synthese und Darstellung der Ergebnisse.....	26
<b>4</b>	<b>Ergebnisdarstellung .....</b>	<b>27</b>
4.1	Primärprävention von Alterseinsamkeit.....	27
4.2	Sekundärprävention von Alterseinsamkeit.....	29
4.3	Tertiärprävention von Alterseinsamkeit.....	32
4.4	Darstellung des Tätigkeitsprofils anhand der NIC .....	34
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>Schlussfolgerung und Ausblick.....</b>	<b>42</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>43</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>47</b>
	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>48</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>49</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>50</b>

# 1 Einleitung

Stallberg (2021, S. 6) verwendet den Begriff der ‚beziehungslos Gestorbenen‘, um auf ein immer häufiger auftretendes Gesellschaftsphänomen hinzuweisen. Durch die zunehmende soziale Entfremdung und Einsamkeit von Menschen ist zu beobachten, dass an Trauerfeiern von Verstorbenen immer weniger bis gar keine An- und Zugehörige teilnehmen.

Doch nicht nur das einsame Sterben ist ein Resultat dieser gesellschaftlichen Ausgrenzung. Bereits zu Lebzeiten dieser sozial isolierten Menschen kommt es zu ungünstigen gesundheitsbezogenen Phänomenen. So steht die Einsamkeit mit einer Reihe nachteiliger gesundheitlicher Begleiterscheinungen in Verbindung. Neben dem erhöhten Erkrankungsrisiko für diverse körperliche und psychische Erkrankungen, gibt es ein gehäuftes Auftreten von Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- oder Nikotinabusus. Diese Komorbiditäten können dann neben dem subjektiven Leidensdruck der Betroffenen zum verfrühten Tod dieser sozial isolierten und einsamen Menschen führen (Stallberg, 2021, S. 15 f.).

Community Health Nurses können die Effekte dieses nachteiligen gesellschaftlichen Phänomens durch präventive Maßnahmen regulieren bzw. abmildern und sorgen damit dafür, dass gesundheitsbezogene Versorgungslücken gar nicht erst entstehen. Die österreichischen Umsetzungsbemühungen dieser international bereits seit Jahrzehnten etablierten Versorgungsinstanz befinden sich jedoch noch in ihren Anfängen und werden durch die bestehende Organisation und Rahmenbedingungen des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems opponiert (Potzmann, <https://magazin.pflegenetz.at/artikel/community-health-nurse/>, 22.12.2022).

Ein Beispiel hierfür ist die aktuelle Kampagne der österreichischen Ärztekammer, die mit Vehemenz klarmacht, dass die Gesundheit ausschließlich beim ärztlichen Dienst im Rahmen der hausärztlichen Medizin beginne (ÖÄK, <https://www.aerztekammer.at/nirgendwosonst>, 17.12.2022). Hier gilt es aber festzustellen, dass es sich bei dieser Kampagne nur um ein Werbesujet handelt und keine berufsrechtliche Auseinandersetzung widerspiegelt. Trotzdem zeigt es eindringlich die Problem- und Spannungsbereiche auf, mit denen österreichische Community Health Nurses zu kämpfen haben.

Aufgrund dieser diffizilen Ausgangslage für diese neue pflegerische Spezialfunktion soll die vorliegende Bachelorarbeit exemplarisch das einschlägige Tätigkeitsprofil dieser Pflegepersonen im Rahmen der Prävention von Alterseinsamkeit skizzieren. Damit soll in weiterer Folge ein Beitrag zur verbesserten Implementierung von Community Health Nurses in Österreich geleistet werden.

Für dieses Vorgehen erfolgt zunächst im Einleitungskapitel die Problemdarstellung. Außerdem werden die Fragestellung, Zielsetzung und zentrale Begrifflichkeiten dieser Arbeit dargelegt. Das nächste Kapitel ist dem theoretischen Rahmen gewidmet, der durch das vom Minnesota Department of Health (2019, S. 11) beschriebene Rahmenmodell des „Public Health Intervention Wheel“ repräsentiert wird. Im darauffolgenden Kapitel gilt es, die Methodik dieser Bachelorarbeit abzubilden, indem das Vorgehen im Zuge der systematischen Literaturrecherche und der Ergebnissynthese dokumentiert wird. Darauffolgend werden die erhobenen Ergebnisse innerhalb des nächsten Kapitels synthetisiert dargestellt. Abgeschlossen wird die Bachelorarbeit mit den Kapiteln „Diskussion“ und „Schlussfolgerung und Ausblick“, wo die Ergebnisse unter Rückgriff auf den Problemaufriss und den theoretischen Rahmen analysiert werden, um die Ableitung weiterer Implikationen für die Praxis und Forschung zu ermöglichen.

## **1.1 Problemstellung und Hintergrund**

In Österreich zeigt sich über die letzten Jahre hinweg ein Trend hin zu Einpersonenhaushalten. Seit 1984 hat sich die diesbezügliche Anzahl nahezu verdoppelt. Menschen über 65 Jahren leben häufig allein. Jede dritte Person dieser Altersgruppe war 2020 in dieser Haushaltsform wohnhaft (Statistik Austria, [https://www.statistik.at/web\\_de/presse/125595.html](https://www.statistik.at/web_de/presse/125595.html), 14.05.2022). Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Die Zahl der Einpersonenhaushalte wird, so die Prognose, bis 2060 für ganz Österreich von aktuell 38,2 % auf 41,6 % ansteigen. Alle Bundesländer sind von diesem Zuwachs betroffen. Es zeigen sich aber regionale Unterschiede. So werden im Jahr 2060 im Burgenland die wenigsten Personen mit rund 31,8 % in diesen Einpersonenhaushalten leben, während es wahrscheinlich in Wien mit 47,3 % wesentlich mehr Betroffene in dieser Lebensform geben wird (Statistik Austria, [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/haushaltsprognosen/index.html#index1](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushaltsprognosen/index.html#index1), 14.05.2022).

Neben diesen strukturellen Gesellschaftsveränderungen muss zudem noch Erwähnung finden, dass das Älterwerden grundsätzlich mit graduelltem Rückzug, Einsamkeit und sozialer Isolation in Verbindung stehen kann. Dies hat besonders für hochaltrige Personen, also über 80-Jährige, Relevanz. Die lange Lebensdauer und das damit einhergehende rückläufige soziale Netz machen sie dabei besonders vulnerabel (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, 2018, S. 106 ff.).

In diesem Zusammenhang stehen aber nicht nur Aspekte von Inklusion und des subjektiven Wohlbefindens dieser älter werdenden Menschen im Vordergrund, sondern auch der Umstand, dass die Alterseinsamkeit mit weiteren nachteiligen gesellschaftlichen Effekten in Verbindung gebracht werden kann. Zum einen ist hier das erhöhte Risiko für Suizidalität zu

erwähnen. Durch die zunehmende Vereinsamung sowie den möglichen nachteiligen Begleiterscheinungen des Älterwerdens, zum Beispiel der Altersdepression, haben ältere Menschen ein um bis zu neunmal höheres Risiko, sich zu suizidieren, als der Bevölkerungsdurchschnitt (Paulitsch & Karwautz, 2019, S. 252 f.). Zum anderen zeigen Gale, Westbury und Cooper (2018, S. 394 f.) mit ihrer Longitudinalstudie des Alterns auf, dass vor allem die Alterseinsamkeit das Risiko des Frailty-Syndroms – einer speziellen Form der geriatrischen Gebrechlichkeit – steigert. Dabei kommt es durch eine zunehmende Immobilität zu einem muskuloskelettalen Schwund, der mit einem ungünstigen Ernährungszustand in Verbindung steht. Die Folgen sind ein Nachlassen kognitiver Leistungen, Bettlägerigkeit, Dekubitalgeschwüre und ein frühzeitiger Tod.

Ohne gegensteuernde Maßnahmen ist neben dem individuellen Leidensdruck der Betroffenen zudem noch mit einer volkswirtschaftlichen Mehrbelastung für die Gesellschaft zu rechnen, da diese älteren Personen einen erhöhten Pflege- und Betreuungsbedarf haben werden (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen, 2015, S. 36). Präventive Maßnahmen stellen dabei das Mittel der Wahl dar, damit diese Umstände gar nicht erst schlagend werden bzw. dass deren nachteilige Effekte frühzeitig abgemildert werden können. Im internationalen Vergleich leisten Pflegepersonen in diesem Zusammenhang einen wichtigen Beitrag zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, indem sie bevölkerungsbezogen als Community Health Nurses aktiv werden (Todd, 2020, S. 24 ff.). Diese kommunal tätigen Pflegenden identifizieren Personen mit Risikopotenzialen bzw. setzen darauf basierend zielgruppenspezifische Präventionsstrategien um und beugen damit nachteiligen altersassoziierten Begleiterscheinungen und Erkrankungen wie beispielsweise die Alterseinsamkeit oder soziale Isolation vor (Scott, 2020, S. 643 ff.).

In Österreich wurden dahingehende Pflegepersonen im Zuge des Regierungsprogrammes 2020–2024 bereits angekündigt. Diese Community Health Nurses sollen auf Gemeindeebene vor allem ältere und pflegebedürftige Menschen und deren An- und Zugehörige unterstützen. Möglich wurde die projektbezogene Etablierung dieser neuen Versorgungsinstanz einerseits durch eine Novelle im Bundespflegegeldgesetz und andererseits durch die Bereitstellung finanzieller Mittel durch den Wiederaufbauplan der Europäischen Union. Zur Verfügung stehen 54,2 Millionen Euro mit dem erklärten Ziel, bis zu 150 Community Health Nurses in Österreich zu installieren und zu etablieren (Bundeskanzleramt, <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/projekte/community-nursing.html>, 08.12.2022).

Trotz einer weiteren gesetzlichen Grundlage im Rahmen der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes aus dem Jahr 2016, wonach den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erweiterte Kompetenzen im Rahmen der Familiengesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Versorgung

übertragen wurden, gibt es Graubereiche, was den rechtlichen Rahmen und das tatsächliche Tätigkeitsfeld dieser Community Health Nurses in Österreich angeht (Horak & Haubitzer, 2021, S. 26 f.).

## **1.2 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit**

Aus der im Vorkapitel angeführten Problemdarstellung und anhand des dort abgebildeten Forschungsstandes lässt sich die folgende Zielsetzung und in weiterer Folge die grundlegende Fragestellung dieser Arbeit ableiten.

Im Zuge dieser Bachelorarbeit gilt es, skizzierend abzubilden, wie eine Community Health Nurse bezogen auf die bei Leppin (2018, S. 48 ff.) definierten Präventionsstufen innerhalb Österreichs tätig werden kann, um der Alterseinsamkeit selbst bzw. deren unmittelbaren nachteiligen Folgen vorzubeugen oder diese abzuschwächen. Zudem soll darauf aufbauend ein auf die Prävention der Alterseinsamkeit bezogener Tätigkeitskatalog für Community Health Nurses definiert werden und seine Rahmung durch ein international anerkanntes Pflegeklassifikationssystem erfolgen. Die Grundlage hierfür stellt die „Nursing Interventions Classification“ in Anlehnung an Bulechek et al. (2015, S. 128 ff.) dar. Damit soll einerseits eine Abrechnungsgrundlage für das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem und andererseits weitere gesundheitsökonomische Untersuchungen ermöglicht werden. Außerdem gilt es, einen Beitrag für die professionsbezogene Weiterentwicklung der Community Health Nurse in Österreich zu leisten. Aus dieser Zielsetzung der Bachelorarbeit lassen sich die folgenden Forschungsfragen ableiten:

- Welchen Beitrag kann die Community Health Nurse zur Prävention von Alterseinsamkeit in Österreich leisten?
- Wie kann das erhobene präventive Tätigkeitsfeld dieser Community Health Nurses durch etablierte Pflegeklassifikationssysteme wie der „Nursing Interventions Classification“ gerahmt werden?

Bevor mit dem theoretischen Rahmen dieser Bachelorarbeit fortgesetzt wird, werden im folgenden Teil zentrale Begrifflichkeiten aus diesen Forschungsfragen heraus zu definieren sein.

## **1.3 Zentrale Begrifflichkeiten der Arbeit**

Im Rahmen dieses Kapitels werden die zentralen Begrifflichkeiten – resultierend aus dem Problemaufriss und der daraus abgeleiteten Zielsetzung und Fragestellung dieser Bachelorarbeit – abgebildet. Neben der Community Health Nurse selbst ist das die Alterseinsamkeit, die sowohl aus einer philosophisch-theologischen als auch aus einer pflege-

sowie sozialwissenschaftlichen Perspektive erläutert wird. Außerdem gilt es, den Begriff der Prävention wie auch den der „Nursing Interventions Classification“ zu analysieren und seine Bedeutung für die Bachelorarbeit darzulegen.

### **1.3.1 Community Health Nurse**

Die World Health Organization (2017, S. 5) definiert das pflegerische Aufgabengebiet der Community Health Nurse als *„a special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions a part of the total public health programme for the promotion of health, the improvement of the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability“*.

Wie aus dieser Definition abzuleiten ist, wird der Begriff der Community Health Nurse in der internationalen Literatur häufig synonym mit dem Begriff des Public Health Nursing verwendet. Grundsätzlich haben beide Spezialisierungen Schnittmengen in ihrem Tätigkeitsprofil. Beide setzen an den Determinanten der Bevölkerungsgesundheit an und fördern diese bzw. beugen Krankheiten für definierte Populationen innerhalb der Gesamtgesellschaft vor. Ein entscheidender Unterschied im kommunalen Selbstverständnis dieser Professionsspezialisierung liegt aber darin begründet, dass Community Health Nurses sowohl auf der individuellen als auch bevölkerungsbezogenen Ebene tätig werden können. Zudem greifen Community Health Nurses für ihre Tätigkeit auf politische Strukturen, zum Beispiel Gemeinden oder Bezirke, zurück. Public Health Nurses bieten ihre Dienste meist im Rahmen einer institutionellen Versorgungsstruktur an. Sie stehen dabei im Dienstverhältnis zu einer Institution, wie zum Beispiel der Sanitätsabteilung einer Stadt, und führen beispielsweise Impfkampagnen durch (Todd, 2022, S. 27 ff.).

#### **1.3.1.1 Eine erweiterte Begriffsbestimmung – Community Health Nurse**

Im deutschsprachigen Raum wird unter ‚Community Health Nursing‘ ein gemeinde- und bevölkerungsorientierter Versorgungsansatz verstanden. Es handelt sich dabei um ein grundlegend neues Betreuungsverständnis des Pflegeberufs. Traditionell wird dieser in Österreich eher auf der individuellen Versorgungsebene einzelner Personen innerhalb von Institutionen wie beispielsweise dem Krankenhaus oder den extramuralen Diensten gleichgesetzt. Die Tätigkeit als Community Health Nurse bringt aber einen neuen bevölkerungsbezogenen Betreuungsansatz (Horak & Haubitzer, 2021, S. 17 ff.).

Die Grundlage hierfür bildet die ‚Community Health‘. Sie kann als kollektiver Gesundheitszustand übersetzt werden und ist als die gezielte Identifikation gesundheitsbezogener Bedürfnisse und die Bewahrung sowie Verbesserung der bevölkerungsbezogenen Gesundheit innerhalb eines umschriebenen geographischen Bereiches zu verstehen. Das grundlegende Verständnis hierfür basiert dabei auf der

Systemtheorie. Auf der Grundlage dieses theoretischen Konzepts nutzt die Pflegeperson den Umstand, dass der Mensch ein soziales Wesen ist. Werden gesundheitsförderliche Impulse auf der individuellen oder auf der sozialen Ebene definierter Bevölkerungsgruppen initiiert, kann davon ausgegangen werden, dass diese im Rahmen der sozialen Distribution eine bevölkerungs- oder im besten Fall eine gesellschaftsbezogene Wirkung zeigen werden (Rector, 2020, S. 3).

Der Ansatz der Community Health besteht dabei aus zwei definierenden Konzepten. Zum einen ist dies das Konzept der Community, was mit ‚Gemeinschaft‘ übersetzt werden kann. Sie besteht aus einer Ansammlung von Individuen, die ein oder mehrere besondere Merkmale miteinander teilen (Rector, 2020, S. 5).

Das zweite Konzept in der Community Health bezieht sich auf die ‚Gesundheit‘. Während die Weltgesundheitsorganisation diesen Begriff als ein Freisein von Krankheiten ansieht, wird die Gesundheit im Verständnis der Community Health eher als ein Gleichgewichtszustand verstanden, der in einem Kontinuum zwischen Krankheit und dem subjektiven Wohlbefinden Niederschlag findet. Hier wird der Umstand adressiert, dass sich ein Mensch trotz einer diagnostizierten Krankheit gesund bzw. wohl fühlen kann. Diesem Verständnis liegt der salutogenetische Ansatz nach Aaron Antonovsky zu Grunde (Rector, 2020, S. 8 ff.).

Die Pflegeperson gilt es als den letzten Aspekt im Zusammenhang des Community Health Nursings definierend abzubilden. Community Health Nurses müssen über eine Berufsberechtigung in der Gesundheits- und Krankenpflege verfügen. In Österreich werden diese Pflegepersonen des gehobenen Dienstes durch das facheinschlägige Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege befähigt. Für die Tätigkeit als Community Health Nurse sollten diese Pfleger\*innen aber zusätzlich durch ein konsekutives Masterstudium befähigt werden. International gesehen gilt als bildungsbezogene Qualifikation ein Bachelor- und einschlägiges Masterstudium als empfohlen (Horak & Haubitzer, 2021, S. 24 f.).

### **1.3.1.2 Kompetenz-, Aufgaben- und Tätigkeitsbereich in Österreich**

Das österreichische Gesundheitssystem lässt sich in primäre, sekundäre und tertiäre Versorgung unterteilen. Während die sekundären und tertiären Versorgungseinrichtungen vor allem auf die intramuralen oder fachärztlichen Angebote spezialisiert sind, passiert auf der primären Ebene die sogenannte gesundheitsbezogene Erstversorgung. Hier findet der Erstkontakt zwischen dem Menschen mit seinen gesundheits- und krankheitsbezogenen Bedürfnissen und dem Gesundheitswesen statt. Diese Versorgung wird in Österreich ausschließlich durch die hausärztliche Medizin gewährleistet. In den letzten Jahren zeigen sich hier aber durch die limitierten Ressourcen immer mehr Spannungsbereiche, die zu einer gesundheitsbezogenen Unterversorgung der Bevölkerung führen. Außerdem werden

aufgrund dieser Situation weder gesundheitsfördernde noch präventive Maßnahmen flächendeckend umgesetzt. Damit verbunden sind in weiterer Folge hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem zu erwarten und es droht eine Überlastung sekundärer und tertiärer Versorgungseinrichtungen durch komplex manifestierte Krankheiten. Außerdem werden nachteilige Gesundheitszustände für ganze Bevölkerungsgruppen gesteigert (Horak & Haubitzer, 2021, S. 19 f.).

Diese ärztliche Dominanz in der Primärversorgung ist im internationalen Vergleich unüblich. So erfolgt dieser gesundheitsbezogene Erstkontakt in angloamerikanischen oder skandinavischen Ländern durch Public bzw. Community Health Nurses. Sie haben eine Gatekeeper-Funktion für gesundheits- und krankheitsbezogene Bedürfnisse der Bevölkerung, ermöglichen ein optimales Disease Management für erkrankte Personen und setzen vor allem gemeinde- und bevölkerungsbezogene Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention um. Damit leisten diese Pflegepersonen einen wichtigen Beitrag für die gesundheitsbezogene Versorgungssicherung und sorgen zudem für eine optimale Verteilung von Ressourcen (Rector, 2020, S. 17 f.).

In Österreich bildet das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) die juristische Rahmenschrift in Bezug auf Berufsschutz und Tätigkeitsfeld von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen. Tätigkeiten im Sinne des Community Health Nursing sind jedoch ausschließlich auf den gehobenen Dienst beschränkt (Horak & Haubitzer, 2021, S. 27 f.).

Im Besonderen wird die Tätigkeit von Community Health Nurses im GuKG, 2. Abschnitt, § 12 (BGBl. I Nr. 108/1997) als Berufsbild legitimiert. Unter (1) wird hier dargelegt, dass *„der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen [...] trägt“*. Außerdem wird unter (5) angeführt, dass *„der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege entwickelt, organisiert und implementiert“*.

Die Umsetzung der Tätigkeiten wird durch die im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz definierten Kompetenzbereiche gerahmt. Diese umfassen die *„pflegerischen Kernkompetenzen“*, die *„Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie“* sowie die *„Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam“*. Vor allem die Tätigkeiten im Zuge von Diagnostik und Therapie sorgen für Problem- und Spannungsbereiche in den Umsetzungsbemühungen von Community Health Nurses. Sie setzen ein sehr nahes Zusammenarbeiten mit einem ärztlichen Dienst voraus. Dieser muss eine jede einzelne durch den pflegerischen Dienst durchgeführte Maßnahme in diesem Kompetenzbereich anordnen.

Ein generelles Delegieren für umschriebene Tätigkeiten, beispielsweise durch eine Standard Operating Procedure, ist nicht möglich (Horak & Haubitzer, 2021, S. 30 f.).

### **1.3.2 Prävention**

Der nächste Begriff, den es zu definieren gilt, bezieht sich auf die Prävention. Ihre offizielle Langbezeichnung ist ‚Krankheitsprävention‘. Sie bezieht sich auf alle Maßnahmen, die zum Vermeiden eines Krankheitseintritts dienen bzw. im Krankheitsfall deren Voranschreiten zum Stillstand bringen oder zumindest verzögern (Hurrelmann et al., 2018, S. 24).

In Abgrenzung zur Gesundheitsförderung, deren grundlegendes Anliegen es ist, die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen für ganze Bevölkerungen durch den salutogenetischen Ansatz zu verbessern, ist die Krankheitsprävention am Risikofaktorenmodell orientiert. Basierend auf erhobenem statistischen Datenmaterial werden bestimmte Risikofaktoren identifiziert, die den Eintritt einer Krankheit oder eines unvorteilhaften Gesundheitszustandes begünstigen. Dieser sozialmedizinische Ansatz hat seine Wurzeln im 19. Jahrhundert und erklärt die kausalen Zusammenhänge und deren Interdependenz mit anderen Begleitumständen, die dann schlussendlich zu einer Krankheit oder einem unerwünschten Gesundheitszustand führen. Der präventive Ansatz zur Bekämpfung von Krankheiten steht vor allem wegen seines defizitären Verständnisses, die Gesundheit ausschließlich als einen Zustand frei von Krankheiten zu definieren, in der Kritik. Die Gesundheitsförderung ist eine Reaktion auf dieses Defizitverständnis. Sie wurde 1986 im Zuge der Ottawa Charta proklamiert. Die Gesundheitsförderung versteht die Gesundheit ganzheitlich und setzt bevölkerungsbezogen an, damit es erst gar nicht zur Herausbildung von Risikofaktoren kommt (Horak & Haubitzer, 2021, S. 35 ff.).

Sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention zählen zu den wichtigsten Ansätzen in der Public Health, die sich gegenseitig ergänzen. Trotzdem zielen die zentralen Methoden der Public Health, beispielsweise die Biostatistik, Epidemiologie oder Demografie, eher auf Präventionsstrategien ab. Aufgrund dieses Umstandes beziehen sich viele aktuelle wissenschaftliche Diskurse eher auf präventive Maßnahmen zur Vorbeugung bestimmter Krankheiten oder umschriebener Phänomene (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 67 ff.; Rector, 2020, S. 15). Aus dieser Gegebenheit heraus werden im Zuge dieser Bachelorarbeit präventive Maßnahmen durch die Community Health Nurses ausgebildet. Zudem soll durch dieses Vorgehen für eine Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes gesorgt werden, wiewohl die Gesundheitsförderung einen genauso wichtigen Versorgungsansatz darstellen würde.

Grundsätzlich lässt sich die Prävention in drei Ansatzebenen unterteilen. Diese sind die Primär-, die Sekundär- und die Tertiärprävention, die in den nächsten Unterkapiteln dargestellt werden (Hurrelmann et al., 2018, S. 24).

### **1.3.2.1 Primärprävention**

Die erste Stufe der Krankheitsprävention ist die Primärprävention. Hier herrscht noch keine Krankheitsmanifestation vor. Das Ziel ist es, dass Krankheiten oder unerwünschte Zustände verhindert werden. Effektive Primärprävention wird durch das Nichteintreten von Krankheiten bzw. eine Reduktion bestimmter Krankheitsinzidenzen angezeigt. Die Adressat\*innen dahingehender Interventionen sind gesunde Personen. Als eine typische primärpräventive Maßnahme gelten beispielsweise Impfungen. Eine spezifische Form der Primärprävention ist die ‚primordiale Prävention‘. Sie zielt darauf ab, sozialen, ökonomischen, umweltbezogenen oder durch das individuelle Verhalten verursachten Risikopotenzialen vorzubeugen (Leppin, 2018, S. 48).

Die Primärprävention lässt sich nicht immer trennscharf von der Gesundheitsförderung abgrenzen. Die Grenzbereiche sind als fließend zu verstehen. Primärpräventive wie auch gesundheitsförderliche Maßnahmen können bei breit angelegten Maßnahmen als miteinander austauschbar angesehen werden (Leppin, 2018, S. 48).

### **1.3.2.2 Sekundärprävention**

Bei der Sekundärprävention befindet sich eine Krankheit im Frühstadium, womit eine Früherkennung wie auch Eindämmung dieser möglich wird. Oft herrscht noch ein prodromales Krankheitsstadium bei den Betroffenen vor, wo noch keine oder unspezifische Symptome der Krankheit wahrnehmbar sind. Die Zielgruppe dieser Präventionsebene besteht also weitgehend aus gesunden bzw. symptomlosen Personen. Mit der Sekundärprävention soll in weiterer Folge die Prävalenz von Krankheiten reduziert werden, indem das Voranschreiten bzw. eine Chronifizierung unterbunden oder die Dauer von Krankheitszuständen verkürzt wird. Ein typisches Beispiel für die dahingehenden Präventionsansätze sind Screenings bei definierten Risikogruppen, beispielsweise Mammografie-Untersuchungen bei Frauen oder kolorektale Untersuchungen ab bestimmten Lebensaltern (Leppin, 2018, S. 48 f.).

Ebenso sind der Sekundärprävention Maßnahmen und Programme zuzuordnen, die über ein bloßes diagnostisches Screening hinausgehen und in ihrem Ansatz einer krankhaften Manifestation nachteiliger Gesundheitszustände oder Verhaltensauffälligkeiten vorbeugen. Als Beispiele können hier die medikamentöse Einstellung einer arteriellen Hypertonie und die gezielte Frühförderung ehemaliger frühgeborener Kinder angeführt werden (Leppin, 2018, S. 49).

### **1.3.2.3 Tertiärprävention**

Die dritte Präventionsstufe ist als Tertiärprävention definiert. Hier wird von einem eingetretenen unerwünschten Zustand bzw. von einer Krankheitsmanifestation gesprochen. Das Ziel dieses Präventionsansatzes ist es, die Symptome dieses Zustandes weitgehend zu behandeln bzw. zu regulieren. Außerdem soll Folgeschäden vorgebeugt oder diese sollen zumindest abgemildert werden. In weiterer Folge gilt es außerdem, Rückfälle oder weitere Krankheitsmanifestationen zu verhindern bzw. die dahingehenden Intervalle zu reduzieren. Die Zielgruppe dieser Präventionsstufe wird durch Menschen mit chronischen Krankheiten repräsentiert, beispielsweise Menschen mit Diabetes mellitus oder onkologischen Erkrankungen. Eine typische Maßnahme dieser Präventionsstufe stellt die Rehabilitation dar (Leppin, 2018, S. 49).

Die Tertiärprävention muss in diesem Verständnis auch von der medizinisch-therapeutischen Behandlung abgegrenzt werden, deren unmittelbares Ziel es ist, die Symptome einer Krankheit im unmittelbaren Hier und Jetzt zu behandeln, damit Folgeschäden vorgebeugt werden kann. Das ist prinzipiell auch das Ziel der Tertiärprävention. Ein entscheidender Unterschied liegt darin, dass die medizinisch-therapeutische Behandlung ausschließlich auf individueller Ebene ansetzt und somit das subjektive Wohl einer erkrankten Person fördert. Die Tertiärprävention umfasst dem gegenüber sowohl die individuellen wie auch gesellschaftsbezogenen Maßnahmen zur Vorbeugung von krankheitsbezogenen Folgeschäden (Leppin, 2018, S. 49).

### **1.3.3 Alterseinsamkeit**

Der nächste für diese Bachelorarbeit zu definierende Begriff ist der der Alterseinsamkeit. Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass, je älter eine Person wird, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich einsam fühlt. Das Alter selbst ist somit ein Risikofaktor für Einsamkeit. Allein zu sein, bedeutet aber nicht gleichzeitig, sich einsam zu fühlen. Ferner ist die Einsamkeit ein subjektives Empfinden, womit eine verallgemeinernde Definition erschwert ist (Hughes et al., 2004, S. 655 f.). In diesem Zusammenhang muss festgestellt werden, dass Einsamkeit dann gegeben ist, wenn soziale Bedürfnisse nicht adressiert werden und bei den betroffenen Menschen der Bedarf und die Motivation ausgelöst werden, diesen nachzukommen. Oft wird die Einsamkeit mit dem Begriff der sozialen Isolation synonym verwendet. Dabei muss aber differenziert werden, dass ein Isoliertsein nur einen Teilaspekt bzw. ein Symptom der Einsamkeit darstellt. Ein Einsamkeitserleben kann trotz eines intakten sozialen Netzwerks möglich sein, während ein sozial isoliertes Dasein nicht gleichzeitig mit Einsamkeitsgefühlen auftreten muss (Baumeister & Leary, 1995, S. 520 ff.; Spitzer, 2018, S. 24).

Das Alter wird mit dem Übertritt in den Ruhestand in Verbindung gebracht. Dieser Zeitpunkt kann mit dem 65. Lebensjahr terminisiert werden, obwohl es hier auch weitere Differenzierungen gibt, die diesen Grenzwert sowohl unter- als auch überschreiten (Scott, 2020, S. 638).

Zur besseren Abgrenzung gilt es im folgenden Teil der Bachelorarbeit, die Alterseinsamkeit auf philosophisch-theologischer und sozial- wie auch pflegewissenschaftlicher Betrachtungsebene zu analysieren, um sich einer vollumfänglichen Erklärung des Begriffs aus verschiedenen Perspektiven anzunähern.

### **1.3.3.1 Alterseinsamkeit in philosophisch-theologischer Betrachtungsweise**

Während wissenschaftliche Disziplinen grundsätzlich das Wie oder Wodurch der Realität eines Untersuchungsgegenstandes mit geeigneten Methoden erklären und beschreiben, wird bei der philosophisch-theologischen Betrachtung das Warum eines Lebensumstandes durch (theologische) Argumentation und Logik hinterfragt und reflektiert. Sowohl durch die Philosophie als auch durch die Theologie soll ein sinnesbezogener Erklärungsansatz für das Menschsein hergeleitet werden (Schüle & Reitze, 2021, S. 36 ff.).

Aus der philosophischen Betrachtungsweise heraus ist zunächst zu hinterfragen, warum sich Menschen einsam fühlen können. Buber (1999, S. 9 ff.) stellt mit der „*Ich-Du-Beziehung*“ fest, dass ein Mensch immer nur durch ein „*Du*“, also einen anderen Menschen, zum „*Ich*“ werden kann. Die Herausbildung einer eigenständigen und nachhaltigen Persönlichkeit wird durch ein anderes menschliches Gegenüber gewährleistet.

Die Gemeinschaft und der soziale Verband sind also grundlegend, damit ein Menschsein möglich wird. Svendsen (2016, S. 123) führt das weiter aus, indem er feststellt, dass *„eine Person mit der Fähigkeit zu Freundschaft und Liebe Einsamkeit fühlen kann. Umgekehrt ist es ebenso berechtigt zu sagen, dass nur ein Wesen mit der Fähigkeit, Einsamkeit zu fühlen, lieben oder jemandes Freund sein kann“*.

Aus dieser Feststellung kann abgeleitet werden, dass die Fähigkeit soziale Beziehungen einzugehen, als voraussetzend angesehen werden kann, damit das Erleben von Einsamkeit überhaupt ermöglicht wird. Aus einer bindungstheoretischen Perspektive heraus wird der Grundstein für sichere Beziehungen durch positive frühkindliche Bindungserfahrungen gelegt. Ein stabiles Bindungsverhalten basiert dabei auf der selbstverständlichen Sicherheit, dass ein Mensch die Erfahrung des Alleinseins nicht gleichzeitig mit negativen Gefühlen eines Verlassenseins oder der Einsamkeit gleichsetzt. Dieses Selbstverständnis wird mit einer emotionalen Lebensreife gleichgesetzt und führt zu einer stabilen ‚Ich-Identität‘. Diese kann ältere Menschen dabei unterstützen, über das Ausmaß des Alleinseins selbst bestimmen zu

können, ohne sich einsam zu fühlen. Damit sollen sie die Möglichkeit erhalten, das Leben in Würde und Wohlbefinden am Lebensabend zu reflektieren (Holtbernd, 2018, S. 101 ff.).

Diese philosophischen Überlegungen zur Entstehung und zum Umgang der Betroffenen mit der Alterseinsamkeit können auch theoretisch gerahmt werden. Hier wäre zunächst die Disengagement-Theorie des Alterns nach Cumming und Henry anzuführen. Diese geht davon aus, dass das Alter einen graduellen Rückzug aus dem sozialen Leben fordert, um sich auf den Tod vorbereiten zu können (Coleman, 1991, S. 217 f.).

Erikson (2017, S. 12 ff.) postuliert in diesem Zusammenhang das Stufenmodell der sozialen Entwicklung eines Menschen. Die gesamte Lebensspanne eines Menschen bringt Entwicklungsaufgaben mit sich, die ein jedes Individuum zu absolvieren hat, um eine stabile Identität auszuformen. Dabei sind diese einzelnen Entwicklungsstadien nicht als in sich statisch anzusehen, sondern repräsentieren lediglich ein Kontinuum, auf dem sich der Entwicklungsfortschritt einpendelt. Die sicheren frühkindlichen Bindungserfahrungen werden in dieser Theorie als „*Ur-Vertrauen*“ bezeichnet. Der gegenteilige Pol des Kontinuums dieser Entwicklungsstufe würde das „*Ur-Misstrauen*“ darstellen. Als nächster wichtiger Entwicklungsschritt im Zusammenhang der Identität gilt das Jugendalter. Die beiden Pole dieses Entwicklungskontinuums werden dabei durch die „*Identität*“ und die „*Identitätsdiffusion*“ repräsentiert. Hier findet die Individuation des einzelnen Menschen gegenüber der Gesellschaft statt. Wird diese Entwicklungsstufe erfolgreich absolviert, so kann das Individuum stabile und langanhaltende Beziehungen zu anderen Menschen eingehen. Die letzte Stufe im Lebenslauf eines Menschen wird durch das Kontinuum zwischen „*Ich-Integrität*“ und „*Verzweiflung*“ abgebildet. Diese Entwicklungsstufe soll ein Resümieren des eigenen Lebens ermöglichen und zu einer positiven Ich-Integrität führen. Gleichzeitig soll damit auch eine würdevolle Vorbereitung auf den bevorstehenden Tod des Menschen ermöglicht werden.

Wie aus diesem Entwicklungsmodell oder der Disengagement-Theorie ableitbar ist, braucht es auch eine Form des Alleinseins und der Einsamkeit, um sich nachhaltig vom Leben verabschieden zu können. Einsamkeit hat damit auch die Bedeutung eines Befähigens, sich auf den Tod vorzubereiten. Der Mensch kann aber durch seine erworbene emotionale Lebensreife die Intensität der Einsamkeit dosieren und diese als kontrollierten Übergang oder als ein Vorstadium zum Tod nutzen, der das Ende jeglicher (menschlichen) Erfahrungen darstellt und somit als unumkehrbare und omnipräsente Form von Einsamkeit gelten muss (Holtbernd, 2018, S. 101 f.).

Neben dieser philosophischen Abhandlung im Zusammenhang der Alterseinsamkeit wird im folgenden Teil die theologische Betrachtungsmöglichkeit abgebildet. Stellvertretend wird sich hierfür auf das Christentum bezogen, da dieses einerseits die größte Glaubensgemeinschaft der Welt darstellt und andererseits ein wichtiges gesellschaftliches Prägungselement in

Mitteleuropa bildet und damit grundlegende Effekte auf das Sozialleben von Europäer\*innen hatte und hat.

Wie auch in anderen Religionen üblich, kann im Christentum die Einsamkeit als Weg zur spirituellen Stärkung und Erleuchtung gedeutet werden, um Gottesbegegnung und Transzendenz zu ermöglichen. Als Beispiel wären hier die Wüstenrückzüge wichtiger Bibelfiguren zu erwähnen. Zudem sind in diesem Zusammenhang Pilgerreisen oder das Klosterleben anzuführen (Haußmann, 2018, S. 153 ff.).

Das Verhältnis von Einsamkeit und Spiritualität im christlichen Verständnis ist aber als ambivalent anzusehen. Das Christentum definiert sich in seinem Grundverständnis immer als Gemeinschaft, deren Mitglieder durch Glauben, Werte und Haltung miteinander verbunden sind. Außerdem wird auch im ersten Buch Mose im Zuge der Genesis festgehalten, dass es nicht gut sei, wenn der Mensch allein ist. Dieser Aspekt steht jedoch im Widerspruch zur göttlich-spirituellen Erleuchtung, die durch die christlichen Märtyrer\*innen und Eremit\*innen auf der Suche nach Gott einsam und allein erlebt wurde. Ein jeder einzelne Mensch trägt aber in diesem christlichen Verständnis die Verantwortung zum Gemeinwohl sowohl für sich als auch für die anderen Mitglieder der Gemeinschaft (Haußmann, 2018, S. 153 f.).

Dieses Spannungsfeld zwischen der Verpflichtung der Gemeinschaft gegenüber und dem religiös-theologischen Verständnis von Einsamkeit ist daher differenziert zu betrachten. In diesem Zusammenhang kann zwischen einem heilsamen Alleinsein und einem bedrohlichen Alleinsein unterschieden werden. Das heilsame Alleinsein dient der spirituellen Stärkung und Erleuchtung. Wichtig ist dabei aber immer, dass diese Gläubigen sich ihrer sozialen Verantwortung bewusst sein müssen und nach dem Alleinsein wieder zur Gemeinschaft zurückfinden sollten. Aus dem Alleinsein darf auf lange Zeit gesehen kein Alleinfühlen werden, denn dann würde auch im christlich-theologischen Verständnis von einer bedrohlichen Einsamkeit gesprochen werden (Haußmann, 2018, S. 161 f.).

### **1.3.3.2 Alterseinsamkeit aus sozialwissenschaftlicher Perspektive**

Die Einsamkeit als soziologisches Phänomen ist in ihrer Erscheinung komplex und lässt sich nicht eindeutig auf eine Kausalverkettung zurückführen. Auf gesellschaftlicher Ebene kann sie zwar in verschiedenen Ausprägungen beobachtet und gemessen werden, beispielsweise die unterrepräsentierte Teilhabe älterer Menschen am sozialen Leben, trotz ihres proportional gesehenen hohen Gesellschaftsanteils. Ein zuverlässiger Ursache-Wirkungs-Mechanismus kann aber nicht ausgemacht werden (Schobin, 2018, S. 46 ff.).

Ferner zeigen die entwickelten Messwerkzeuge Präzessionsdefizite, was die Erhebung eines subjektiven Einsamkeitserlebens angeht (Svendson, 2016, S. 84). Als ein reliables und valides Erhebungsinstrument wird zum Beispiel die „*UCLA Loneliness Scale*“ verwendet, die es auch

in einer deutschen Übersetzung gibt. Dieses 20 Items umfassende und durch eine vierstufige Likert-Skala handhabbares psychometrisches Werkzeug basiert auf mehreren theoretischen Einsamkeitsmodellen. Die „*UCLA Loneliness Scale*“ wird aber unter anderem dafür kritisiert, dass die Determinante des physischen Alleinseins zu wenig Beachtung findet. In diesem Zusammenhang wird thematisiert, wie sich die zeitliche Dimension, die tatsächlich ohne soziales Netzwerk oder Bezugspersonen zugebracht wird, auch tatsächlich auf das subjektiv empfundene Einsamkeitsgefühl bzw. dessen Intensität auswirkt (Döring & Bortz, 1993, S. 226 f.).

Die soziologischen Erklärungstheorien in Bezug auf die Vereinsamung von Menschen lassen sich in Mikro- und Makrotheorien unterteilen. Bei den ersten, den mikrosoziologischen Theorien geht es darum, wie die Entstehung von Einsamkeit auf interaktioneller Ebene des Individuums und seines nahen sozialen Umfelds erklärt werden kann. Hier gilt es zunächst, zwischen einer geselligen und einer emotionalen Vereinsamung zu unterscheiden. Die gesellige Vereinsamung entsteht, wenn Nahbeziehung zu Freunden, Nachbarn oder Bekannten abbrechen und zum Erliegen kommen. Dem gegenüber wird bei der emotionalen Vereinsamung davon ausgegangen, dass das Alleinsein durch einen Kontaktmangel zu nahen An- und Zugehörigen, wie Familienangehörigen, zustande kommt. Das Einsamkeitsempfinden und die damit mögliche soziale Isolation stehen in einer wechselseitigen Beziehung, indem sie sich gegenseitig nachteilig beeinflussen. Ein soziales Eingebundensein muss aber nicht gleichzeitig bedeuten, dass das Individuum kein Einsamkeitserleben aufweist. Dieser Umstand wird in der Literatur auch als Beziehungssehnsucht trotz vorhandener sozialer Interaktion bezeichnet. Es handelt sich also um eine Form der emotionalen Vereinsamung (Schobin, 2018, S. 48 ff.).

Als ein weiterer Aspekt, der auf der mikrosoziologischen Ebene wirkt, ist eine Form der Selbststigmatisierung zu erwähnen, die dazu führen kann, dass Menschen mit Einsamkeitserfahrungen Unterstützungsangebote ablehnen. Einsamkeit und Scham sind dabei eng miteinander verwoben und bedingen sich gegenseitig in ihrer nachteiligen Wirkung auf das Individuum und dessen soziale Interaktion. Besonders in einer Gesellschaft, die interpersonelle Fähigkeiten als selbstverständlich für ein erfolgreiches Leben voraussetzt, wirkt dieses Stigma schamerzeugend, wenn Einsamkeit erlebt wird (Bohn, 2018, S. 132 f.).

Außerdem sind für das Verständnis dieser mikrosoziologischen Erklärungsansätze psychologische Theorien zur Entstehung von Einsamkeitserfahrungen anzuführen. Hier wären neben der differentiellen Psychologie und Persönlichkeitstheorie auch bindungstheoretische Erklärungsansätze zu nennen. Es gibt nämlich eine positive Korrelation über das Einsamkeitserleben von Erwachsenen und den Einfluss ihrer Eltern auf ihr frühkindliches Bindungsmuster. Außerdem hat das Einsamkeitserleben im Erwachsenenalter maßgeblich

mit dem Selbstbild einer Person zu tun. Dabei ist zu beobachten, dass sich die einsamen Menschen als minderwertig im Vergleich zu anderen sehen, sozial inkompetenter imponieren und sich selbst tendenziell als unattraktiver einschätzen. Die frühkindlichen Bindungserfahrungen und die damit einhergehende Entwicklung der Persönlichkeit können damit in weiterer Folge beeinflussen, wie Erwachsene mit Einsamkeit umgehen bzw. wie sie diese erleben (Holtbernd, 2018, S. 99 ff.).

Des Weiteren lassen sich sozialpsychologische Überlegungsansätze diesen mikrosoziologischen Theorien zur Erklärung von Alterseinsamkeit anfügen. Als Alternative zur der im Vorkapitel angeführten Disengagement-Theorie kann in diesem Zusammenhang das Sozialverhalten älterer Menschen auch durch die von Carstensen (1992, S. 331 ff.) postulierte sozioemotionale Selektionstheorie erklärt werden. Hier wird davon ausgegangen, dass der ältere Mensch zunehmend selektiver wird, was die Personen angeht, die in sein soziales Umfeld integriert werden, um die wertvolle verbliebene Zeit nicht zu verschwenden. Die Quantität der Beziehungen nimmt dabei zwar immer weiter ab, die Qualität der zwischenmenschlichen Interaktionen mit den verbliebenen Menschen des Netzwerkes wird aber durch tiefe Emotionalität und Zuneigung intensiviert.

Dieser Aufzählung mikrosoziologischer Erklärungsansätze zur Entstehung von Einsamkeit werden im folgenden Teil die makrosoziologischen Vereinsamungstheorien gegenübergestellt. Hier wird die Einsamkeit als Folge politischer und wirtschaftlicher Prozesse moderner Gesellschaften und der damit einhergehenden sozialen Effekte verstanden. So führen demokratische Machtstrukturen sowie das kapitalistische Wirtschaftssystem zu vermehrter Individuation. In diesem Zusammenhang ist die zunehmende Anzahl an Einpersonenhaushalten anzuführen. Heirat, Familiengründung und Familienleben zählen nicht mehr zu prioritären Lebenszielen. Zudem hat sich das Familienleben verändert. So gibt es in modernen Gesellschaften weniger Mehrgenerationshaushalte als vor 50 Jahren. Aber auch das Konsumverhalten hat sich über die letzten Jahrzehnte verändert. Als Beispiel kann hier im Zuge von Freizeitmaßnahmen angeführt werden, dass Gesellschaftsspiele fast vollkommen durch Fernsehen oder andere elektronische Medien ersetzt wurden. Die soziale Ordnung moderner liberaler Gesellschaften basiert auf Individuation und Selbstverwirklichung. Als Konsequenz kommt es zu individueller Vereinsamung und einer Gesellschaft von Einsamen (Schobin, 2018, S. 51 f.).

### **1.3.3.3 Alterseinsamkeit aus pflegewissenschaftlichem Blickwinkel**

Bühlmann (1998, S. 133) stellt in ihrer Konzeptanalyse zur Einsamkeit fest, dass diese durch ein Abgeschiedensein des einzelnen Menschen von dessen Umwelt oder Umgebung verursacht wird und zu einem subjektiven Gefühl der Einschränkung führt. Die Einsamkeit kann dabei im räumlichen wie auch im seelischen Sinne bestehen. Ebenso wird in dieser

Konzeptanalyse dargelegt, dass die Einsamkeit in bestimmten Lebenssituationen erwünscht sein kann. In diesem Zusammenhang werden beispielsweise schöpferische oder kreative Lebensphasen angeführt.

Bombassei ElSadr, Noureddine und Kelley (2009, S. 32) erweitern diesen Definitionsansatz, indem sie die unangenehme subjektive Erfahrung der einzelnen Person betonen, die zu einem psychologischen Unbehagen führt. Die Ursache liegt in einer Unfähigkeit der Betroffenen begründet, zwischenmenschliche Beziehungen in ausreichender Quantität wie auch Qualität einzugehen, wodurch die eigenen sozialen Bedürfnisbereiche nicht adressiert werden können.

Aus den oben angeführten pflegewissenschaftlichen Definitionsansätzen ist ersichtlich, dass die Einsamkeit sowohl ein positives als auch ein negatives Erleben beinhalten kann. Bei der als belastend erlebten Einsamkeit wird im pflegewissenschaftlichen Verständnis auch von einer „*existenziellen Einsamkeit*“ gesprochen, die als psychischer Schmerz Niederschlag findet (Bühlmann, 1998, S. 137 ff.).

Peplau (1955, S. 1476) beschäftigt sich vertieft mit dem Pflegephänomen Einsamkeit (*loneliness*) und untersucht dabei, wie dieses schmerzhaftes Erleben die Pflegebeziehung zwischen dem betreuten Menschen und der Pflegeperson beeinflusst. Hier stellt die Autorin fest, dass der Zustand der Einsamkeit nicht freiwillig gewählt ist und von den Betroffenen oft nicht wahrgenommen wird. Die Pflegeperson kann dabei unerklärliche Angst, Hoffnungslosigkeit oder eine innere Ruhelosigkeit sowie Getriebenheit bei den Betroffenen beobachten.

Dieses Erleben von schmerzhafter Einsamkeit wird von Peplau (1955, S. 1476) vom Zustand des Alleinseins (*aloneness*) abgegrenzt. Hier kann sich die betreute Person auch allein fühlen und mit unangenehmen Gefühlen konfrontiert sein, aber ausschließlich für einen umschriebenen Zeitraum bzw. sie hat die Gewissheit über ein verfügbares Betreuungsnetz. Diese Form des Alleinseins kann beispielsweise in Erscheinung treten, wenn die betreute Person ohne unterstützende Begleitperson zu einem Aufklärungsgespräch im Krankenhaus erscheint. Des Weiteren kann festgestellt werden, dass diese Form des Alleinseins ebenso von den betroffenen Personen freiwillig gewählt worden sein kann, um Inspiration zu erlangen oder um ihre Lebensumstände zu reflektieren und neu zu ordnen.

Als dritten erlebbaren Zustand definiert Peplau (1955, S. 1476) eine Form des räumlich-isolierten Alleinseins (*loneness*). Die betroffene Person nimmt hier die Abgeschiedenheit von anderen für sie wichtigen Menschen bewusst als unangenehm wahr und kann auch gegenregulierende Strategien umsetzen oder zumindest den Bedarf äußern, um das für sie passende Ausmaß an sozialer Interaktion zu erlangen.

Aus der Darstellung kann zusammenfassend abgeleitet werden, dass es keine begriffliche Strenge im Zuge der Verwendung des Einsamkeitsbegriffs gibt. Dieser Umstand findet auch in der NANDA-I Pflegediagnoseklassifikation Niederschlag. Dort wird zwar in der zwölften Domäne „*Comfort*“ innerhalb der dritten Klasse der „*Soziale Comfort*“ angeführt. Hier finden sich die Pflegediagnosen vom „*Risiko der Vereinsamung*“ mit dem Diagnosekode 00054 und die Pflegediagnose der „*Sozialen Isolation*“ mit dem Diagnosekode 00053. Eine Pflegediagnose, die das subjektive Einsamkeitserleben betreuter Menschen und seine Folgen thematisiert, findet jedoch keine Abbildung in dieser Taxonomie (Kamitsuru, Herdman, & Lopes, 2022, S. 617 ff.).

Diesen Umstand kritisieren auch Bombassei ElSadr et al. (2009, S. 32). Sie stellen im Zuge ihrer Abhandlung fest, dass die soziale Isolation nur eine Ursache bzw. einen Risikofaktor für die Einsamkeit darstellt. Die Autor\*innen empfehlen, den Diagnosetitel der „*Sozialen Isolation*“ durch ‚Einsamkeit‘ zu ersetzen oder durch eine einschlägige Diagnose zu ergänzen. Vor allem sollen zudem die Risikogruppen für Einsamkeit stärkere Abbildung in der Risikodiagnose finden. Im Besonderen führen sie dabei ältere Menschen, Jugendliche und junge Studierende sowie Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen an.

Außerdem ist noch anzugeben, dass die pflegewissenschaftliche Forschung vor allem auf das Einsamkeitserleben Pflegebedürftiger bzw. chronisch Kranker beschränkt ist. Eine gesellschaftsbezogene Betrachtung dieses Pflegephänomens ist ausständig (Bombassei ElSadr et al., 2009, S. 28 ff.). Bühlmann (1998, S. 154) attestiert zudem, dass Aspekte von Einsamkeit in der unmittelbaren Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen und deren An- und Zugehöriger häufig ignoriert oder tabuisiert werden, wodurch Unterstützungsbedarfe nicht erhoben würden. Außerdem führt Holtbernd (2018, S. 108) in diesem Zusammenhang an, dass sich die Pflegeperson in Bezug auf ihr eigenes Einsamkeitsempfinden und die identitäre Reife reflektieren müsse, um eine entsprechende Einschätzung bei anderen Menschen vornehmen zu können.

#### **1.3.3.4 Zusammenfassende Darstellung zum Begriff der Alterseinsamkeit**

Sowohl aus der pflegewissenschaftlichen als auch in der bezugswissenschaftlichen Betrachtungsweise wird deutlich, dass es an einer notwendigen begrifflichen Strenge fehlt, was die Verwendung des konzeptionellen Begriffs der Einsamkeit angeht. Im Besonderen gilt es hier anzuführen, dass der Begriff einer sozialen Isolation und der der Einsamkeit nicht synonym verwendet werden können (Baumeister & Leary, 1995, S. 520 f.; Bombassei ElSadr et al., 2009, S. 32; Spitzer, 2018, S. 24).

Des Weiteren ist festzustellen, dass die Einsamkeit als Zustand differenziert vom Einsamkeitserleben betrachtet werden muss. Einsamkeit kann nämlich nicht immer

gleichbedeutend mit einem unangenehmen Zustand assoziiert werden, sondern ist in bestimmten Lebensphasen eine gewollte Konsequenz der Lebensumstände. Die Menschen besitzen hierfür aber eine emotionale Reife, um mit der Einsamkeit umzugehen und können bei Bedarf auf ein soziales Netzwerk durch An- und Zugehörige zurückgreifen (Holtbernd, 2018, S. 101 ff.; Peplau, 1955, S. 1476).

Die diesbezüglichen Prozesse können mit der von Carstensen (1992, S. 331) entwickelten sozioemotionalen Selektionstheorie im Hinblick auf das Altern erklärt werden. Eine Person wählt dabei die Personen ihres sozialen Netzwerkes selektiv aus, um einerseits für gehaltvolle und nachhaltige zwischenmenschliche Beziehungen zu sorgen und andererseits um über ausreichend Zeit zu verfügen, damit der Lebensabend reflektiert werden kann.

### **1.3.4 Die „Nursing Interventions Classification“**

Die „Nursing Interventions Classification“ (NIC) ist ein taxonomisches Werk, das darauf abzielt, Pflegemaßnahmen im Zuge einer vereinheitlichten Sprache zu standardisieren. Als Interventionen sind in diesem Zusammenhang alle pflegerischen Tätigkeiten zu verstehen, die darauf abzielen, den Zustand eines versorgten Menschen bzw. dessen Umfelds zu verbessern (Bulecheck et al., 2015, S. 53 f.).

Die Pflegeperson muss hierfür eine Einschätzung des aktuellen Befindens der versorgten Personen vornehmen, um geeignete Maßnahmen abzuleiten. Aktuell gibt es 554 definierte Interventionen, denen rund 13000 Aktivitäten zugeordnet sind. Sie bilden die untere Ebene dieser pflegerischen Klassifikation und sind einer mittleren Ebene zugeordnet, die aus 30 Klassen besteht, die durch die Zuweisung von Buchstaben in alphabetischer Reihenfolge geordnet sind. Diese Klassen sind wiederum einer höheren Ebene zugeordnet, die aus sieben Domänen besteht. Diese heißen: „(1) *Physiologie grundlegend*, (2) *Physiologie komplex*, (3) *Verhalten*, (4) *Sicherheit*, (5) *Familie*, (6) *Gesundheitssystem* und (7) *Gemeinde*“ (Bulecheck et al., 2015, S. 125 ff.).

Um den gesamten Pflegeprozess abzubilden, ist die „Nursing Interventions Classification“ auf die Pflegediagnosen-Taxonomie der NANDA-I und der „Nursing Outcomes Classification“ (NOC) abgestimmt. Das Weiteren ist festzuhalten, dass die Interventionen auf der Ebene des versorgten Menschen, dessen Familie und der Gemeinschaft ansetzen (Bulecheck et al., 2015, S. 48 ff.).

## 2 Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen für diese Bachelorarbeit wird durch das „Public Health Intervention Wheel“ repräsentiert. Dieses Rahmenmodell skizziert und strukturiert die Tätigkeiten, Ansatzebenen und Aufgaben von Community Health Nurses (Minnesota Department of Health, 2019, S. 8).

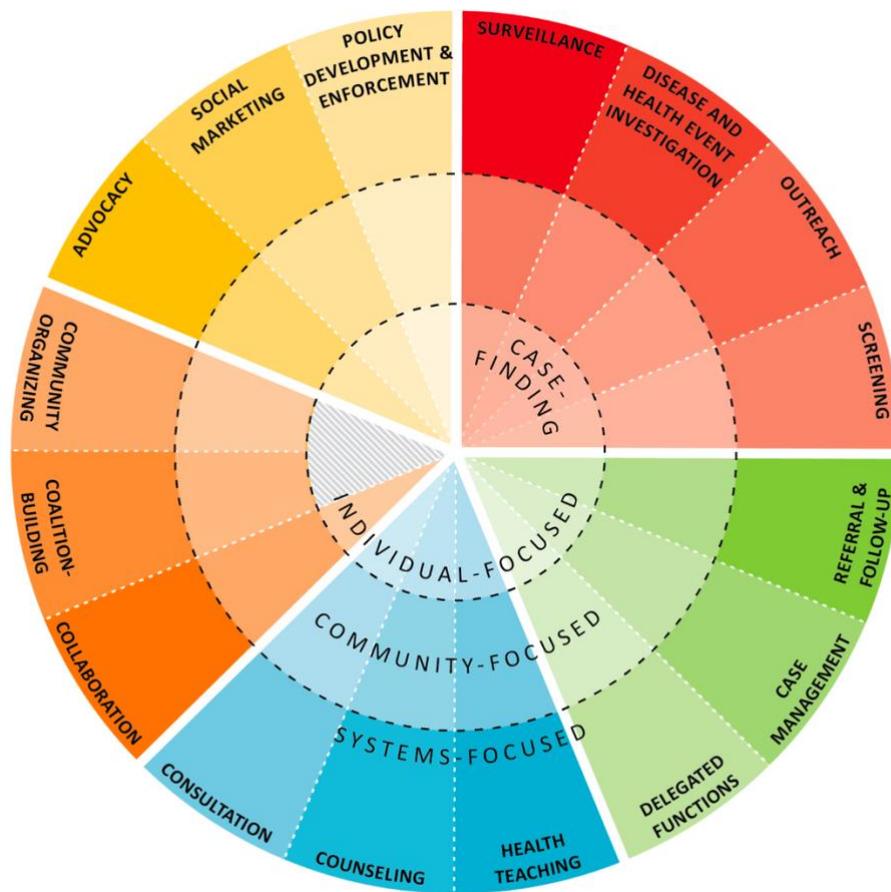
Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der Begriff der bevölkerungsbezogenen Pflege wenig bis keine Berücksichtigung im klassischen pflegetheoretischen Diskurs erfährt. Die etablierten Pfllegetheoretiker\*innen wie Orem, Roy, King oder Rogers haben bei der Entwicklung ihrer normativen und konzeptionellen Pflegemodellen versäumt, diese bevölkerungsbezogenen Maßnahmen abzubilden. Ferner wurde durch die bevölkerungsbezogene Pflege auch die ‚Community‘ als pflegerische Ansatzebene weder definiert noch berücksichtigt (Kulig, 2000, S. 375).

In den 1990er Jahren erfolgte eine pflegewissenschaftliche Auseinandersetzung darüber, welchen Beitrag Community bzw. Public Health Nurses zur Verbesserung der bevölkerungsbezogenen Gesundheit leisten können. Es entstand der Bedarf, eine theoretische Rahmung dieses pflegerischen Versorgungsansatzes zu entwickeln, um einerseits für mehr Transparenz in den Tätigkeiten und Aufgabenbereichen zu sorgen und andererseits die facheinschlägige Forschung zu strukturieren. Das Ergebnis war das eingangs angeführte Rahmenmodell. Für die Entwicklung wurde auf die Expertise von Public Health Nursing Expert\*innen zurückgegriffen, die das Profil von Community und Public Health Nursing durch den Grounded-Theory-Ansatz skizziert haben (Horak & Haubitzer, 2021, S. 55 f.).

Das „Public Health Intervention Wheel“ besteht aus drei wichtigen Elementen. Das ist zunächst das Grundverständnis des bevölkerungsbezogenen Ansatzes aller im Modell inbegriffenen Interventionen. Das zweite Element bezieht sich auf die Versorgungsebenen, durch die die bevölkerungsbezogenen Interventionen umgesetzt werden können. Das ist zuerst die individuelle bzw. Familienebene. Dann folgt die Community-Ebene, wo die Interventionen zum Beispiel bei identifizierten Zielgruppen in der Gesamtbevölkerung zum Tragen kommen. Die dritte Ebene bezieht sich auf die Systemebene, die unter anderem die Gesamtbevölkerung einschließt. Das können beispielsweise Maßnahmen auf organisationaler, gesetzlicher oder politischer Ebene sein. Allen Ebenen lassen sich durch das dritte und letzte Element des Rahmenmodells 17 Interventionsansätze zuordnen, die farblich in fünf Sektoren unterteilt sind (Minnesota Department of Health, 2019, S. 13 ff.).

Die auf der nächsten Seite folgende Abbildung soll diese Systeme zum besseren Verständnis veranschaulichen. Anschließend werden die fünf Sektoren näher erläutert und mit Beispielen beschrieben.

**Abbildung 1: Das „Public Health Intervention Wheel“**



Quelle: Minnesota Department of Health (2019, S. 11)

*Anmerkung:* Abbildung der drei Ansatzebenen und der 17 Interventionskategorien.

Der erste, rote Sektor bezieht sich auf Maßnahmen im Zuge der Erhebung und des Monitorings gesundheitsbezogener Daten. Hier finden Screenings, Assessments oder körperliche Untersuchungen statt. Das Ziel ist es, dass in der Gesamtbevölkerung Personen identifiziert werden können, die Gesundheitsrisiken aufweisen. Aber auch die Erhebung und Dokumentation gesundheitsbezogener Daten ganzer Bevölkerungsgruppen kann damit erfolgen, beispielsweise die Dokumentation von Körpergröße und Körpergewicht von Schulkindern durch School Health Nurses (Minnesota Department of Health, 2019, S. 78 ff.).

Der nächste, grüne Sektor bezieht sich unter anderem auf die Ausführung von zum Beispiel vom ärztlichen Dienst angeordneten Maßnahmen. Diese Tätigkeiten müssen hier dem gesetzlich geregelten Kompetenzbereich entsprechen. Das Berufsgesetz ist dabei rahmend. Hier ist unter anderem die Zusammenarbeit mit Primärversorgungszentren zu erwähnen, um chronisch Kranke effizient und nachhaltig zu versorgen. Aber auch das Case Management liegt auf dieser Ansatzebene (Minnesota Department of Health, 2019, S. 91 ff.).

Der blaue Sektor bildet Maßnahmen ab, in denen die Community Health Nurse im Rahmen von Beratung und Edukation tätig wird. Durch gezielte Gesprächsführung berät und schult sie Individuen, Familien, Gruppen wie auch allgemein die Bevölkerung selbst. Ein Beispiel sind präventive Hausbesuche oder die gesundheitsbezogene Beratung pflegender Angehöriger (Minnesota Department of Health, 2019, S. 131 ff.).

Der orangefarbene Sektor umfasst die gesundheitsbezogene Vernetzung sowie die Koordination mit anderen Gesundheitsdienstleister\*innen. Die Community Health Nurse entwickelt hier beispielsweise Maßnahmenprogramme, welche die Gesundheitsbedürfnisse der Gesamtbevölkerung adressieren (Minnesota Department of Health, 2019, S. 167 ff.).

Der letzte, gelbe Sektor bezieht sich auf die Fürsprache und Interessensvertretung der ganzen Bevölkerung oder identifizierter vulnerabler Gruppen. Die Community Health Nurse wird damit ein\*e wichtige\*r Vertreter\*in für die gesundheitsbezogenen Belange in der Bevölkerung (Minnesota Department of Health, 2019, S. 207 ff.).

### 3 Methodisches Vorgehen

Im Zuge der methodischen Umsetzung in dieser Bachelorarbeit kommt eine systematische Literaturrecherche, wie bei Mayer (2019, S. 293 ff.) beschrieben, zur Anwendung. Für die anschließende Synthese der erhobenen Literaturbefunde wird auf die Ebenen der Krankheitsprävention nach Leppin (2018, S. 48 f.) zurückgegriffen. Außerdem gilt es, die identifizierten Maßnahmen anhand der „Nursing Interventions Classification“ zu ordnen. Dies geschieht in Anlehnung an Bulecheck et al. (2015, S. 128 ff.).

#### 3.1 Systematische Literaturrecherche

In der ersten Phase der systematischen Literaturrecherche nach Mayer (2019, S. 239 ff.) erfolgt eine sogenannte Grobrecherche, um einen vorhandenen Forschungsbedarf wie auch eine Forschungslücke zu identifizieren. In weiterer Folge soll durch dieses Vorgehen eine bearbeitbare Fragestellung abgeleitet werden.

Dieser Schritt ist im Zuge dieser Bachelorarbeit bereits im Einleitungskapitel durch die Problemstellung und den Hintergrund erfolgt. Als Suchmaschinen für die Recherche wurde auf die wissenschaftlichen Datenbanken CINAHL®, Springerlink® und Google Scholar® zurückgegriffen. Außerdem erfolgte auch eine Aushebung relevanter Literaturbefunde in den elektronischen Bibliothekskatalogen der FernFH Ferdinand Porsche und der Universität Wien. Hier ist festzustellen, dass anfangs nicht linear-systematisch vorgegangen wurde, sondern im Stil des Schneeballprinzips. Die Suchbegriffe wurden zunächst in Deutsch festgelegt. Diese umfassten: *ältere Menschen, Geriatrie, Gerontologie, Einsamkeit, Alterseinsamkeit, soziale Isolation, Pflege, Community Health Nurse*. In einem weiteren Schritt wurden diese ins Englische übersetzt. Daraus resultierten die folgenden Suchbegriffe: *geriatric, social isolation, nursing, community health nursing, loneliness of the old*.

Im Zuge dieses Vorgehens sollte der Untersuchungsgegenstand schrittweise aufgearbeitet werden, um diesen in weiterer Folge besser eingrenzen zu können. Außerdem wurden dadurch weitere Schlüsselbegriffe identifiziert, um für eine effizientere Rechercheabdeckung im Rahmen der zweiten Phase der systematischen Literaturrecherche zu sorgen. Der Recherchezeitraum für die Suche und das anschließende Einlesen in das Thema fand von Mai bis Juni 2022 statt. Neben der Grobeingrenzung des Themengebietes konnte zudem in dieser ersten Phase der Literaturrecherche eine zugrundeliegende Forschungsfrage für diese Bachelorarbeit abgeleitet werden. Diese kann im Vorkapitel „1.2 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit“ eingesehen werden.

In der zweiten Phase der systematischen Literaturrecherche nach Mayer (2019, S. 293 ff.) findet der eigentliche Rechercheprozess statt. Aus der Forschungsfrage heraus wurden hierfür

einschlägige Suchbegriffe identifiziert und in wissenschaftlichen Datenbanken eingepflegt, um somit den aktuellen Forschungsstand zum umschriebenen Untersuchungsgegenstand ausheben zu können. Für dieses Forschungsvorhaben wurde auf die Datenbanken CINAHL®, Medline® und PsycINFO® aufgrund ihrer fachbezogenen Passung zurückgegriffen.

Aus der Fragestellung und dem Forschungsinteresse ließen sich die folgenden Komponenten zur thematischen Ordnung der Suchbegriffe identifizieren. Die erste Komponente ist die Zielgruppe, die durch ältere Menschen ab 65 Jahren repräsentiert wird. Die drei weiteren Komponenten resultieren aus dem Forschungsgegenstand und beziehen sich auf die Einsamkeit, die Prävention und die Community Health Nurse. Den einzelnen Komponenten konnten in weiterer Folge Suchbegriffe und gleichbedeutende Synonyme zugeordnet werden. Dabei wurden ausschließlich englische Begriffe identifiziert und in die oben angeführten Datenbanken eingepflegt, da für deutschsprachige Publikationen zumindest eine Übersetzung von Titel und Abstract in englischer Sprache angenommen werden kann, womit auch diese Arbeiten Berücksichtigung fänden.

Im weiteren Rechercheprozess wurden die einzelnen Komponenten untereinander mit dem Booleschen Operator *AND* verbunden. Bei den identifizierten Synonymen innerhalb der Komponenten wurde auf den Booleschen Operator *OR* zurückgegriffen. Im weiteren Verlauf haben sich die folgenden Suchstrings gebildet, die ident in allen drei Onlinedatenbanken im Zuge der Mehrfeld-Suche eingepflegt wurden. Die folgende Tabelle soll dieses Vorgehen veranschaulichen.

**Tabelle 1: Suchbegriffkomponenten mit Suchstrings**

<b>Komponente</b>	<b>Identifizierte Suchstrings</b>
Komponente: <i>Zielgruppe</i>	older adults <i>OR</i> elderly <i>OR</i> geriatric <i>OR</i> geriatrics <i>OR</i> aging <i>OR</i> senior <i>OR</i> seniors <i>OR</i> older people <i>OR</i> aged 65 <i>OR</i> 65+
<i>AND</i>	
Komponente: <i>Einsamkeit</i>	loneliness <i>OR</i> isolation <i>OR</i> social isolation <i>OR</i> lonely <i>OR</i> social exclusion
<i>AND</i>	
Komponente: <i>Prävention</i>	prevention <i>OR</i> prevent <i>OR</i> preventing <i>OR</i> prevention program <i>OR</i> reduce
<i>AND</i>	
Komponente: <i>Community Health Nurse</i>	community nursing <i>OR</i> district nursing <i>OR</i> community nurse <i>OR</i> district nurse

*Anmerkung:* (eigene Darstellung, 2022).

Des Weiteren wurden vorab die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien für die zu berücksichtigenden Publikationen festgelegt. Als Erstes wurde der Publikationszeitraum ab dem Jahr 2000 definiert. Als Publikationsarten konnten wissenschaftliche Veröffentlichungen in Form von Metasynthesen, Metaanalysen, evidenzbasierten Guidelines, quantitativen und

qualitativen Einzelstudien, Pilot- und Machbarkeitsstudien und Expert\*innenabhandlungen Berücksichtigung finden. Die Zielgruppe bezieht sich auf ältere Personen über 65 Jahre, die im eigenen häuslichen Umfeld leben. Bezogen auf die Publikationssprache wurden deutsche und englische Arbeiten eingeschlossen, während die Publikationen in anderen Sprachen keine Berücksichtigung fanden. Ausgeschlossen wurden außerdem Arbeiten, die vor dem Jahr 2000 publiziert wurden. Zudem wurden keine Lehrbuchbeiträge oder subjektive Erfahrungsberichte von Expert\*innen genutzt. In Bezug auf die Zielgruppe blieben Arbeiten unberücksichtigt, die das Einsamkeitsphänomen von Menschen unter 65 Jahren thematisieren. Außerdem wurden Publikationen ausgeschlossen, in denen Menschen über 65 Jahren intramural in Krankenhäusern oder Pflegewohnhäusern betreut wurden. Die folgende Tabelle soll diese Ein- und Ausschlusskriterien zusammenfassend veranschaulichen.

**Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien**

	<b>Einschlusskriterien</b>	<b>Ausschlusskriterien</b>
<i>Zielgruppe</i>	Menschen über 65 Jahren, die im häuslichen Umfeld leben	Menschen unter 65 Jahren, die intramural betreut werden
<i>Publikationstyp</i>	Metasynthesen, Metaanalysen, evidenzbasierte Guidelines, quantitative und qualitative Einzelstudien, Pilot- und Machbarkeitsstudien und Expert*innenabhandlungen	Lehrbuchbeiträge oder subjektive Erfahrungsberichte von Expert*innen
<i>Zeitraum</i>	ab dem Jahr 2000	vor dem Jahr 2000
<i>Sprache</i>	Deutsch und Englisch	andere Sprachen als Deutsch und Englisch

*Anmerkung:* (eigene Darstellung, 2022).

Im weiteren Recherchevorgang konnten durch dieses Vorgehen in der Datenbank CINAHL<sup>®</sup> 44 Publikationen, in der Datenbank PsycINFO<sup>®</sup> 18 Publikationen und in der Datenbank Medline<sup>®</sup> acht Publikationen ausgehoben werden, was insgesamt eine Anzahl von 70 zu berücksichtigenden Arbeiten ergibt. Zusätzlich wurden 14 weitere Publikationen zwar nicht unmittelbar durch die systematische Literaturrecherche ausgehoben, aufgrund ihrer thematischen Relevanz aber den aus den Datenbanken identifizierten Literaturbefunden zur weiteren Passungseinschätzung beigefügt.

Nach der Entfernung von Duplikaten blieben von diesen 84 Arbeiten 51 Publikationen, die auf ihre Grobpassung hin durch das Lesen der Abstracts geprüft wurden. Im Zuge dieses Vorgehens wurden 16 Publikationen ausgeschlossen, da keine thematische Relevanz festzustellen war. Damit stehen zur Volltextprüfung 35 Publikationen zur Verfügung.

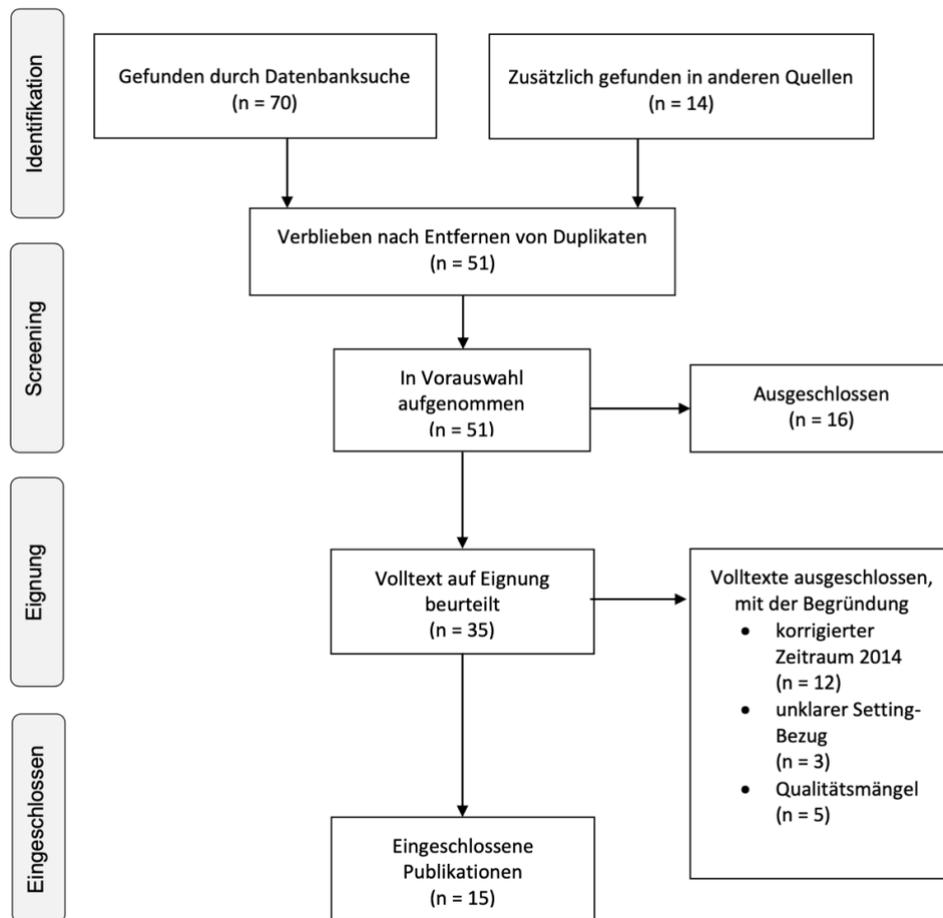
In der dritten und letzten Phase der systematischen Literaturrecherche erfolgte neben der Volltextüberprüfung zudem noch eine Qualitätsbeurteilung der ausgehobenen Literaturbefunde. Hierfür wurden diese kritisch gelesen und mit standardisierten

Bewertungsinstrumenten auf ihre wissenschaftliche Qualität hin beurteilt und systematisch geordnet (Mayer, 2019, S. 293).

Für die Qualitätseinschätzung erfolgte die Orientierung an den von Mayer (2019, S. 379 ff.) angeführten Fragen zur Qualitätsbewertung quantitativer und qualitativer Forschungsarbeiten. Gründe für den Ausschluss von Publikationen in dieser Phase des Bewertungsprozesses waren zunächst die Aktualität der Arbeiten. Aufgrund der hohen Anzahl an rezenten Publikationen wurde die Untergrenze des Zeitraums der eingeschlossenen Arbeiten vom Jahr 2000 auf das Jahr 2014 angehoben, um für mehr Aktualität zu sorgen. Damit wurden zwölf Arbeiten ausgeschlossen. Drei weitere Arbeiten wurden nicht berücksichtigt, da nicht klar ausgewiesen wurde, um welche Betreuungsform es sich handelt. Fünf weitere Arbeiten wurden aufgrund von Qualitätsmängeln ausgeschlossen.

Durch dieses Vorgehen konnten 15 Publikationen zur Abbildung des aktuellen Forschungsstandes Berücksichtigung finden. Die folgende Abbildung soll den soeben angeführten Prozess zur Abbildung der eingeschlossenen Arbeiten zusammenfassend veranschaulichen.

**Abbildung 2: Prisma-Flowchart**



Quelle: Liberati et al. (2009, S. 4)

Anmerkung: (modifizierte und vereinfachte Darstellung, 2022).

## 3.2 Synthese und Darstellung der Ergebnisse

Der interpretativ-reduktive Syntheseprozess erfolgte im ersten Schritt durch eine Kategorisierung der einzelnen Maßnahmen unter Rückgriff auf die Krankheitspräventionsebenen, wie bei Leppin (2018, S. 48 f.) beschrieben, und unter Berücksichtigung des Tätigkeitsfelds einer Community Health Nurse.

Die folgende Tabelle soll im Besonderen die Ebenen der Prävention zur besseren Nachvollziehbarkeit zusammenfassend abbilden. Für nähere Informationen kann im Kapitel „1.3.1 Community Health Nurse“ oder im Kapitel „1.3.2 Prävention“ nachgelesen werden.

**Tabelle 3: Klassifikation der Präventionsebenen**

Präventionsebene	Charakteristika
<i>Primärprävention</i>	Maßnahmen setzen vor Krankheitseintritt an und verringern damit die Inzidenz. Adressat*innen sind gesunde Personen bzw. solche ohne Symptome.
<i>Sekundärprävention</i>	Eine Krankheit befindet sich im Frühstadium. Es gibt noch keine oder sehr undifferenzierte Symptome. Einer Chronifizierung soll vorgebeugt werden. Die Adressat*innen sind gewöhnlich Personen ohne oder mit akuten Beschwerden.
<i>Tertiärprävention</i>	Hier besteht eine manifeste Erkrankung. Auf dieser Stufe soll ein Voranschreiten der Krankheit verhindert und Rückfällen vorgebeugt werden. Die Adressat*innen sind chronisch kranke Menschen.

Quelle: Leppin (2018, S. 48)

Anmerkung: (eigene Darstellung, 2022).

Im zweiten Schritt werden die erhobenen Tätigkeiten den in der „Nursing Interventions Classification“ standardisierten Pflegeinterventionen zugeordnet. In der Darstellung wird sich an den Vorgaben von Bulecheck et al. (2015, S. 128 ff.) orientiert. Für nähere Information kann im Kapitel „1.3.4 Die ‚Nursing Interventions Classification‘“ nachgelesen werden. Neben der Domäne, der Klasse und der Intervention gilt es, durch dieses Vorgehen auch den Literaturverweis zu dokumentieren. Die folgende Tabelle soll dies beispielhaft abbilden.

**Tabelle 4: Exemplarische Darstellung der Intervention anhand der NIC**

Domäne	Klasse	Intervention	Literaturverweise
<i>Verhalten</i>	O: Verhaltenstherapie	(4310) Beschäftigungstherapie	Skingley (2014, S. 87 f.)
<i>Sicherheit</i>	U: Krisenmanagement	(6340) Suizidprävention	Baker und Clark (2020, S. 233)

Quelle: Bulecheck et al. (2015, S. 128 ff.)

Anmerkung: (eigene Darstellung, 2022).

Damit schließt dieses Kapitel zur Methodik für die vorliegende Bachelorarbeit. Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse im Zuge der Synthese der erhobenen Literaturbefunde abgebildet.

## 4 Ergebnisdarstellung

Im Zuge dieses Ergebniskapitels werden die in der Literatur erhobenen Maßnahmen zur Vorbeugung der Alterseinsamkeit systematisch unter Rückbezug auf die Präventionsstufen und der „Nursing Interventions Classification“ geordnet.

### 4.1 Primärprävention von Alterseinsamkeit

Primärpräventive Maßnahmen setzen an, bevor es überhaupt zum Eintritt eines Einsamkeitserlebens kommt. Damit soll eine Reduktion der dahingehenden Inzidenzzahlen herbeigeführt werden (Leppin, 2018, S. 48). Dabei gilt es zunächst, auf das Screening von alterseinsamkeitsbezogenen Anzeichen bei allen Personen hinzuweisen, die ein bestimmtes Lebensalter erreichen. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang meist auf den Lebensabschnitt ab dem 65. Lebensjahr verwiesen (Dury, 2014, S. 125; Lapena et al., 2020, S. 1489; Ofei-Dodoo et al., 2015, S. 216).

Diese Screenings basieren auf identifizierten Risikofaktoren für die Alterseinsamkeit. Baker und Clark (2020, S. 233) verwenden das biopsychopharmakosozioologische Modell, um diese Risikofaktoren systematisch zu ordnen. Auf der ersten, der biologischen Ebene wären eine geringe körperliche Mobilität, Harn- und Stuhlinkontinenz, chronische körperliche Komorbiditäten mit Symptomen wie Kurzatmigkeit, Ernährungs- und Hydratationszustand, Seh- und Hörbehinderungen sowie basale Selbstpflegedefizite anzuführen. Auf der nächsten, der psychologischen Ebene können der Verlust einer wichtigen Bezugsperson in der jüngeren Vergangenheit, frühere psychiatrische Erkrankungsepisoden bzw. psychiatrische Komorbiditäten wie Depressionen oder Angststörungen vorherrschen. Auf der dritten, der pharmakologischen Ebene werden Risikofaktoren angeführt, die im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie stehen. Das kann einerseits Probleme in der Versorgung mit Medikamenten beinhalten wie auch die fehlende Adhärenz im Zuge der Einnahme. Aber auch Aspekte unerwünschter Nebenwirkungen sind hier inbegriffen, da viele ältere Personen eine polypharmazeutische Therapie aufweisen. Auf der letzten, der sozialen und umgebungsbezogenen Ebene sind der sozioökonomische Status, das Leben in einem Einpersonenhaushalt, die Fähigkeit zur effektiven Haushaltsführung und ein fehlender privater Garten- oder Balkonbereich als Risikofaktoren für Alterseinsamkeit angeführt.

Diese Risikofaktoren für die Alterseinsamkeit werden auch von Freer und Wallington (2019, S. 488) thematisiert. Im Besonderen führen die Autor\*innen des Weiteren an, dass ein barrierefreies Wohnen entscheidend für die erfolgreiche soziale Interaktion älterer Menschen sei. In Wohnhäusern ohne Lift oder bei fehlenden barrierefreien Zugängen wird eine soziale Isolation provoziert und damit in weiterer Folge auch Einsamkeitserleben gefördert.

Die Community Health Nurses kann hier eingreifen, indem sie Unterstützungspotenziale im Zuge von Nachbarschaftshilfen und Gemeinschaftsnetzwerke systematisch identifiziert und in weiterer Folge auch aktiviert, um damit zur Prävention von Alterseinsamkeit beizutragen. Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.) entwickelten hierfür in Japan ein reliables und valides Assessmentinstrument zur Erhebung der bevölkerungsbezogenen Fähigkeit zur selbstwirksamen Gegenregulation von Alterseinsamkeit und der damit einhergehenden nachteiligen Effekte für die älteren Personen. Außerdem lassen sich damit regionale Bedarfe abbilden, um auch politische Verantwortungsträger\*innen durch Bedarfs- und Stuserhebungen zur Prävention von Alterseinsamkeit zu unterstützen.

Skingley (2014, S. 89 f.) sehen die Community Health Nurse in diesem Zusammenhang als eine effektive Schnittstelle zwischen den verschiedenen Stake- und Shareholdern sowohl im Gesundheits- und Sozialbereich als auch auf regional-politischer Ebene innerhalb der Gemeinden, um Alterseinsamkeit auf primärpräventiver Ebene flächendeckend vorzubeugen.

Während diese Maßnahmen zum Screening und der Identifikation von Risikofaktoren auf die Zielgruppe von über 65 jährigen abzielen, sprechen sich Freer und Wallington (2019, S. 488) zudem dafür aus, diesbezüglich bereits im Erwerbstätigenalter anzusetzen und somit auf gesellschaftsbezogener Ebene Sensibilisierungsmaßnahmen in Bezug auf die Prävention von Alterseinsamkeit zu initiieren.

Eine weitere in der Literatur angeführte Risikogruppe für Alterseinsamkeit stellen pflegende Angehörige dar, die selbst in keiner Erwerbstätigkeit stehen. Auch Personen aus dieser Gruppe müssen nicht zwingend über 65 Jahre alt sein. Hier haben Community Health Nurses in ihren zugeteilten Regionen oder Gemeinden sowohl eine Funktion in der Erhebung von Einsamkeitserleben in dieser Gruppe als auch bei der Durchführung von Informations-, Sensibilisierungs- und Aufklärungsmaßnahmen und der Umsetzung gegenregulierender Maßnahmen (Baker & Clark, 2020, S. 234).

Neben diesen flächendeckenden Screenings werden als weitere primärpräventive Maßnahmen basale Strategien erwähnt, die zur Förderung der sozialen Interaktion beitragen. Die Community Health Nurse hat hier Informations-, Beratungs-, Sensibilisierungs- wie auch Aufklärungsfunktion auf der Gemeinde- oder Bezirksebene, um eine passgenaue Maßnahme für ältere Personen zu finden. Exemplarisch wären hier Vereine und Organisationen zu erwähnen, wie beispielsweise Sportvereine, Seniorenvereine, Buchclubs, Chöre oder religiöse Gemeinschaften, die durch ihre Programme soziale Interaktion fördern (Skingley, 2014, S. 88). Freer und Wallington (2019, S. 490) empfehlen in diesem Zusammenhang, dass die Community Health Nurse eine Übersichtskarte oder einen Stadtplan erstellt, wo mögliche soziale Unternehmens- und Netzwerkmöglichkeiten in der Gemeinde oder Region zusammenfassend abgebildet werden. Diese gilt es zudem in regelmäßigen Abständen zu

verwalten und zu warten. Außerdem sollen sie didaktisch für die Bedürfnisse älterer Personen aufbereitet sein und möglichst barrierefrei genutzt werden können.

Wiederholt wird in der Literatur als weitere effektive primärpräventive Intervention die Haltung von Haustieren angeführt. Die Tiere würden dabei auf mehreren Ebenen wirksam und somit Alterseinsamkeit vorbeugen. So sind sie zum einen dauerhafte treue Begleiter für die älteren Personen und zum anderen fördern sie die soziale Interaktion ihrer Besitzer\*innen, da diese mit den Tieren zum Beispiel spazieren müssten oder auch aufgrund derer sozialen Verpflichtungen wie beispielsweise dem tierärztlichen Besuch nachkommen müssten (Rodríguez-Romero et al., 2021, S. 371; While, 2017, S. 333 ff.)

In diesem Zusammenhang führen jedoch Baker und Clark (2020, S. 236) oder Scharlach, Graham und Berridge (2015, S. 680 f.) an, dass die Versorgung der Tiere durchgehend gewährleistet sein muss. Dies sollte vor der Anschaffung eines Tieres mitbedacht werden, da eine nachträgliche Trennung traumatisierendes Potenzial haben könnte. Gardiner, Geldenhuys und Gott (2016, S. 152) empfehlen in solchen Fällen neben lebenden Tieren unter Umständen auch technologiebasierte Alternativen anzudenken, sofern diese von den betroffenen Personen akzeptiert würden.

## **4.2 Sekundärprävention von Alterseinsamkeit**

Im Zuge der Sekundärprävention zeigt sich das Phänomen der Alterseinsamkeit noch nicht als manifest bzw. es befindet sich noch in einem frühen Stadium. Ziel ist es, einer Chronifizierung des Zustandes vorzubeugen. Als effektiv kann hier das gezielte Screening von Risikogruppen angesehen werden (Leppin, 2018, S. 48). Das kann bereits im Krankenhaus passieren, wo eine Schnittstelle zwischen dem Entlassungsmanagement und einer Community Health Nurse hergestellt wird, indem Personen mit einem Risikopotenzial für Alterseinsamkeit gezielt weitervermittelt werden bzw. eine Kontaktaufnahme zwischen den professionellen Helfer\*innen erfolgt. Durch dieses Vorgehen kann Wiederaufnahmen im Zuge des sogenannten Drehtüreffekts vorgebeugt werden (Freer & Wallington, 2019, S. 490).

Für die weitere communitybezogene Versorgung stellen Courtin und Knapp (2017, S. 805 f.) im Zuge eines Scoping Reviews, das 128 Publikationen und Websites zum Thema sozialer Isolation und Einsamkeit älterer Menschen einschloss, fest, dass auf sekundärpräventiver Ebene Check-up-Anrufe für Personen mit Risikopotenzial stattfinden sollten. Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367) empfehlen auch einen einmal wöchentlich stattfindenden Anruf durch eine Community Health Nurse für ältere Personen mit Risiko, die sie als Follow-up-Anrufe bezeichnen. Diese Maßnahmen können das subjektive Gefühl der Einsamkeit reduzieren und geben den älteren Menschen eine Form von Sicherheit. Ein solches Vorgehen

sowie weitere dahingehende technologiebasierte Maßnahmen empfehlen zudem Gardiner et al. (2016, S. 150) oder Ofei-Dodoo et al. (2015, S. 223).

In diesem Zusammenhang kommen jedoch die Autor\*innen Noone et al. (2020, S. 16 f.) im Zuge eines Rapid Reviews, in das 58 thematisch-passende randomisiert kontrollierte Studien eingeschlossen wurden, zu der Erkenntnis, dass kein nachweisbarer Effekt durch wiederholte Videoanrufe erzielt werden konnte. Im Zuge der Studie wurde aber als Limitation angeführt, dass die Qualität der eingeschlossenen Arbeiten Defizite aufwies. Vor allem wurde der Umstand eines fehlenden professionellen Beziehungsbandes zwischen versorgtem Menschen und der anrufenden Person angeführt, der in den einzelnen Studien nicht klar thematisiert wurde und der unter Umständen erklärend für die mangelnde Evidenz sein könnte.

Des Weiteren können auf sekundärpräventiver Ebene niederschwellige Maßnahmen angeboten werden, die sich vor allem bei beginnendem Einsamkeitserleben dieser älteren Menschen effektiv zeigen und auf der individuellen Versorgungsebene ansetzen. Zu diesen Interventionen zählen Kirchenbesuche oder Maßnahmen zur Selbstpflege wie beispielsweise Nagel- oder Haarpflege. Des Weiteren können hier Kaffeehaus-, Museums- oder Konzertbesuche angeboten werden. Die Community Health Nurse trägt hier keine unmittelbare Durchführungsverantwortung, sondern plant und evaluiert diese Präventionsmaßnahmen. Neben den Präferenzen der betreuten Menschen müssen hier aber auch sozioökonomische Aspekte berücksichtigt werden, da Alter und Einsamkeit in Verbindung mit einer nachteiligen sozioökonomischen Situation stehen können (Courtin & Knapp, 2017, S. 805; Freer & Wallington, 2019, S. 488; Skingley, 2014, S. 87).

Für die Umsetzung dieser niederschweligen Maßnahmen stehen unterschiedliche Strategien zur Verfügung. Effektiv zeigt sich in diesem Zusammenhang das sogenannte Konzept des ‚Befriendings‘. Hier treffen zumeist Volontär\*innen mit den einsamkeitsgefährdeten Menschen zusammen und unterstützen in basalen täglichen Belangen bzw. stehen für Ausflüge, Unternehmungen und Gespräche zur Verfügung (Courtin & Knapp, 2017, S. 805; Dury, 2014, S. 127; Freer & Wallington, 2019, S. 490; Gardiner et al., 2016, S. 152; Skingley, 2014, S. 87).

Diese Maßnahmen im Zuge der Individualversorgung einzelner Personen können aber auch durch gruppenbezogene Angebote ersetzt werden, um Alterseinsamkeit bei definierten Risikogruppen vorzubeugen. Hier ist auf bestehende gesellschaftliche Strukturen, zum Beispiel die Kirchengemeinde, Glaubensgemeinschaften oder Senioren- bzw. Nachbarschaftsvereine, zurückzugreifen. Als Maßnahmen werden Freizeitaktivitäten in Gruppen empfohlen, wie Ausflüge, Spaziergänge oder Interessens- bzw. Hobbygruppen. Im Unterschied zum Befriending-Konzept auf der Individualebene werden diese Gruppen in ihrer Umsetzung von ausgebildeten Personen geleitet. Das kann eine Pflegeperson sein, aber auch ausgebildete Animator\*innen oder Freiwilligenmitarbeiter\*innen mit Ausbildung sind zur

Leitung dieser Freizeitgruppen befähigt. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass diese Personen berichtserstattungspflichtig gegenüber der Community Health Nurse sind, welche die Endverantwortung über diese geplanten Maßnahmen trägt (Courtin & Knapp, 2017, S. 806; Gardiner et al., 2016, S. 151; Lapena et al., 2020, S. 1499; Skingley, 2014, S. 87).

Norman (2018, S. 324) betont in diesem Zusammenhang außerdem die Wichtigkeit einer Community Health Nurse, da diese dafür Sorge tragen muss, dass die älteren Personen keine Opfer von finanziellem Missbrauch oder Kriminalität werden, da sie eine potenziell vulnerable Gruppe für diesbezügliche Übergriffe darstellen können. Das hat vor allem in Bezug auf die Nachbarschaftsunterstützung oder das Befriending-Konzept Relevanz, wo die Unterstützenden keine oder wenig Ausbildung aufweisen, was von Kriminellen ausgenutzt werden könnte.

Trotz dieser möglichen nachteiligen Aspekte bestätigen Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.) im Zuge einer randomisiert kontrollierten Studie in der Metropolregion von Barcelona die Effektivität solcher gruppenbezogenen Maßnahmen zur Prävention von Alterseinsamkeit gefährdeter älterer Menschen. Die Autor\*innen empfehlen ein initiales Assessment zur Identifikation von Personen mit dem Risikopotenzial von Alterseinsamkeit. Darauf basierend werden Einzel- und Gruppenaktivitäten durch eine Community Health Nurse geplant und evaluiert. Neben Freizeitaktivitäten kommen auch Schulungs- und Kompetenzerweiterungstrainings zur Anwendung. Als Beispiel werden hier Kochkurse oder gartentherapeutische Gruppen angeführt, die speziell auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt sind. Außerdem nehmen auch entspannungs- und achtsamkeitsbezogene Gruppenübungen einen hohen Stellenwert ein. Alle Maßnahmen werden von unterschiedlichen Professionen angeboten und umgesetzt. Die Zusammenarbeit der Community Health Nurse mit einem ärztlich geführten Primärversorgungszentrum gilt als empfohlen. Durch die Umsetzung dieser Maßnahmenpläne konnte durch die Autor\*innen ein hochsignifikanter Einfluss auf das Einsamkeitserleben der Interventionsgruppe bestätigt werden, der mit der „UCLA Loneliness Scale“ erhoben wurde.

Trotz dieses Umstandes geben Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 371) an, dass in Bezug auf Akzeptanz und Präferenz der einzelnen Maßnahmen eine breite Streuung vorherrscht. Manche Maßnahmen werden von bestimmten Personen oder Personengruppen ausgeslagen. Die Autor\*innen erklären diesen Umstand durch die Heterogenität der Gruppe. Ältere Menschen mit Einsamkeitsrisiko können nicht als homogene Einheit verstanden werden. Sie unterscheiden sich maßgeblich in ihrer Gesundheitskompetenz, dem sozioökonomischen Status oder dem Bildungsniveau, was Einfluss auf ihren Bedarf sowie ihre Präferenzen hat. Zu einer ähnlichen Erkenntnis kommen Lapena et al. (2020, S. 1499), die zudem behindernde gruppenspezifische Prozesse als Faktor anführen, die zum Scheitern der

dahingehenden Maßnahmen führen können. Um diesen Effekten vorzubeugen, gilt es für die Community- Health Nurse, neben der Durchführung eines präzisen Assessments auch freundlich und nahbar für die betreuten Personen zu sein, um Spannungsbereiche frühzeitig zu erkennen und somit gegenregulieren zu können.

Sya'diyah et al. (2020, S. 153) empfehlen in diesem Zusammenhang auch die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen den versorgten Personen und der Community Health Nurse, um für Partizipation und gleichzeitig auch für mehr Vertrauen, Ehrlichkeit und Empathie zu sorgen.

Als eine weitere Möglichkeit, die aufgrund der limitierten Kapazitäten auf sekundärpräventiver Ebene verortet wurde, sind intergenerationale Wohngemeinschaften. Die dahingehenden Wohnformen zeigen sich als effektive Strategie zur Prävention von Einsamkeit, da diese grundsätzlich alle Lebensalter betreffen kann, und ermöglichen gleichzeitig eine gesellschaftsbezogene Sensibilisierung. Ziel einer intergenerationalen Wohngemeinschaft ist es, dass alle Bewohner\*innen, die verschiedenen Lebensalter und -phasen aufweisen können, einen Nutzen aus dem Zusammenleben ziehen können. Die Community Health Nurse begleitet diese Wohngemeinschaft beratend und strukturell rahmend, indem sie zum Beispiel einen wöchentlich wechselnden Aktivitäten- und Pflichtenplan für die Wohngemeinschaft zur Verfügung stellt und deren Erfolg evaluiert (Norman, 2018, S. 324 f.).

Alle Maßnahmen, ob auf individueller, gruppen- oder bevölkerungsbezogener Ebene, müssen systematisch geplant, mit Zielen bzw. Outcomekriterien versehen und zudem auf ihren Erfolg hin evaluiert werden. Die Community Health Nurse kann hierfür auf den Pflegeprozess zurückgreifen (Dury, 2014, S. 127; Norman, 2018, S. 325; Rodríguez-Romero et al., 2021, S. 367).

### **4.3 Tertiärprävention von Alterseinsamkeit**

Im Zuge der Tertiärprävention gilt es, den alterseinsamkeitsbezogenen Folgeschäden vorzubeugen oder diese zumindest abzumildern. Außerdem sind dieser Präventionsebene Maßnahmen der Rehabilitation zuzuordnen (Leppin, 2018, S. 48).

Im Zuge der Tertiärprävention geht es zunächst darum, durch gezielte Screenings mögliche Folgeerscheinungen der Einsamkeit zu erheben. Baker und Clark (2020, S. 236) führen hier die regelmäßige Erhebung von Schlafgewohnheiten, der Stimmung und von Angstgefühlen an. Außerdem sollten der Alkohol-, Nikotin- und Drogengebrauch sowie die Einnahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente durch die Community Health Nurse in regelmäßigen Abständen erhoben werden.

Die Community Health Nurse nimmt zudem eine Gatekeeper-Funktion für das Gesundheitssystem ein, da sie die Betroffenen von Einsamkeitserleben gezielt auf Anzeichen von Depressionen oder Angststörungen sowie weiteren psychiatrischen Komorbiditäten begutachtet, um sie so frühzeitig einem ärztlichen Dienst zur diagnostischen Abklärung zuführen zu können. Besondere Relevanz hat die Community Health Nurse auch im Zuge der Suizidprävention, die mit dem Einsamkeitserleben in Verbindung stehen kann. Ein regelmäßiges Screening auf lebensüberdrüssige oder suizidale Gedanken ist notwendig. Sollte der Verdacht auf eine Suizidalität bestehen, so hat die Community Health Nurse umgehend gegenregulierende Maßnahmen einzuleiten und eine fachärztliche Abklärung zu initiieren (Baker & Clark, 2020, S. 236; Gardiner et al., 2016, S. 153).

Für die Umsetzung dieser Gatekeeper-Funktion kann die Community Health Nurse entsprechend den Ausführungen Skingley (2014, S. 87) pflegerische Hausbesuche durchführen. Hier gilt es aber als empfohlen, die Einsamkeit oder ihre Folgeerscheinungen nicht direkt zu befragen, sondern stellvertretend im Rahmen anderer Maßnahmen mitzerheben, um eine mögliche Verzerrung zu vermeiden. So werden in diesem Zusammenhang exemplarisch basale diagnostische Erhebungen wie die Blutdruck- oder Blutzuckerkontrolle angeführt.

Neben dieser Gatekeeper-Funktion der Community Health Nurse wird in der Literatur auch deren Wichtigkeit im Schnittstellenmanagement zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem wie auch der Gemeinde bzw. Region angeführt. In diesem Zusammenhang kann sie als eine zentrale Anlaufstelle für die Umsetzung des Disease Managements bei chronisch Kranken angesehen werden (Norman, 2018, S. 324; Skingley, 2014, S. 89 f.).

Im Zuge dieses Schnittstellenmanagements soll die Community Health Nurse für die chronisch Kranken mit manifester Alterseinsamkeit bedarfsgerechte Informations-, Aufklärungs- und Schulungsprogramme entwickeln. Diese werden unter Rückgriff auf die Expertise des multiprofessionellen Teams umgesetzt, um somit für ein differenziertes Angebot zu sorgen und die Nachhaltigkeit der alterseinsamkeitsbezogenen tertiärpräventiven Maßnahmen zu steigern (Lapena et al., 2020, S. 1499).

Außerdem empfehlen Courtin und Knapp (2017, S. 805 f.), in diesem Zusammenhang speziell abgestimmte Rehabilitationsprogramme auf dieser Präventionsstufe anzubieten, die zur Remobilisierung und Resozialisierung von Menschen mit Einsamkeitserleben führen. Diese sollen nach Möglichkeit in Gruppen durch ausgebildete Psychotherapeut\*innen durchgeführt werden. Die Community Health Nurse hat hier wiederum die Gatekeeper-Funktion bzw. erhebt Bedarfe und plant, begleitet sowie evaluiert diese Maßnahmen gemeinde- oder regionsbezogen.

## 4.4 Darstellung des Tätigkeitsprofils anhand der NIC

Im Zuge der folgenden Tabelle gilt es, die aus dem Vorkapitel angeführten Maßnahmen anhand der „Nursing Interventions Classification“ in Anlehnung an Bulecheck et al. (2015, S. 128 ff.) zu ordnen. Aus Platzgründen werden nicht alle Literaturverweise angeführt, sondern nur die Relevanten. Die Darstellung hat damit einen demonstrativen Charakter.

**Tabelle 5: Übersicht der Pflegeinterventionen**

Domäne	Klasse	Pflegeintervention nach NIC	Literaturverweise
<i>Physiologie grundlegend</i>	D: Ernährungsunterstützung	(5246) Ernährungsberatung	Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 368)
<i>Physiologie komplex</i>	H: Umgang mit Medikamenten	(2395) Arzneimittelabstimmung	Baker und Clark (2020, S. 233); Dury (2014, S. 127); Freer und Wallington (2019, S. 490); Norman (2018, S. 324)
<i>Verhalten</i>	Q: Verbesserung der Kommunikation	(5100) Sozialisationsverbesserung	Gardiner et al. (2016, S. 150 f.); Lapena et al. (2020, S. 1499); Ofei-Dodoo et al. (2015, S. 222 f.); Scharlach et al. (2015, S. 682)
		(5000) Komplexerer Beziehungsaufbau	Courtin und Knapp (2017, S. 805 f.); Dury (2014, S. 127); Freer und Wallington (2019, S. 490); Gardiner et al. (2016, S. 152); Ofei-Dodoo et al. (2015, S. 222 f.); Skingley (2014, S. 87)
	R: Unterstützung des Copingverhaltens	(5360) Freizeittherapie	Gardiner et al. (2016, S. 152)
		(5240) Beratung	Freer und Wallington (2019, S. 488); Lapena et al. (2020, S. 1499); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.); Skingley (2014, S. 88)
		(5230) Copingverbesserung	Gardiner et al. (2016, S. 152)
		(5424) Förderung religiöser Rituale	Baker und Clark (2020, S. 234); Gardiner et al. (2016, S. 150); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)

		(5450) Gruppentherapie	Courtin und Knapp (2017, S. 805); Gardiner et al. (2016, S. 151 f.); Lapena et al. (2020, S. 1499); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 368); Skingley (2014, S. 87); Sya'diyah et al. (2020, S. 153 f.)
	S: Patientenedukation	(5606) Edukation: Einzelperson	Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.); Lapena et al. (2020, S. 1499)
		(5604) Edukation: Gruppe	Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.); Lapena et al. (2020, S. 1499)
		(5510) Gesundheitsbildung	Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 372); Lapena et al. (2020, S. 1499)
		(5515) Gesundheitswissen: Verbesserung	Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 372); Lapena et al. (2020, S. 1499)
	O: Verhaltenstherapie	(4310) Beschäftigungstherapie	Skingley (2014, S. 87 f.)
		(4480) Eigenverantwortungsförderung	Gardiner et al. (2016, S. 150 f.); Lapena et al. (2020, S. 1499); Ofei-Dodoo et al. (2015, S. 222 f.); Scharlach et al. (2015, S. 682)
		(4320) Tiergestützte Therapie	Gardiner et al. (2016, S. 152); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 371); While (2017, S. 353 ff.)
		(4362) Verhaltensmodifikation: soziale Fähigkeiten	Gardiner et al. (2016, S. 150 f.); Lapena et al. (2020, S. 1499); Ofei-Dodoo et al. (2015, S. 222 f.); Scharlach et al. (2015, S. 682)
		(4390) Milieuthherapie	Gardiner et al. (2016, S. 150 f.); Lapena et al. (2020, S. 1499); Scharlach et al. (2015, S. 682)
Gesundheitssystem	Y: Vermittlung im Gesundheitssystem	(7320) Case Management	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(7400) Gesundheitssystemorientierung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(7370) Entlassungs-/Verlegungsplanung	Freer und Wallington (2019, S. 490)
		(8550) Finanzressourcenmanagement	Norman (2018, S. 324)

	b: Informationsmanagement	(7960) Gesundheitsinformationsaustausch	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(7970) Gesundheitspolitikbeobachtung	Freer und Wallington (2019, S. 490)
		(7910) Konsultation	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(8020) Multidisziplinäre Patientenbesprechung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(6658) Teleassessment	Scharlach et al. (2015, S. 679)
		(8180) Telefonberatung	Scharlach et al. (2015, S. 679);
		(8190) Telefonische Nachsorge	Gardiner et al. (2016, S. 152); Scharlach et al. (2015, S. 679); Skingley (2014, S. 87)
<i>Sicherheit</i>	U: Krisenmanagement	(7170) Anwesenheit der Familie: Förderung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(6340) Suizidprävention	Baker und Clark (2020, S. 233)
	V: Risikobewältigung	(6520) Gesundheitsscreening	Baker und Clark (2020, S. 233); Freer und Wallington (2019, S. 490); Skingley (2014, S. 89 f.); Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.)
		(6610) Risikoabschätzung	Freer und Wallington (2019, S. 490); Baker und Clark (2020, S. 233)
		(6650) Pflegeassessment	Baker und Clark (2020, S. 233); Freer und Wallington (2019, S. 490); Skingley (2014, S. 89 f.); Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.)
<i>Familie</i>	X: Pflege im Lebensverlauf	(7110) Familienbeteiligungsförderung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(7100) Familienintegritätsförderung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(7120) Familienmobilisierung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)

		(7130) Familienprozess-erhaltung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
		(7060) Unterstützung pflegender Bezugspersonen	Baker und Clark (2020, S. 234)
		(7180) Haushaltsführungsunterstützung	Dury (2014, S. 127); Norman (2018, S. 325); Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367)
<i>Gemeinde</i>	c: Förderung der Gemeinde-Gesundheit	(8500) Gemeindeg-esundheitsentwicklung	Baker und Clark (2020, S. 233); Freer und Wallington (2019, S. 490); Skingley (2014, S. 89 f.); Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.)
		(8700) Programmentwicklung	Baker und Clark (2020, S. 233); Freer und Wallington (2019, S. 490); Skingley (2014, S. 89 f.); Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.)
	d: Gemeinde-Gesundheitsrisikomanagement	(6652) Gemeinde-Assessment	Baker und Clark (2020, S. 233); Freer und Wallington (2019, S. 490); Skingley (2014, S. 89 f.); Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.)
		(6484) Umgebungsmanagement	Baker und Clark (2020, S. 233); Freer und Wallington (2019, S. 490); Skingley (2014, S. 89 f.); Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.)

Quelle: Bulecheck et al. (2015, S. 128 ff.)

Anmerkung: (eigene Darstellung, 2022).

Damit endet die Darstellung des Ergebnisteils, um im nächsten Kapitel in die Diskussion überzugehen. Hier werden die erhobenen Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit auf den theoretischen Rahmen und den Problemaufriss rückbezogen diskutiert.

## 5 Diskussion

Im Zuge dieser Bachelorarbeit sollte einerseits der Beitrag einer Community Health Nurse im Zuge der Prävention von Alterseinsamkeit in Österreich abgebildet werden. Andererseits galt es dieses präventive Tätigkeitsfeld anhand der „Nursing Interventions Classification“ geordnet darzustellen.

Rückbezogen auf das Rahmenmodell des „Public Health Intervention Wheel“ des Minnesota Department of Health (2019, S. 8) kann geschlussfolgert werden, dass eine österreichische Community Health Nurse in allen der fünf im Modell angeführten Segmenten tätig werden kann, um Alterseinsamkeit auf individual-, gruppen- und bevölkerungsbezogener Ebene vorzubeugen.

Als Erstes ist hier der rote Sektor anzuführen, wo es um die Erhebung und das Monitoring gesundheitsbezogener Daten geht (Minnesota Department of Health, 2019, S. 78 ff.). Die Community Health Nurse führt hier auf allen Präventionsstufen Screenings bei allen älteren Personen durch, die in ihrer betreuten Gemeinde oder Region leben, und identifiziert dadurch Personen oder Bevölkerungsgruppen mit Risikopotenzialen und speziellen Versorgungsbedarfen (Baker & Clark, 2020, S. 233; Freer & Wallington, 2019, S. 488). Standardisierte, reliable und validierte Assessmentinstrumente hierfür fehlen jedoch weitgehend bzw. bilden das Phänomen der Einsamkeit und ihre Folge- und Begleiterscheinungen ungenügend ab (Svendsen, 2016, S. 84). Zur individuellen Erhebung von Einsamkeitserleben kann zwar auf das valide und reliable psychometrische Instrument „*UCLA Loneliness Scale*“ zurückgegriffen werden (Döring & Bortz, 1993, S. 226), für die bevölkerungsbezogene Beurteilung durch die Community Health Nurse sind in der fach einschlägigen Literatur jedoch keine passenden Erhebungsinstrumente identifizierbar.

Dieser Umstand ist vor allem auf der tertiären Präventionsstufe problematisch, wo es um die Erhebung von Begleit- und Folgeerscheinungen der Einsamkeit geht. Hierfür sollte nämlich ein durch eine Pflegediagnose abgesichertes Einsamkeitserleben attestiert worden sein, das auch auf einem validierten und reliablen Assessment basieren müsste. Dieses fehlt jedoch, wie auch die einschlägige Pflegediagnose, was durch Bombassei ElSadr et al. (2009, S. 32) kritisiert wird. Die Autor\*innen treten dafür ein, die Pflegediagnose der sozialen Isolation mit einer für Einsamkeit zu ersetzen oder zumindest zu ergänzen, um damit auch für mehr Kongruenz zur Pflegediagnose des Risikos zur Vereinsamung zu sorgen.

Die Ursache für diese Situation ist unter anderem auf die fehlende begriffliche Strenge in Bezug auf dieses Pflegephänomen zurückzuführen. Das behindert die weitere theoriebasierte Forschung und erschwert in weiterer Folge die evidenzbasierte Rahmung im Zuge der

standardisierten interventions- und outcomebezogenen Klassifikationen (Bombassei EISadr et al., 2009, S. 32; Spitzer, 2018, S. 24).

Die daraus erwachsenden Umstände haben zudem Konsequenzen, wenn es um die Erhebung von Komorbiditäten und Folgeerscheinungen des Einsamkeitserlebens im Zuge der Gatekeeper-Funktion der Community Health Nurse geht. Zwar wird in der Literatur die Wichtigkeit der diesbezüglichen Screenings auf psychiatrische Erkrankungen hingewiesen (Baker & Clark, 2020, S. 236), die Umsetzung und zu verwendenden Instrumente finden jedoch keine Erwähnung in der fach einschlägigen Literatur.

Standardisierte Assessmentinstrumente wären außerdem von Wichtigkeit, um für mehr Objektivität in der Erhebung von Alterseinsamkeit zu sorgen. Die Beurteilung kann nämlich auf emotionaler Ebene durch die Vorerfahrungen und Einstellungen der Pflegeperson verzerrt sein. Außerdem muss ein von der Community Health Nurse als einsam attribuerter Zustand nicht gleichzeitig mit einem leidvollen Einsamkeitserleben dieser Person einhergehen (Holtbernd, 2018, S. 101 ff.; Peplau, 1955, S. 1476). Daher sollte sich die Community Health Nurse in Bezug auf ihr eigenes Einsamkeitserleben reflektieren. Des Weiteren könnte sie dabei durch ein personenzentriertes Pflegeverständnis, ethische Fallbesprechungen, Coaching oder Supervision persönlich unterstützt werden, um gleichzeitig auch für die eigene beruflich-professionelle Weiterentwicklung zu sorgen.

Beim nächsten grünen Sektor des „Public Health Intervention Wheel“ gilt es unter anderem, entsprechend der berufsgesetzlichen Rahmenbedingungen ärztlich angeordnete Maßnahmen auszuführen oder die Umsetzung des Case Managements für Personen mit gesundheitsbezogenen Bedürfnissen zu gewährleisten (Minnesota Department of Health, 2019, S. 91 ff.). Die Community Health Nurse kann in diesem Zusammenhang, wie bei Skingley (2014, S. 87) beschrieben, pflegerische Hausbesuche durchführen, um diese Tätigkeiten im Rahmen der Diagnostik und Therapie umzusetzen. Im Zuge dessen können Anzeichen eines Einsamkeitserlebens erhoben und gleichzeitig bezogen auf die einzelnen Präventionsstufen gegenreguliert werden.

Beim Case Management mobilisiert die Community Health Nurse bestehende Ressourcen bei den versorgten Menschen und deren An- und Zugehörigen sowie bei deren weiteren sozialem Umfeld. Außerdem fungiert sie als Dreh- und Angelpunkt für das multiprofessionelle Team, um eine gezielte und effiziente Adressierung der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der betreuten Menschen gewährleisten zu können. Hier kann die Community Health Nurse sowohl auf individueller, gruppen- als auch bevölkerungsbezogener Ebene Maßnahmen zur Prävention von Alterseinsamkeit unter Rückgriff auf das multiprofessionelle Team planen, koordinieren und evaluieren (Dury, 2014, S. 127; Norman, 2018, S. 325; Rodríguez-Romero et al., 2021, S. 367). Im Zuge des Case Managements ist auch das Entlassungsmanagement

aus Krankenhäusern anzuführen, wo durch eine enge Zusammenarbeit mit Entlassungsmanager\*innen mögliche Einsamkeitspotenziale erhoben sowie frühzeitig gegenreguliert werden können, wie es bei Freer und Wallington (2019, S. 490) empfohlen wird.

Damit die Community Health Nurse ihrer Tätigkeit sowohl in Bezug auf die Maßnahmen im Zusammenhang der Diagnostik und Therapie als auch im Zuge des Case Managements eigenständig und effizient nachkommen kann, ist eine im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankerte Kompetenzübertragung notwendig, durch die sie befähigt wird, definierte diesbezügliche Tätigkeiten ohne unmittelbare ärztliche Anordnung selbstständig durchzuführen bzw. diese eigenständig an die pflegerischen Assistenzberufe zu delegieren.

Im Zuge des dritten blauen Sektors gilt es, Maßnahmen im Rahmen von Beratung und Edukation anzubieten (Minnesota Department of Health, 2019, S. 131 ff.). Diese Interventionen zeigen sich auf allen Präventionsstufen als effektiv und können durch die Community Health Nurse umgesetzt werden, wie es beispielsweise durch Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.) oder Lapena et al. (2020, S. 1499) aufgezeigt wird. Im Besonderen können dabei alle Schulungs-, Beratungs-, Aufklärungs- sowie Sensibilisierungsmaßnahmen angeführt werden, die zur Vorbeugung der Alterseinsamkeit dienen bzw. die Prävention und Rehabilitation von deren Folgen adressieren.

Freer und Wallington (2019, S. 488) betonen zudem, dass die Zielgruppe für diese Maßnahmen nicht nur auf über 65-Jährige beschränkt sein muss. Sensibilisierungsmaßnahmen könnten auf der bevölkerungsbezogenen Ebene bereits im Erwerbstätigenalter angeboten werden. Hier könnte auf die betriebliche Gesundheitsförderung zurückgegriffen werden, um auf gesundheitsförderlicher Ebene für Erwerbstätige Aufklärung im Zusammenhang mit der Alterseinsamkeit und ihren Folgen anzubieten. Auf primär- bzw. sekundärpräventiver Ebene sind hier vor allem Personen zu berücksichtigen, die sich kurz vor dem Übertritt in den Ruhestand befinden. Sie können mit speziellen Informationskampagnen sensibilisiert werden bzw. kann ihr Übertritt durch ein von der Community Health Nurse geplantes Maßnahmenprogramm begleitet werden. In diesem Fall würden sich die Gesundheitsförderung und die Prävention im Zuge einer symbiotischen Schnittmenge gegenseitig ergänzen.

Im Rahmen des orangefarbenen Sektors des „Public Health Intervention Wheel“ geht es um die Vernetzung und die koordinierte Zusammenarbeit aller Gesundheitsdienstleister\*innen, um die gesundheitsbezogene Versorgung der Bevölkerung zu verbessern (Minnesota Department of Health, 2019, S. 167 ff.). Die Community Health Nurse kann in diesem Zusammenhang unter anderem durch die Gatekeeper-Funktion tätig werden oder ihrer Funktion im Disease Management nachkommen, wie beispielsweise bei Skingley (2014, S. 87) oder Rector (2020,

S. 17 f.) angeführt, was auch laut dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ihren Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam entspricht (Horak & Haubitzer, 2021, S. 28 f.).

Außerdem wäre die intensivierete Zusammenarbeit mit Primärversorgungszentren, wie bei Rodríguez-Romero et al. (2021, S. 367 ff.) vorgestellt, eine für Österreich empfohlene Umsetzungsstrategie, um die limitierten gesetzlich vorgegebenen Kompetenzen im Rahmen des diagnostisch-therapeutischen Wirkens der Community Health Nurse zu adressieren (Horak & Haubitzer, 2021, S. 30 f.).

Der letzte, gelbe Sektor des „Public Health Intervention Wheel“ bezieht sich auf die Fürsprache und Interessensvertretung für vulnerable Gruppen in der Bevölkerung. Die Community Health Nurse wird somit ein\*e Vertreter\*in für die gesundheitsbezogenen Belange der Bevölkerung (Minnesota Department of Health, 2019, S. 207 ff.). Rückbezogen auf die Prävention von Alterseinsamkeit unterstützt sie das Empowerment und Selbstwirksamkeitserleben der älteren betroffenen Menschen wie der Bevölkerung selbst, indem sie, wie bei Tadaka et al. (2016, S. 5 ff.) beschrieben, Nachbarschaftshilfen und Gemeinschaftsnetzwerke identifiziert und aktiviert, um Alterseinsamkeit vorzubeugen bzw. deren Folgen entgegenzuwirken.

Freer und Wallington (2019, S. 490) empfehlen in diesem Zusammenhang auch die Erstellung von Übersichtskarten oder Stadtplänen, um den alterseinsamkeitsgefährdeten Personen Versorgungsangebote zur sozialen Interaktion visuell näherzubringen. Diese können auch genutzt werden, um die politischen Verantwortungsträger\*innen auf Problem- oder Brennpunktregionen hinzuweisen bzw. um eine Argumentationsgrundlage zu erhalten, für die Einforderung finanzieller Mittel zur Unterstützung dieser vulnerable Gruppe in der Bevölkerung.

Diese präventiven Maßnahmen lassen sich des Weiteren mit der von Bulecheck et al. (2015, S. 128 ff.) standardisierten Pflegeinterventionen der „Nursing Interventions Classification“ in Verbindung bringen. Dabei zeigt sich, dass 44 Interventionen 13 Klassen zuordenbar sind, die sich über alle sieben Domänen erstrecken. Damit dient diese pflegerische Klassifikation als ein effektives Strukturierungs- und Ordnungsinstrument und kann somit die weiteren Professionalisierungsbestrebungen von Community Health Nurses in Österreich unterstützen.

Mit dieser Darstellung endet die Diskussion im Zuge dieser Bachelorarbeit, um in das letzte Kapitel, die Schlussfolgerung und den Ausblick, überzugehen.

## 6 Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassend kann im Zuge dieser Bachelorarbeit festgehalten werden, dass die Community Health Nurse sowohl auf der primär- als auch auf der sekundär- und der tertiärpräventiven Ansatzebene tätig werden kann, um der Alterseinsamkeit bzw. deren unerwünschten Folge- und Begleiterscheinungen individuell, familiär, gruppen- sowie bevölkerungsbezogen vorzubeugen. Der mit Hilfe der „Nursing Interventions Classification“ erstellte Tätigkeitskatalog könnte außerdem Sozialversicherungsträger\*innen als verrechnungsbezogene Grundlage im Zuge des Einsatzes von Community Health Nurses dienen.

Für die zukünftige Forschung gilt es, das Einsamkeitserleben und seine Folgeerscheinungen begrifflich klar ein- und abzugrenzen und eine rahmende Theorie zu entwickeln. Die von Carstensen (1992, S. 331 ff.) postulierte sozioemotionale Selektionstheorie über das Altern bildet Teilaspekte der Einsamkeit und des Einsamkeitserlebens auf der individuellen Ebene ab. Diese Theorie könnte somit als Ausgangspunkt für weitere Theorieentwicklungsprozesse genutzt werden. Damit soll es in weiterer Folge möglich werden, theoriebasierte Assessmentinstrumente auf allen Präventionsstufen zu entwickeln, unter Berücksichtigung der individuellen, familiären sowie gruppen- und bevölkerungsbezogenen Ansatzebene von Community Health Nurses. Durch dieses Vorgehen soll in weiterer Folge für mehr Systematik und Nachhaltigkeit der von dieser Pflegeperson dargebotenen Präventionsmaßnahmen gesorgt werden sowie die damit erzielten Effekte messbar gemacht werden.

Als weiteren Forschungsbedarf wäre eine österreichische Machbarkeitserhebung der in dieser Arbeit angeführten Maßnahmen anzuführen. Zunächst sollten für die dahingehende Umsetzung die im Feld tätigen Expert\*innen auf mögliche Hürden und Potenziale innerhalb des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems befragt werden.

Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit können außerdem für die einschlägige Lehre in den verschiedenen postgraduellen Ausbildungs- und Fortbildungsprogrammen für Community Health Nurses genutzt werden, um die weitere Etablierung und Professionalisierung von Community Health Nurses als Versorgungsinstanz in Österreich zu fördern und zu bestärken.

## Literaturverzeichnis

- Baker, E., & Clark, L. L. (2020). Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 25(5), 231-238. <https://doi.org/doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.5.231>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bohn, C. (2018). Einsamkeit und Scham - Ein leidvolles Geschwisterpaar. In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (S. 132-139). Hogrefe.
- Bombassei EISadr, C., Noureddine, S., & Kelley, J. (2009). Concept Analysis of Loneliness With Implications for Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classification* 20(1), 25-33.
- Buber, M. (1999). *Das dialogische Prinzip* (10. Auflage). Gütersloher Verlagshaus.
- Bühlmann, J. (1998). Einsamkeit In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte : Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 1* (S. 133-154). Huber.
- Bulecheck, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wanger, C. M. (2015). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. Hogrefe.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and aging*, 7(3), 331-338.
- Coleman, P. (1991). Cumming E. and Henry W., Growing Old: The Process of Disengagement. *Ageing and Society*, 11(2), 217-220.
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Döring, N., & Bortz, J. (1993). Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. *Diagnostica*, 39(3), 224-239.
- Dury, R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal of Community Nursing*, 19(3), 125-128.
- Erikson, E. H. (2017). *Identität und Lebenszyklus : drei Aufsätze* (28. Auflage). Suhrkamp.
- Freer, K., & Wallington, S. L. (2019). Social frailty: the importance of social and environmental factors in predicting frailty in older adults. *British Journal of Community Nursing*, 24(10), 486-492.
- Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing*, 47(3), 392-397. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx188>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2016). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147-157. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12367>

- Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Public Health. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle Studienfähiger im Gesundheitsbereich*. Hogrefe.
- Haußmann, A. (2018). Einsamkeit und Spiritualität. In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (S. 153-163). Hogrefe.
- Holtbernd, T. (2018). Einsamkeit - Eine philosophisch-phänomenologische Betrachtung In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (S. 98-108). Hogrefe.
- Horak, M., & Haubitzer, S. (2021). *Community Health Nurse*. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T., & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Auflage, S. 23-34). Hogrefe.
- Kamitsuru, S., Herdman, H. T., & Lopes, C. (2022). *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2021-2023* (3. Auflage). Recom.
- Kulig, J. C. (2000). Community resiliency: The potential for community health nursing theory development. *Public Health Nursing*, 17(5), 374-385.
- Lapena, C., Continente, X., Sánchez Mascañano, A., Pons Vignes, M., Pujol Ribera, E., & López, M. J. (2020). Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona. *Health & social care in the community*, 28(5), 1488-1503. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hsc.12971>
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung : Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5. Auflage, S. 47-55). Hogrefe.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Medicine* 6(7), 1-34.
- Mayer, H. (2019). *Pflegforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (5. Auflage). Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Minnesota Department of Health. (2019). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice* (2. Auflage). Minnesota Department of Health - Community Health Division.
- Noone, C., McSharry, J., Smalle, M., Burns, A., Dwan, K., Devane, D., & Morrissey, E. C. (2020). Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Systematic Review*, 5(5), 1-40. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd013632>

- Norman, C. (2018). Preventing loneliness in older patients. *British Journal of Community Nursing*, 23(7), 323-325.
- Ofei-Dodoo, S., Medvene, L. J., Nilsen, K. M., Smith, R. A., & DiLollo, A. (2015). Exploring the Potential of Computers to Enrich Home and Community-Based Services Clients' Social Networks. *Educational gerontology*, 41, 216 - 225. <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.950491>
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. (2015). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie - Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung 1. Erhebung 2013/2014*. ÖPIA.
- Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen. (2018). *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie Welle II 2015-2018*. ÖPIA.
- Paulitsch, K., & Karwautz, A. (2019). *Grundlagen der Psychiatrie* (2. Auflage). facultasUTB.
- Peplau, H. E. (1955). Loneliness. *The American Journal of Nursing*, 55(12), 1476-1481. <https://doi.org/10.2307/3469548>
- Rector, C. (2020). The Journey Begins: Introduction In C. Rector & M. J. Stanley (Hrsg.), *Community and public health nursing* (S. 3-23). Lippincott Williams & Wilkins.
- Rodríguez-Romero, R., Herranz-Rodríguez, C., Kostov, B., Gené-Badia, J., & Sisó-Almirall, A. (2021). Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. *Scand Journal of Caring Sciences*, 35(2), 366-374. <https://doi.org/10.1111/scs.12852>
- Scharlach, A. E., Graham, C. L., & Berridge, C. (2015). An Integrated Model of Co-ordinated Community-Based Care. *The Gerontologist*, 55(4), 677-687. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu075>
- Schobin, J. (2018). Vereinsamung und Vertrauen - Aspekte eines gesellschaftlichen Phänomens In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (S. 46-67). Hogrefe.
- Schüleln, J. A., & Reitze, S. (2021). *Wissenschaftstheorie für Einsteiger* (5. Auflage). facultasUTB.
- Scott, J. M. (2020). Older adults In C. Rector & M. J. Stanley (Hrsg.), *Community and public health nursing* (S. 637-666). Lippincott Williams & Wilkins.
- Skingley, A. (2014). Older people, isolation and loneliness: implications for community nursing. *Britisch Journal of Community Nursing*, 18(2), 84-90. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.2.84>
- Spitzer, M. (2018). *Einsamkeit - Die unerkannte Krankheit*. Droemer.
- Stallberg, F. W. (2021). *Die Entdeckung der Einsamkeit. Der Aufstieg eines unerwünschten Gefühls zum sozialen Problem*. Springer.
- Svendsen, L. (2016). *Philosophie der Einsamkeit*. bup Berlin University Press.

- Sya'diyah, H., Nursalam, N., Mahmudah, M., & Wicaksono, W. P. (2020). Relationship between caring nurses and elderly loneliness. *Journal of Public Health Research*, 9(2), 152-155. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1829>
- Tadaka, E., Kono, A., Ito, E., Kanaya, Y., Dai, Y., Imamatsu, Y., & Itoi, W. (2016). Development of a community's self-efficacy scale for preventing social isolation among community-dwelling older people (Mimamori Scale). *BMC Public Health*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3857-4>
- Todd, D. (2020). Public Health Nursing in the Community In C. Rector & M. J. Stanley (Hrsg.), *Community and public health nursing* (S. 24-39). Lippincott Williams & Wilkins.
- While, A. (2017). Pet dogs as promoters of wellbeing. *British Journal of Community Nursing*, 22(7), 332-336.
- World Health Organization. (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. *Human Resources for Health Observer - Series No. 18*.

## Internetquellen:

[https://www.statistik.at/web\\_de/presse/125595.html](https://www.statistik.at/web_de/presse/125595.html) [Abruf am 14.05.2022]

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/haushaltsprognosen/index.html#index1](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/haushaltsprognosen/index.html#index1) [Abruf am 14.05.2022]

<https://www.aerztekammer.at/nirgendwosonst> [Abruf am 18.12.2022]

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/projekte/community-nursing.html> [Abruf am 08.12.2022]

<https://magazin.pflegenetz.at/artikel/community-health-nurse/> [Abruf am 22.12.2022]

## Gesetzestexte:

GuKG. BGBl. I Nr. 108/1997: Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Das „Public Health Intervention Wheel“ .....	20
Abbildung 2: Prisma-Flowchart.....	25

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Suchbegriffkomponenten mit Suchstrings .....	23
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien .....	24
Tabelle 3: Klassifikation der Präventionsebenen .....	26
Tabelle 4: Exemplarische Darstellung der Intervention anhand der NIC .....	26
Tabelle 5: Übersicht der Pflegeinterventionen .....	34
Tabelle 6: Tabellarische Darstellung der eingeschlossenen Publikationen .....	50

## Abkürzungsverzeichnis

bzw. ....	beziehungsweise
f. ....	folgende Seite
ff. ....	folgenden Seiten
GuKG.....	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
NANDA-I.....	North American Nursing Diagnosis Association - International
NIC.....	Nursing Interventions Classification
NOC.....	Nursing Outcome Classification
ÖÄK .....	Österreichische Ärztekammer
RCT .....	Randomized controlled trial
UCLA.....	University of California

# Anhang

**Tabelle 6: Tabellarische Darstellung der eingeschlossenen Publikationen**

Autor*in / Titel	Jahr / Publikationsland/ Journal / Typ	Ziel/Fragestellung/Methode/Zielgruppe	Zentrale Ergebnisse der Publikationen	Schlussfolgerung für die Arbeit	Kritik/Anmerkung
Baker, E. & Clark, L. L.  “Biopsychopharmacological approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults”	2020  Vereinigtes Königreich  British Journal of Community Nursing  Literaturübersicht	Ziel/Frage: Erhebung vom Einfluss der Selbstisolation auf die psychische Gesundheit im Zuge von Covid-19 auf vulnerable Gruppen  Methode: Systematische Literaturrecherche  Zielgruppe: Ältere Personen im häuslichen Umfeld	Das biopsychopharmasociologische Modell (BPPS) ist ein gutes Rahmenmodell, damit CHN Alterseinsamkeit einschätzen können (S. 232) Alle Maßnahmen sieht S. 233 – Übersichtsgrafik) Hier der Auszug und deren Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biologische Ebene: physische Gesundheit. Einfluss der physischen Gesundheit auf die mentale Gesundheit abschätzen. Zu erhebende Aspekte sind persönliche Hygiene, Mobilität in der Wohnung/unmittelbaren Umgebung, Stuhl und Harnkontinenz, Einfluss von körperlichen Komorbiditäten, Einfluss von körperlichen Symptomen wie Kurzatmigkeit wie auch Seh- und Hörprobleme (S. 233)</li> <li>• Psychologische Ebene: Risikofaktoren sind männliches Geschlecht, alleinlebend, kriminelle Nachbarschaft, schlecht Qualität von sozialen Beziehungen, Scham, Angst, defensives Gesundheitsverhalten. Es soll zu Aktivität außerhalb der Wohnung motiviert werden. (S. 233)</li> <li>• Pharmakologische Ebene: Einnahme von psychiatrischen Medikamenten steigert die Wahrscheinlichkeit für soziale Isolation → Spiegelnkontrollen regelmäßig sicherstellen bzw. im Zuge von Spiegelkontrolle kann auf soziale Isolation gescreent werden → Pflegepersonen haben gute Position für Screening</li> </ul>	Das BBBS Modell ist ein strukturierte Ansatz zur Erhebung des Risikos für soziale Isolation, das auf mehreren Präventionsstufen angewandt werden kann (S.237)  Es ersetzt nicht das Erfahrungswissen der CHN (S. 237)  Schulungsprogramme für die CHN sind notwendig (S. 239)	Grundlage für Entwicklung eines Assessment - Instrumentes

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Aspekte inklusive von Umweltbedingungen: Niederschwellige Aspekte, die zu ermöglichen sind wären der Kirchenbesuch, Friseur, Kino, Kaffeehaus. Jüngere Personen haben hier oft weniger Probleme durch soziale Medien. Ältere Personen haben IT-Kompetenzdefizite und Vorbehalte, diese zu nutzen. Der Zugang einmal am Tag sollte zu Grünflächen ermöglicht werden (Garten oder Park). Frischluftzufuhr ist genau so notwendig wie aufgeräumte Wohnung, da durch schmutzige Wohnungen weniger Leute aus Schamgründen eingeladen werden. Außerdem lösen schlechte hygienische Bedingungen andere Infektionskrankheiten aus. (S. 234f)</li> <li>• CHN muss auf Angststörung oder Depression screenen und für Diagnoseabsicherung an eine*n Psychiater*in weitervermitteln (Gatekeeper-Funktion) Hinter sozialer Isolation kann auch eine profunde (nicht diagnostizierte) psychiatrische Erkrankung stehen. (S. 236)</li> <li>• CHN muss individuelle Präferenzen erheben und Maßnahmen oder Maßnahmenpläne erstellen wie regelmäßige körperliche Betätigung, Garten- oder Parkgang einmal am Tag, Hobbies wie Lesen oder Kochen, gesunde Mahlzeiten und ausreichend Hydratation sicherstellen, (S. 236)</li> <li>• Erhebung von Stimmung, Schlafgewohnheiten und Angst sowie weitere psychiatrische Komorbiditäten in regelmäßigen Abständen (S. 236)</li> <li>• Komorbiditäten wie Alkohol, Nikotin, Medikamenten- oder Drogenabusus screenen und vorbeugen. (S. 236)</li> </ul>		
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegende Angehörige haben mit gepflegter Person auch Risiko für soziale Isolation (S. 234)</li> <li>• Vulnerable Gruppen vorab identifizieren, vor allem unter Personen mit Demenzerkrankungen, chronischen Leiden und ältere Personen (S. 236)</li> </ul>		
<p>Courtin, E. &amp; Knapp, M.</p> <p>“Social Isolation, loneliness and health in old age: a scoping review”</p>	<p>2017</p> <p>Vereinigtes Königreich</p> <p>Health and Social Care in the Community</p> <p>Scoping Review</p>	<p>Ziel/Frage: Erhebung und Abbildung des aktuellen Stands der Forschung in Bezug auf Alterseinsamkeit und gegenregulierend er Interventionen</p> <p>Methode: Scoping Review (128 Artikel/Websites eingeschlossen)</p> <p>Zielgruppe: Ältere Menschen die im häuslichen Umfeld leben</p>	<p>Zentrale Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der Scoping Review zeigt, dass nur 9 Studien (7 Prozent) tatsächlich Interventionen evaluiert haben</li> <li>• Maßnahmen wie Befriending werden niederschwellig angeboten und zeigen Wirksamkeit</li> <li>• Psychosoziale Gruppenrehabilitation für Risikogruppen zeigen Effektivität</li> <li>• Gruppenaktivitäten niederschwellig wie Kino, Ausflüge, Spaziergänge und dergleichen zeigen Wirkung</li> <li>• Suizidrisiko von älteren allein lebenden Menschen reduziert sich durch Gruppenmaßnahmen signifikant</li> <li>• Wöchentlich Check-up Anrufe können das subjektive Gefühl der Einsamkeit verringern. (S. 805f)</li> </ul>	<p>Es gibt zwar eine Vielzahl an Programmen, wenige sind aber tatsächlich auf ihre Effektivität evaluiert. Hier besteht noch viel Forschungsbedarf (S. 807f)</p>	-
<p>Dury, R.</p> <p>“Social isolation and loneliness in the elderly: An exploration of some of the issues”</p>	<p>2014</p> <p>Vereinigtes Königreich</p> <p>British Journal of Community Nursing</p> <p>Literaturübersicht</p>	<p>Ziel/Frage: Erhebung von assoziierten Aspekten der Alterseinsamkeit und wie auf kommunaler Ebene gegenreguliert wird.</p> <p>Methode:</p>	<p>Auf Kommunalebene werden zwei Modelle zur Prävention von sozialer Isolation beschreiben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentoring-Modell: Eine Person wird gezielt für eine Person ernannt, die für soziale Isolation gefährdet ist: Kritik, kann unter Umständen den Betroffenen in Passivität drängen. Außerdem braucht Mentor gute interpersonelle Fähigkeiten, (S. 126f)</li> <li>• Befriending-Modell: Tätigkeiten wie Transport, Medikamentenabholung oder Haushaltseinkäufe werden von einer</li> </ul>	<p>Die CHN kann die Position der Koordination und Planung machen. Kann auch die Freiwilligen für die speziellen Bedarfe der älteren Menschen schulen.</p>	<p>Abgrenzung zu Freiwilligenkoordinator in Österreich</p>

		<p>Systematische Literaturrecherche</p> <p>Zielgruppe: Ältere Personen im häuslichen Umfeld</p>	<p>bestimmten Person nur übernommen, wo auch Gespräch stattfinden. Mehr als bloße Heimhilfe (S. 127)</p> <p>Beide Programme haben Stärken und Schwächen, wurden aber auf ihre Effektivität in der Gruppe von älteren Menschen hin evaluiert. Welche Programme auch gewählt werden, sie müssen geplant und koordiniert werden. Die Personen, die tätig werden, müssen auch von jemanden ausgebildet werden (S.127)</p>		
<p>Freer, K. &amp; Wallington, S. L.</p> <p>“Social frailty: the importance of social and environmental factors in predicting frailty in older adults”</p>	<p>2019</p> <p>Vereinigtes Königreich</p> <p>British Journal of Community Nursing</p> <p>Literaturübersicht</p>	<p>Ziel/Frage: Inwiefern haben soziale und umweltbezogene Faktoren auf die Herausbildung des Frailty Syndroms bei älteren Menschen</p> <p>Methode: Systematische Literaturrecherche</p> <p>Zielgruppe: Ältere Personen im häuslichen Umfeld</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faktoren die soziale Isolation beeinflussen: allein leben, nachteiliger sozioökonomischer Status, häusliche Hürden, chronische Krankheit und dysfunktionale soziale Fertigkeiten, die weitere Isolation begünstigen (S. 488)</li> <li>• Prävention muss bereits im Erwerbstätigenalter ansetzen, wo auf gesellschaftlicher Ebene Sensibilisierung passieren muss (S. 488)</li> <li>• Maßnahmen sollen im speziellen auf die dysfunktionalen sozialen Fertigkeiten abzielen und die dahingehenden Kompetenzen bestärken (S.490)</li> <li>• Karte kann erstellt werden, über die sozialen Unternehmensmöglichkeiten und Netzwerk in der unmittelbaren Nähe (S. 490)</li> <li>• Eine lokale Community-Resilienz wird etabliert und ständig gepflegt (S. 490)</li> <li>• Befriending Pläne werden erstellt und Voluntär*innen zu Besuchsdiensten eingeteilt. Maßnahmen können sein, dass Einkäufe, Medikamente gemeinsam besorgt werden, oder Gesundheitsdienstleistungen gemeinsam aufgesucht werden (S. 490)</li> </ul>	<p>CHN können dazu beitragen das Phänomen der social frailty vorzubeugen, die ihrerseits mit dem generellen Frailty syndrom assoziiert wird (S. 491)</p>	-

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmen zielen darauf ab, Selbstvertrauen und Zufriedenheit der Betroffenen zu bestärken (S. 490)</li> <li>• Männer haben höheres Risiko für soziale Isolation als Frauen (Projekt „Men in Sheds“ (S. 490)</li> <li>• Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus, hier werden Bedarfe vorab identifiziert bzw. soziale Nachbetreuung sichergestellt (S. 490)</li> <li>• Einrichtung und Haushaltsführung unterstützen, dass am sozialen Leben teilgenommen wird, da man in einem reinlichen Haus eher Leute einladet. Verwahrlosung und unordentlicher Haushalt sind mit hohem Risiko für soziale Isolation und Einsamkeit assoziiert. (S. 490)</li> </ul>		
<p>Gardiner, C., Gideon Geldenhuys, G. &amp; Gott, M.</p> <p>“Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review.”</p>	<p>2016</p> <p>Vereinigtes Königreich/ Neuseeland</p> <p>Health and Social Care in the Community</p> <p>Integrativer Review</p>	<p>Ziel/Frage: Erhebung von effektiven Maßnahmen zur Reduktion von Einsamkeit oder sozialer Isolation älterer Menschen</p> <p>Methode: Integrativer Review (n= 38 Studien aus 6 Datenbanken mit MeSH-Term Suche</p> <p>Zielgruppe: Ältere Personen im häuslichen Umfeld</p>	<p>Es können 6 effektive Ansatzebenen unterschieden werden: (S. 149f)</p> <p>1) Maßnahmen zur Förderung des Sozialverhaltens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Interaktion mit Peers</li> <li>• Gruppenbasierte Aktivitäten wie z.B. Freundschaft Clubs, religiöse Zusammenkünfte oder Interessengruppen</li> <li>• Innovative Technologiebasierte Maßnahmen, wie z.B. Videokonferenzen, die aber eine separate Einschulung bedürfen</li> <li>• Bereitstellung einer unterstützenden Umgebung durch die Gemeinde (Community Health Nurse) mit dem Ziel der Förderung eines Zugehörigkeitsgefühls (S. 150f)</li> </ul> <p>2) Psychologische Therapien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humorthherapie</li> </ul>	<p>Maßnahmen und Ursachen der Einsamkeit sind komplex, womit die Effektivität von Maßnahmen durch weiter Forschung geklärt werden muss. Vor allem der Einfluss von psych. Erkrankungen, die vor allem auch im Alter zunehmen. Gruppen, wie auch 1:1 Maßnahmen zeigen sich als effektiv und Screening auf Suizidalität notwendig (S. 153)</p>	<p>Einsamkeit wird theoretisch und empirisch kontrovers diskutiert. Das lässt auch die Maßnahmen und ihre Effektivität gewissen Diskussionsspielraum.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Verhaltenstherapie</li> <li>• Gruppenbasierte Aktivitäten durch ausgebildete Person (S.151f)</li> </ul> <p>3) gezielte Maßnahmen durch Gesundheits- und Sozialdienstleister*innen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Community Nurse als Gatekeeperfunktion</li> <li>• Beispiel das Carelink Programm, wo Pflegestudierende im letzten Studienjahr für häusliche Besuche akquiriert worden sind, zeigte hohe Effektivität (S. 151f)</li> </ul> <p>4) Tiertherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiergestützte Therapie Effektiv als Bewältigungsstrategie</li> <li>• Auch technologische Hundelösungen in Probe (Echt-Tier aber nach wie vor effektiver) (S.152)</li> </ul> <p>5) Befriending Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntär*innen werden für den 1:1 Einsatz herangezogen</li> <li>• Auch ein telefonischen Befriending effektiv (S. 152)</li> </ul> <p>6) Freizeit und Fertigkeitentrainings</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Kompetenzprogramme (z.B. Computerkurs)</li> <li>• Aber Gruppen-Freizeitaktivität (S. 152)</li> </ul>	<p>Eine vor Ort Organisation- und Kontrollinstanz ist notwendig, um staatliche Programme umzusetzen → hier bietet sich die CHN an. (S. 154)</p> <p>Verwendung der UCLA Loneliness Scale zur Erhebung von Einsamkeit (in dt. Version)</p>	
<p>Lapenea, C., Contiente, X, Sanchez Mascuano, A., Pons Vignes, M., Pujol Pibera, E. &amp; Lopez, M. J.</p> <p>“Qualitative evaluation of a community-</p>	<p>2020</p> <p>Health &amp; Social Care in the Community</p> <p>Explorative Qualitative Studie</p>	<p>Ziel/Frage: Explorative Darstellung der Einstellung von Nutzer*innen in Bezug auf das Maßnahmenprogramm zur Reduktion von Einsamkeit in Barcelona</p>	<p>CHN organisieren und leiten das Maßnahmenprogramm. Zu den Maßnahmen zählen Fortbildungen auf Gesundheitsthemen bezogen, soziale Interaktion wie Kino- oder Museumsbesuch, Gruppenmaßnahmen wie gemeinsames Kochen oder Gartentherapie. Weitere Maßnahmen sind Lauch-Humor-Workshop und Achtsamkeitsübungen. Die Maßnahmen werden sehr positiv angenommen (S. 1499)</p> <p>Barrieren:</p>	<p>CHN kann Maßnahmen planen und monitieren. Sie müssen aber für den durchgehenden Besuch Sorge tragen, daher sollen sie in ihrem Auftreten freundliche, offen und nahbar sein. Ebenso brauchen sie motivierende</p>	<p>Teilnehmende an der Studie haben durchgehend an der Studie teilgenommen. Die Sichtweise der möglichen Abbrecher*innen nicht berücksichtigt.</p>

<p>based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona”</p>		<p>Methode: Qualitative Evaluationsstudie mit Fokusgruppeninterviews von Nutzer*innen Maßnahmen (n=26)</p> <p>Zielgruppe: Ältere Personen über 65 Jahre, die am Programm teilnehmen und im häuslichen Umfeld</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teilnahme wird erschwert, weil die Personen Termine bei Therapeut*innen/Ärzt*innen haben oder selbst pflegende Angehörige sind und damit viel Zeit dafür verloren geht</li> <li>• Gruppendynamik kann hinderlich wirken</li> <li>• Auch das Gefühl, dass man glaubt, ausgeschlossen zu werden. Das kann zu ambivalenten Gefühlen führen (S. 1497)</li> </ul> <p>Unterstützend wirken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freundliches und nahbares Personal (S. 1497)</li> <li>• Gruppendynamik, Freund oder Familie kann motivierend wirken, dass Maßnahmen fortgesetzt werden (S. 1499)</li> </ul> <p>Verbesserung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Gruppen sind sehr inhomogen und damit auch die Präferenzen weit gestreut.</li> <li>• Bildungsstatus ist auch ein großes Problem, da für Personen mit besserem sozioökonomischem Status oder Bildungsniveau viele Maßnahmen repetitiv wirken.</li> <li>• Mehr Abwechslung in den Maßnahmen und Programmen (S. 1499)</li> </ul>	<p>Kompetenzen. Heterogenität der Gruppe durch Assessment und Zuteilung der Teilnehmer*innen zu bestimmten Gruppen kann empfohlen sein. (S. 1499f)</p>	
<p>Noone, C., Mcsharry, J, Smalle M., Burns, A., Dwan, K, Devane, D., Morrissey, E.</p>	<p>2020 Vereinigte Staaten von Amerika Cochrane Database of Systematic Reviews</p>	<p>Ziel Frage: Effektivität von Video Calls wurden auf ihre Effektivität gegen Altersneinsamkeit hin systematisch</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durch den Rapid Review konnte aufgezeigt werden, dass Videocalls keinen nachweisbaren Effekt zur Vorbeugung von Alterseinsamkeit haben (S. 16)</li> <li>• Es zeigen sich aber maßgebliche Limitationen, so entsprechen die RCTs</li> </ul>	<p>Mehr Forschung und qualitativere RCTs sollten durchgeführt werden, bevor Viedocalls als Intervention ausgesetzt werden (S. 17)</p>	<p>-</p>

<p>“Videocalls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review (Review)”</p>	<p>Rapid Review</p>	<p>zusammengefasst</p> <p>Methode: Rapid Review. 58 RCTs wurden von 2000 bis 2020 eingeschlossen</p> <p>Zielgruppe: ältere Menschen, die in intergenerationalen Wohngemeinschaften untergebracht sind</p>	<p>durchgehen keiner hohen Qualität (S. 17)</p>		
<p>Norman, C.  Preventing loneliness in older patients</p>	<p>2018  Vereinigtes Königreich  Britisch Journal of Community Nursing  Literaturübersicht</p>	<p>Ziel/Fragestellung: Wie kann eine CHN in der Etablierung einer intergenerationalen Wohngemeinschaft tätig sein</p> <p>Methode: Systematische Literaturrecherche</p> <p>Zielgruppe: ältere Menschen, die in intergenerationalen Wohngemeinschaften</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intergenerationale Wohngemeinschaften haben einen positiven Effekt im Zuge der Prävention von Alterseinsamkeit wie auch für die jüngeren in der WG lebenden Menschen, die mit allen Facetten des Lebens in Berührung kommen (S. 324)</li> <li>• Es kommt zu weniger häufigeren Krankenhausaufenthalten und die Medikamenten-Adhärenz wird gesteigert (S. 324)</li> <li>• Es gibt auch Barrieren: Ältere Menschen können Opfer von kriminellen Übergriffen werden (finanzieller Missbrauch) (S. 324)</li> <li>• CHN kann hier multidimensional tätig werden, vor allem aber in der Erstellung eines wöchentlich wechselnden Aktivitätenplans für die WG, an den sich alle halten müssen (S. 325)</li> <li>• CHN ist Schnittstelle zwischen WG, Gesundheits- und Sozialsystem und braucht damit klinische Expertise, Kommunikation-</li> </ul>	<p>Pflegepersonen können wichtige Schnittstelle bei intergenerationalen Wohngemeinschaften zwischen Gemeinde, Gesundheits- und Sozialsystem sein (S. 324f)</p>	<p>Übertragbarkeit in Bezug auf das Kompetenzfeld in Österreich muss kritisch hinterfragt werden</p>

		untergebracht sind	und Leadership Kompetenzen wie auch Kompetenzen zur intergenerationalen Entscheidungsfindung. Ein Postgraduate Niveau wird empfohlen (S. 324)		
Ofei-Dodoo, S., Medvene, L. J., Nielsen, K. M., Smith, R. A.  "Exploring the Potential of Computers to Enrich Home and Community-Based Services Clients' Social Networks"	2015  Vereinigte Staaten von Amerika  Educational Gerontology  Explorative Erhebung	Ziel/Frage: Erhebung, was im häuslichen Setting lebenden älteren Menschen daran hindert, den Computer zur sozialen Interaktionsförderung zu nutzen  Methode: Erhebung mit Interviews und Auswertung mit Inhaltsanalyse  Zielgruppe: 40 ältere Menschen, die zu Hause leben	Computer und soziale Medien können zur Reduktion von sozialer Isolation beitragen. (S. 223)  Computer sollen den Bedürfnissen der älteren Personen entsprechend vorbereitet werden (große Schrift) (S. 222)  Als Barrieren zur Nutzung werden Kostenfaktoren, fehlende Kompetenzen, körperliche Einschränkungen, Fehlendes Interesse und Zugang zu Computer vorgebracht. (S. 223)	Sensibilisierung auf Kostenproblematik  Erhebung spezieller Bedürfnisse der älteren Personen  Observanz und Motivation technische Hilfsmittel zu nutzen  Informationsvorträge	Wie die soziale Interaktion bzw. durch welche Programme erfolgen soll, wird nicht erwähnt.
Rodriguez-Romero, R., Herranz-Rodriguez, C., Kostov, B., Gene-Badia, J. & Siso-Almirall, A.  "Intervention to reduce perceived	2021  Spanien  Nordic College of Caring Science  RCT ohne Verblindung	Ziel/Frage: Evaluierung der Community bezogenen Intervention zur Vorbeugung von Alterseinsamkeit mit Fokus auf Zusammenarbeit mit PHC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Pflegepersonen leitet und plant die Intervention mit PHC-Pflegeperson/Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen und Personen der Nachbarschaftsversorgung (Kirche, Volontär*innen ...) (S. 367)</li> <li>Pflegeperson macht initiales Assessment (nicht näher beschrieben) und erhebt Präferenzen und Bedarfe</li> <li>18 Gruppenaktivitäten werden dann durchgeführt <ul style="list-style-type: none"> <li>Erstes Meeting mit Vorstellung</li> </ul> </li> </ul>	Zusammenarbeit mit PHC ist effektiv, kann aber für Probleme sorgen (S. 371)  Langfristige Bindung der Teilnehmer*innen nicht überprüft und könnte sich als schwierig herausstellen (S. 372)	Programm lässt sich gut auf die Gegebenheiten in Österreich übertragen, vor allem in Bezug auf die Projekte

<p>loneliness in community-dwelling older people"</p>		<p>Methode/Zielgruppe: RCT mit Kontroll- und Interventionsgruppe (Interventionsgruppe besteht aus n=55 Personen, wovon n=29 randomisiert ausgewählt wurden. Die Kontrollgruppe aus n=26) Statistische Auswertung mit Mitteln der deskriptiven Statistik, Mittelwert, Standardabweichung und Signifikanztest mit Chi-Quadrat Test und t-Test. Erhebung der Einsamkeitsausprägung mit UCLA Skala (S. 369)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Achtsamkeitsübung</li> <li>• Vortrag gesunde Ernährung</li> <li>• Gemeinsames Kochen in Gemeindegänge</li> <li>• Yoga</li> <li>• Vortrag in Bezug auf das Altern</li> <li>• Kinobesuch</li> <li>• Vortrag Schlafhygiene</li> <li>• Nachbarschaftsspaziergang</li> <li>• Vortrag über Einsamkeit und Trauer</li> <li>• Parkbesuch</li> <li>• Vortrag und Übung Kognition</li> <li>• Vortrag Kognition und Glückseligkeit</li> <li>• Workshop für Kompetenzen (Stricken, Chor ...)</li> <li>• Workshop Musiktherapeutisch</li> <li>• Kulturelle Führungen in der Stadt</li> <li>• Lachtherapie und Entspannung (S. 368)</li> <li>• Ein wöchentlicher Follow Up Anruf wird durch die PP durchgeführt (S. 367)</li> <li>• Durch das Programm zeigt sich in der Interventionsgruppe ein hochsignifikanter Einfluss auf das Einsamkeitserleben mit <math>p=0,012</math>, indem diese reduziert wird (S. 370)</li> <li>• In der Interventionsgruppe zeigt sich auch ein weiteres hochsignifikantes Ergebnis, da die soziale Unterstützung gesteigert und Depressionssymptome reduziert werden (<math>p=0,002</math>) (S. 371)</li> <li>• Ebenso hat sich die mentale Gesundheit verbessert, was durch ein hochsignifikantes Ergebnis bestätigt wird (<math>p=0,008</math>) (S. 371)</li> <li>• Maßnahmen werden unterschiedlich gut angenommen und akzeptiert. Gruppentherapien wie Gartentherapie, Achtsamkeitsübungen und Tiertherapie</li> </ul>	<p>Mehr Forschung in Bezug auf korrelierenden Faktor der Reduktion von bestimmten Medikamenten</p>	
-------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

			<p>werden gut angenommen, was sich auch in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur so abbildet (S. 371)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Reduktion von Benzodiazepinen und Antidepressiva korrelierte in der Interventionsgruppe (S. 371)</li> <li>• Schulungsprogramme zwischen CHN, PHC und anderen Stakeholdern sollten nach Möglichkeit gemeinsam und durch verschiedene Berufsgruppen angeboten werden, um für verbesserte Nachhaltigkeit zu sorgen. (S. 372)</li> <li>• Mehr Bildungsprogramme zur Steigerung der Gesundheitskompetenz durch Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung (S. 372)</li> </ul>		
<p>Scharlach, A. E., Graham, C. L. &amp; Berridge, C.</p> <p>“An Integrated Model of Coordinated Community-Based Care”</p>	<p>2015</p> <p>Vereinigte Staaten von Amerika</p> <p>The Gerontologist</p> <p>Evaluationsstudie Retro- und prospektiv für ein bevölkerungsbezogenes Versorgungskonzept</p>	<p>Ziel/Frage: Der Effekt und die Effizienz des bevölkerungsbezogenen Versorgungskonzept Elder-Help of San Diego soll evaluiert werden</p> <p>Methode: Retro- und prospektive Evaluation. Effekt wird durch Wilcoxon Vorzeichen Rangtest gemessen.</p> <p>Zielgruppe: Grundgesamtheit (n=208) Nach</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Programm kann telefonisch angefordert werden und bietet für ältere alleinlebende Menschen Fahrtendienst, Einkaufsdienst, Haushaltsführung, Reparaturdienst, Unterstützung in Finanzbelange und Verwaltung (E-Mail), Besuchsdienst und Haustierversorgung an. (S. 680f)</li> <li>• Nach telefonischer Kontaktaufnahme passiert ein Assessment und gemeinsam mit älteren Menschen wird eine passende Unterstützungsmaßnahme ausgesucht (S. 679)</li> <li>• Gemessen wurde körperliches Wohlbefinden, Mobilität, Soziale Interaktion, Sicherheit im häuslichen Umfeld, Möglichkeit gesund zu altern (S. 682)</li> <li>• Programm hat auf Soziale Interaktion keinen messbaren Effekt, so wurde zeigt sich ein nicht-signifikantes Ergebnis auf die Frage, ob in der letzten Woche Freunde oder die Familie gesehen wurde bei einem <math>p=0,76</math> oder ob im letzten Monat an einer</li> </ul>	<p>Über 75% haben nur Personen mit kaukasischer Herkunft teilgenommen (S. 682)</p>	<p>Tätigkeiten sind sehr basal und nicht differenziert, womit auch die reduzierte Effizienz auf die soziale Interaktion erklärt werden kann</p> <p>Wer das Assessment macht, ist nicht bekommen. Eine CHN wird dabei nicht dezidiert erwähnt</p>

		<p>Ausschluss können 130 teilnehmen. Rücklaufquote bei der retrospektiven Studie 96 (also 73,8%) (S. 681)</p>	<p>Zusammenkunft teilgenommen wurde mit einem <math>p=0,34</math> (S. 683f)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf die Mobilität zeigt sich aber sehr wohl eine Steigerung, auf die Frage, ob die in der letzten Woche verlassen wurde mit einem <math>p=0,01</math> ein hochsignifikantes Ergebnis (S. 683f)</li> </ul>		
<p>Skingley, A.</p> <p>“Older people, isolation and loneliness: Implications for community nursing.”</p>	<p>2014</p> <p>Vereinigtes Königreich</p> <p>British Journal of Community Nursing</p> <p>Literaturübersicht</p>	<p>Ziel/Fragestellung</p> <p>Welche Maßnahmen kann die Community Nurse setzen, um zur Reduktion von Alterseinsamkeit beizutragen.</p> <p>Methode:</p> <p>Systematische Literaturrecherche</p> <p>Zielgruppe:</p> <p>Ältere Personen im häuslichen Umfeld</p>	<p>Interventionen der Community Nurse kann auf drei Ebenen ansetzen: Beziehung vom Typ 1:1, Gruppeninterventionen, Bevölkerungsbezogene Interventionen (S. 87)</p> <p>Beziehung vom Typ 1:1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Befriending und Mentoring (niederschwellig, Kontinuität und Beziehungsarbeit sind grundlegend)</li> <li>- Pflegerischer Hausbesuch und Telefonsupport (meist in Kombination mit basalen gesundheitsbezogenen Tätigkeiten wie z.B. Blutdruckmessung)</li> <li>- Gatekeeping (wenn Personen aus dem Krankenhaus entlassen werden und ein Risiko erhoben wurde oder spezieller Nachbetreuungsbedarf angezeigt ist) (S. 87)</li> </ul> <p>Gruppeninterventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entsprechend von identifizierten Bedürfnisbereichen von Risikogruppen (z.B. verwitwete Personen)</li> <li>- Schulungsprogramme für definierte Gruppen in regelmäßigen Abständen zu Themen von Empowerment, Selbstwertschätzung und Förderung von Peer-Support</li> <li>- Gruppenbasierte Sozialaktivität (identifizierte Gruppen, mit denen man z.B. einen Ausflug plant) (S. 87f)</li> </ul> <p>Bevölkerungsbezogene Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulungs-, Sensibilisierungs- und Aufklärungskampagnen auf Gemeinde- bzw. Bezirksebene</li> </ul>	<p>Forschungsgegenstand vor allem durch qualitative Arbeiten untersucht. Quantitative Studien (S. 86f)</p> <p>Evaluationsstudien fehlen oder Kosten-Nutzen-Rechnung für die Maßnahmen (S. 89)</p> <p>CHN erreicht unter Umständen gar nicht die wirklichen Risikogruppen für Prävention, daher besteht der Bedarf für ein Screening. Neben standardisierten Instrumenten wird auch empfohlen, die Leute einfach flächendeckend zu fragen, ob sie sich einsam fühlen (S. 89)</p> <p>Risiko- Wohnbereiche für Einsamkeit sollen systematisch durch</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme die durch Vereine/Organisationen abgeboten werden (z.B. Bücherei, Museen, Sportvereine)</li> <li>- Initiativen durch Volontär*innen wie z.B. Chöre, Zeitbanken) (S. 88)</li> </ul> <p>Pflegepersonen sind im Gesundheits- und Sozialsystem als CHN PP gut positioniert, um soziale Isolation und Einsamkeit flächendeckend für umschriebene Gemeinde erheben und monitieren zu können (S. 89f)</p>	CHN erhoben werden und der rückgemeldet werden (S. 89).	
<p>Sya'diyah, H., Nursalam, N., Mahmudah, M. &amp; Wicaksons, W. P.</p> <p>“Relationship between caring nurses and elderly loneliness”</p>	<p>2020</p> <p>Indonesien</p> <p>Journal of Public Health Research</p> <p>Querschnittstudie</p>	<p>Ziel/Fragestellung: Welchen Einfluss hat die Pflegeperson auf die Reduktion von Einsamkeit von älteren Menschen</p> <p>Hypothese: Je mehr professionelle Pflegeleistungen erbracht werden, desto geringer wird die subjektive Einsamkeit eingeschätzt</p> <p>Methode: observativ-analytisches Design mit Spearman Rho Test und Korrelationskoeffizient</p>	<p>Im Zuge des Spearman Rho Test zeigt sich ein statistisch hochsignifikantes Ergebnis bei <math>p=0,00015</math>, Der Korrelationskoeffizient liegt bei <math>-0,686</math>, womit ein starker negativer Zusammenhang besteht.</p> <p>Abgeleitet von der Hypothese wird durch die Studie aufgezeigt, dass je höher die professionellen Pflegemaßnahmen ausfallen, desto geringer wird auch die subjektiv wahrgenommene Einsamkeit von älteren Menschen, die im häuslichen Umfeld versorgt werden. (S. 154)</p> <p>Zentrale Ergebnisse der Erhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemlösungsstrategien und gemeinsame Entscheidungsfindung fördert Partizipation und führt durch Teilhabe zu einem geringeren subjektiv wahrgenommenen Gefühl von Einsamkeit und fördert Wohlbefinden bei allen Beteiligten</li> <li>• Voraussetzung ist gegenseitiges Vertrauen, Ehrlichkeit und Empathie</li> <li>• Weitere Voraussetzung ist das Gefühl von Zufriedenheit, indem basale Bedürfnisbereiche adressiert werden, wie. Z.B. gesunde Wohnumgebung, zeitgerechte Mahlzeiten und frisch gewaschene Kleidung</li> <li>• Pflegepersonen bieten präventiv Maßnahmen an wie Spiel, Maßnahmen wie gemeinsamen Kochen oder Stricken, Lesen</li> </ul>	Es gibt einen starken Zusammenhang in Bezug auf professionelle Pflegemaßnahmen und der Prävention von Alterseinsamkeit (S. 154)	Randomisierungsprozess nicht klar dargelegt. Repräsentativität muss trotz hochsignifikanten und starken Zusammenhang kritisch hinterfragt werden.

		<p>Messtools UCLA - Lonliness Skala und 10 Items des Caring Behaviors nach Watson</p> <p>Zielgruppe: Ältere Menschen, die zu Hause leben im Altersrange von 60-90 Jahren (n= 131)</p>	<p>und Schreiben, animieren zu speziellen Formen von Turn- und Gymnastikübungen, Animation zur Selbstverwaltung des Haushalts, Spaziergänge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familien eine wichtige Ressource, Dynamik und Wirkung des Familiensystem soll durch CHN erhoben werden</li> <li>• Gruppentherapien, die durch CHN geleitet werden, um Interaktion und Kommunikationsfähigkeit zu fördern (S. 153-154)</li> </ul>		
<p>Tadaka, E., Kono, A., Ito, E., Kanaya, Y., Dai, Y., Imamatus, Y. &amp; Itoi, W.</p> <p>“Development of the community’s self-efficacy scale for preventing social isolation among community-dwelling older people (Mimamori Scale)”</p>	<p>2016</p> <p>Japan</p> <p>BMC Public Health</p> <p>Evaluationsstudie eines entwickelten Assessmentinstruments</p>	<p>Ziel/Fragestellung: Entwicklung eines Assessmentinstruments über die selbstwirksame von Alterseinsamkeit von Bevölkerung. Testung des Instruments</p> <p>Design: Querschnittstudie, Auswertung in SPSS mit explorative Faktorenanalyse: Entwickelte Mimamori Scale Items der Skala aus Literaturrecherche und</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne Konsistenz der Skala bei Cronbach’s Alpha von 0,86, womit sie als reliabel gilt</li> <li>• Basiert vor allem auf Nachbarschaftshilfe und Gemeinschaftsnetzwerk, das von einer professionellen Person gewartet werden muss (S. 5)</li> <li>• Die Mimamori Skala erlaubt es der CHN das Potential für Alterseinsamkeit in einer umschriebenen Gemeinde/Bezirk zu erheben. Damit kann Politik aufmerksam gemacht werden bzw. gezielte Gegenregulation eingeleitet werden (S. 6)</li> </ul>	<p>Querschnittstudie zeigt Limitation, es bräuchte eine Longitudinalstudie, um ein abschließendes Bild geben zu können bzw. Trends zu identifizieren (S.7)</p>	<p>Kulturelle Unterschiede zwischen Japan und Österreich, was die Anwendbarkeit des Messinstruments angeht.</p>

		<p>Expertenbefragung erhoben (S. 4)</p> <p>Zielgruppe: Ältere Menschen in häuslichem Umfeld wurden randomisiert befragt, 6000 Personen (repräsentative Stichprobe) mit einer Rücklaufquote von 3605 (60,1%) (S.3)</p>			
<p>While, A.</p> <p>“Pet dogs as promoters of wellbeing”</p>	<p>2017</p> <p>Vereinigtes Königreich</p> <p>British Journal of Community Nursing</p> <p>Literaturübersicht</p>	<p>Ziel: Review über den Einsatz von Haustieren/Tiertherapie zur Steigerung von Wohlbefinden und Vorbeugung von sozialer Isolation von älteren Menschen</p> <p>Methode: Systematische Literaturrecherche</p> <p>Zielgruppe: Ältere Personen im häuslichen Umfeld</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haustiere können eine Art von Freundschaft zu einem gewissen Grad ersetzen</li> <li>- Haustiere fördern die soziale Interaktion mit anderen Menschen, da mit Haustieren spazieren gegangen wird</li> <li>- Auch pflegebedürftige Menschen sollten Haustiere im häuslichen Umfeld haben, auch wenn Sie sich nicht mehr vollumfänglich um das Tier kümmern können. Die Personen zur Unterstützung würden demnach auch eine soziale Interaktion darstellen (S. 333-336)</li> </ul>	<p>CHN kann dokumentieren wer Haustiere hat bzw. kann erheben, wen geeignet wäre, ein Haustier bei sich aufzunehmen. (S. 336)</p>	<p>Widerspruch in der Publikation, indem festgestellt wird, dass die Beziehung zu einem Tier unkomplizierter als die Beziehung zu einem Menschen sei. (S. 333)</p>

Anmerkung: (eigene Darstellung, 2022).