

Einsamkeit in Altenpflegeheimen

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades Bachelor of Science

an der Evangelischen Hochschule Berlin

eingereicht von

Joanita Nankwanga

Matrikelnummer: 47621

1. Gutachterin: Frau Prof. Dr. Cornelia Heinze
2. Gutachter: Herr Manuel Oventrop-Gibson

Berlin, 04.02.2025

Zusammenfassung

Einleitung: Das schmerzliche Einsamkeitsgefühl tritt in allen Altersgruppen vom kindlichen Alter bis zu den Älteren auf. In der Altersgruppe zwischen 45 und 84 Jahren weisen ca. 8-9 % der Menschen eine hohe Belastung durch Einsamkeit auf. Einsamkeit kann wie anderweitige Emotionen kontagiös sein. Deshalb zieht sich der Großteil nicht einsamer Menschen von den von Einsamkeit Betroffenen zurück, was wiederum die soziale Isolation einsamer Menschen intensiviert. In den Industrienationen leben mehr als 5 % der Mitbürger*innen in Pflegeheimen, wo ihnen das Pflegepersonal 24 Stunden am Tag zur Verfügung steht. Nichtsdestotrotz wird der Einzug in ein Pflegeheim mit Vereinsamung gleichgesetzt.

Forschungsfrage: Wie erleben Altenpflegeheimbewohner*innen das Pflegephänomen Einsamkeit und welche Interventionen können zur Verringerung der Einsamkeit in Altenpflegeheimen eingesetzt werden?

Ziel: Das Erleben von Einsamkeit aus der subjektiven Perspektive der Altenpflegeheimbewohner*innen zu beschreiben und gleichzeitig evidenzbasierte Interventionen aufzuzeigen, die zur Reduktion der Einsamkeit in Altenpflegeheimen angewendet werden können.

Methode: Ein integratives Review wurde als geeignete Methode zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorthesis verwendet. Die dafür notwendige Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum vom 21.10.2024 bis zum 10.11.2024 in den Datenbanken PubMed, Cochrane Library, CINAHL-EBSCOhost und LIVIVO.

Ergebnisse: Von 215 gesichteten Publikationen entsprachen acht Studien den Einschlusskriterien und wurden mit hoher Glaubwürdigkeit in die Ergebnisdarstellung eingeschlossen. Das Einsamkeitserleben wurde in drei Kategorien dargestellt: Einsamkeit ist eine Qual, Einsamkeit ist eine Wahl und Coping mit Einsamkeit. Zudem wurden drei Hauptkategorien der Interventionen synthetisiert: Lachtherapie ($p < 0,001$), Gartenbau-Aktivitäten ($p < 0,001$) sowie Sozial- und Kommunikationstechnologien (Smartphone-Videokonferenzen; 95 % KI, Roboter; $p = 0,01$ und Telefonanrufe).

Schlussfolgerung: Der Umzug in ein Pflegeheim geht mit bestimmten strukturellen Umständen einher, die einen signifikanten Einfluss auf das Einsamkeitserleben haben können. Einsamkeit äußert sich gemeinsam mit vielen weiteren Gefühlen, die sich gegenseitig beeinflussen können. Einsamkeit wird zwar von den meisten Pflegeheimbewohnenden als schmerzlich empfunden, beinhaltet jedoch für einige eine positive Komponente.

Schlüsselwörter: Einsamkeit, Erleben, Interventionen, Pflegeheim, alte Menschen

Abstract

Introduction:

The painful feeling of loneliness occurs in all age groups from childhood to the elderly. In the age group between 45 and 84 years, about 8-9 % of people have a high burden of loneliness. Loneliness, like other emotions, can be contagious. Therefore, most non-lonely people withdraw from those affected with loneliness, which in turn intensifies the social isolation of lonely people. In industrialized nations, more than 5 % of fellow citizens live in nursing homes, where nursing staff are available to them 24 hours a day. Nevertheless, moving into a nursing home is equated with loneliness.

Research question:

How do nursing home residents experience the nursing phenomenon of loneliness and what interventions can be used to reduce loneliness in nursing homes?

Aim:

To describe the experience of loneliness from the subjective perspective of nursing home residents and at the same time to show evidence-based interventions that can be applied to reduce loneliness in nursing homes.

Methods:

An integrative review was used as a suitable method to answer the research question of this bachelor thesis. The necessary literature search was carried out between 21.10.2024 and 10.11.2024 in the databases PubMed, Cochrane Library, CINAHL-EBSCOhost and LIVIVO.

Results:

Of the 215 publications reviewed, eight studies met the inclusion criteria and were included in the presentation of results with a high level of credibility. The experience of loneliness was described in three categories: loneliness is a pain, loneliness is a choice, and coping with loneliness. In addition, three main categories of interventions were synthesized: laughter therapy ($p < 0.001$), horticultural activities ($p < 0.001$) and social and communication technologies (smartphone video conferencing; 95 % KI, robots; $p = 0.01$ and telephone calls).

Conclusion:

Relocation to a nursing home is accompanied by certain structural circumstances that can have a significant influence on the experience of loneliness. Loneliness manifests itself together with many other feelings that can influence each other with loneliness. Although loneliness is perceived as painful by most nursing home residents, it has a positive component for some.

Keywords: loneliness, experience, interventions, nursing home, old people.

Vorwort und Danksagung

Sehr geehrte Lesende,

das Pflegephänomen Einsamkeit ist ein sensibles Thema, das diverse Emotionen beim Lesen triggern könnte. Dies sollte Ihnen jedoch die Freude beim Lesen nicht nehmen, denn nur durch die Auseinandersetzung mit solchen Themen können die Betroffenen eine optimale und entsprechende Unterstützung in ihrem pflegerischen Alltag erhalten.

Des Weiteren möchte ich darauf hinweisen, dass die integrierten Tabellen und Abbildungen vom Formatierungsstandard der EHB abweichen können. Diese Abweichungen dienen der besseren Lesbarkeit und Übersicht.

Schließlich bedanke ich mich bei Frau Prof. Dr. Cornelia Heinze sowie Herrn Manuel Oventrop-Gibson für ihre Bereitschaft, mich während des gesamten Schreibprozesses zu unterstützen.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	
Abstract.....	
Vorwort und Danksagung.....	
Abbildungsverzeichnis.....	
Tabellenverzeichnis.....	
Abkürzungsverzeichnis	
1. Einleitung.....	1
2. Forschungsziele und -frage.....	5
3. Theoretischer Hintergrund.....	6
3.1 Besonderheiten des Systems Pflegeheim	6
3.2 Arten und Bezeichnungen der Pflegeheime	7
3.3 Gründe für den Heimeinzug	8
3.4 Folgen des Heimeinzugs	9
3.5 Besonderheiten der Pflegearbeit in Pflegeheimen	11
3.6 Begriffsklärung und Abgrenzung von benachbarten Begriffen	12
3.7 Formen der Einsamkeit	14
3.8 Ursachen der Einsamkeit	14
3.9 Symptome der Einsamkeit.....	17
3.10 Auswirkungen der Einsamkeit auf die Gesundheit	18
4. Methodik.....	19
4.1 Forschungsdesign	19
4.2 Literaturrecherche	20
4.3 Kritische Beurteilung der Studien und Reduktion	21
5. Inhaltliche Darstellung eingeschlossener Publikationen	23
6. Beurteilung der Literatur	30
7. Ergebnisse	31
7.1 Schematische Darstellung der Ergebnisse.....	32
7.2 Narrative Darstellung der Ergebnisse.....	33
7.2.1 Erleben von Einsamkeit	33
7.2.2 Interventionen zur Verringerung der Einsamkeit	35
8. Diskussion	38
8.1 Methodendiskussion.....	38
8.2 Ergebnisdiskussion.....	39
9. Fazit und Ausblick	41

10. Schlussfolgerungen.....	43
Literaturverzeichnis	44
Anhang A.....	50
Anhang B.....	52
Anhang C	64
Glossar	82
Eidesstattliche Erklärung.....	86

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flowchart, eigene Darstellung in Anlehnung an Ziegler et al. (2011).	23
Abbildung 2: Erleben von Einsamkeit, eigene Darstellung.....	32
Abbildung 3: Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit, eigene Darstellung	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel der Suchhistorie in der Datenbank PubMed	50
Tabelle 2: Schematische Darstellung der auf Volltext gescreenten Publikationen	52
Tabelle 3: Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie	64
Tabelle 4: Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie	66
Tabelle 5: Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie	68
Tabelle 6: Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Metaanalyse	70
Tabelle 7: Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Metaanalyse	73
Tabelle 8: Beurteilung einer qualitativen Studie	75
Tabelle 9: Beurteilung einer qualitativen Studie	77
Tabelle 10: Beurteilung einer qualitativen Metasynthese in Anlehnung an Möhler (2016)	79
Tabelle 11: Übersicht des Notenschlüssels	81

Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CVI	content validity index
DECC	District elderly community center
DJGLS	De Jong Gierveld Loneliness Scale
Dr.	Doktor*in
EHB	Evangelische Hochschule Berlin
EPHPP	Effective Public Health Practice Project
GEE	generalized estimating equations
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HPA-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse
HRQoL	health related quality of life
IBM SPSS	International Business Machines Corporation-SPSS
ICBT	internet-based cognitive behavioral self-help intervention
IKM	Inkontinenzmaterial
IKT	information and communication technology
IPA	interpretative phänomenologische Analyse
JBI	Joanna Briggs Institute
KI	Konfidenzintervall
LTCF	long term care facility
MMSE	Mini-Mental State Examination
NH	nursing home
NNT	Numbers needed to treat
o. g.	oben genannt
OT	Internasal Oxytocin
PFP	Pflegefachperson
PICO-Schema	Population/Intervention/Control/Outcome-Schema
PLC	Placebospray
Prof.	Professor*in
RCT	randomized controlled trial
R-UCLA	Revised University of California Los Angeles-loneliness scale
SCR	social Companion/interactive robot
SIL	social isolation and loneliness

SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SOEP-CoV	SOEP-Corona-Sonderbefragung
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
u. a.	unter anderem
UCLA	University of California Los Angeles
UK	United Kingdom
USA	United States of America
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1. Einleitung

In den zurückliegenden Jahren hat die Thematik Einsamkeit in der Öffentlichkeit deutlich an Popularität gewonnen. Im Jahr 2018 erfolgte die Nominierung einer Ministerin für Einsamkeit in Großbritannien und seitdem befinden sich auch in anderen Ländern wie Dänemark, Australien und Japan gleichwertige nationale Zielvorstellungen auf Regierungsebene, um Einsamkeit und sozialer Isolation entgegenwirken zu können. Da Einsamkeit häufig ein unangenehmes Gefühl ist, das den Menschen in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen begleitet, bestand die Relevanz dieser Thematik bereits vor der Corona-Pandemie, jedoch war im Jahr 2020 durch dieses Ereignis ein Aufwärtstrend des Themas Einsamkeit zu verzeichnen. Die von Regierungen initiierten Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie wie bspw. Kontaktbeschränkungen bewirkten Einsamkeit und/oder deren Anstieg bei vielen Menschen. Einsamkeit kann nicht nur pathologisiert werden, sondern ein paar Einsamkeitsmomente machen das Menschsein aus und können wesentliche Hinweise auf das Ausmaß der aktuellen sozialen Beziehungen eines Menschen liefern. Ebenso existieren Einsamkeitsformen, die mit einer hohen psychischen Belastung sowie deren Folgen einhergehen. Für das Verstehen des Phänomens Einsamkeit sind sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Faktoren sowie die politischen Rahmenbedingungen, die das Phänomen bewirken oder eskalieren, zu berücksichtigen (Krieger & Seewer, 2022, S. 1-2).

Alte Menschen waren besonders stark von den negativen Konsequenzen der SARS-CoV-2-Pandemie betroffen. Neben dem erhöhten Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs unterlagen sie besonders der Gefahr, durch die sozialen Folgen der Pandemie zusätzliche gesundheitliche Defizite zu erleiden. Soziale Distanzierung, allgemeine Kontaktbeschränkung und Besuchsverbote z. B. in Altenheimen als weltweit von den Regierungen initiierte Maßnahmen zur Eindämmung des Virus riefen soziale Isolation und Vereinsamung hervor und wirkten sich somit auch negativ auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten alter Menschen aus. Die vielfältigen negativen Effekte sozialer Isolation auf die körperliche und psychische Gesundheit alter Menschen führten neben einer signifikanten Einschränkung der Lebensqualität zu einer reduzierten Lebenserwartung (Pantel, 2022, S. 63).

Das Phänomen Einsamkeit ist weder individuell noch gesellschaftlich zu bagatellisieren. Einsamkeit geht neben den hohen individuellen Risiken mit soziopolitischen Schwierigkeiten, v. a. Armut, sozialer Teilhabe sowie gesellschaftlicher Integration in Wechselbeziehung, einher. Deshalb sollten sich die Maßnahmen zur Prävention und Eindämmung der Einsamkeit an einer wirksamen und anhaltenden Gesundheits- und Sozialpolitik orientieren (Gibson-Kunze, Wilke & Landes, 2022, S. 23).

Einsamkeit als wahrgenommene Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen und Kontakten besteht bei Vorhandensein des subjektiven Gefühls, dass es dem aktuellen sozialen Netzwerk an Qualität mangelt. Die Gründe dafür sind vielfältig und kommen möglicherweise in allen Lebensabschnitten und Gesellschaftsklassen vor. Forschungsergebnisse zeigen, dass die Vulnerabilität der Einsamkeit im hohen Lebensalter besonders enorm ist. Somit hat mehr als jede fünfte alte Person ab 75 Jahren oft oder mindestens ab und zu das Gefühl, einsam zu sein. Im Vergleich zu den jüngeren Betroffenen sind einsame Ältere durch den Selbstständigkeitsverlust von der Unterstützung anderer abhängig. Im Wesentlichen sind alleinlebende Ältere über 85 Jahre dem Risiko der Einsamkeit und sozialen Isolation ausgesetzt, denn in dieser Lebensspanne kommen Faktoren wie Gesundheitseinschränkungen, Altersarmut sowie der Verlust z. B. von nahestehenden Personen zunehmend vor. Zudem werden die digitalen Möglichkeiten von Personen im Alter ab 76 Jahren aufgrund ungenügender digitaler Kompetenzen häufig in Kombination mit einem niedrigen Bildungsniveau kaum genutzt. Dadurch wird der Kontakt mit Angehörigen schwieriger, was hauptsächlich während der Corona-Pandemie sichtbar wurde. „Die Hochaltrigen brauchen daher besondere Unterstützung, um aus ihrer Vereinsamung und aus sozialer Isolation herauszufinden“ (Lehmann, 2022, S. 145-146).

„Einsamkeit hat zwei Gesichter. Für den, der auf sie nicht vorbereitet ist und sie nicht will, kann sie das furchtbare Antlitz aller Schrecken und Ängste haben, kann voller Verzweiflung und gähnender Leere sein. Für den, der sie bejaht, kann sie ein einladendes, lächelndes Gesicht tragen, voller Schönheiten, Tiefe und Glanz. Wie fast alle Dinge im Leben wechselt sie ihre Gesichter nach der Maßgabe unserer eigenen Entscheidungs- und Wertsetzung: Es kommt darauf an, wie wir uns zu ihr einstellen und was wir aus ihr machen. Ihre Gefahren heißen Verlassenheit, Leere, Öde und Wüste; ihre Chancen Besinnung, Vertiefung und Innerlichkeit. In einem Fall sind wir eingesperrt in das Gefängnis unserer Isolation, im anderen Fall wählen wir die königliche Freiheit einer Klausur“ (Beer, 2018, S. 144).

Das schmerzliche Einsamkeitsgefühl tritt in allen Altersgruppen vom kindlichen Alter bis zu den Älteren auf. In der Altersgruppe zwischen 45 und 84 Jahren weisen ca. 8-9 % der Menschen eine signifikante Belastung durch die Einsamkeit auf. Einsamkeit kann wie anderweitige Emotionen kontagiös sein. Deshalb zieht sich der Großteil nicht einsamer Personen von den von Einsamkeit Betroffenen zurück, was wiederum die soziale Isolation einsamer Menschen intensiviert. Einsamkeit führt zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und somit zur Entstehung eines Teufelskreises durch die sich fortsetzenden Einsamkeitsgefühle. Die gesundheitliche Gefährdung durch soziale Isolation ist enorm und kann neben der körperlichen Gesundheit auch die Psyche betreffen. Einsamkeit wirkt sich nicht nur negativ auf das Immunsystem aus, sondern es kommt zu einer Erhöhung des

wahrgenommenen Stresses. Daraus resultieren Angst, Wut und verminderte Zuversichtlichkeit (Meyer, 2020, S. 23).

Ein Altersheim im Vergleich mit dem Wohnen zu Hause leistet einen großen Beitrag für das soziale Leben. Im Altenheim lebt eine große Zahl von Menschen in Gesellschaft. Sie treffen sich täglich innerhalb des Wohnbereiches sowie bei den dort durchgeführten alltäglichen Aktivitäten. Nichtsdestotrotz wird der Einzug ins Altenheim mit Vereinsamung und gleichzeitig mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität gleichgesetzt. Das Altersheim wird als Endstation betrachtet, von wo auf den Tod gewartet wird. Demnach gilt auch das Knüpfen von Freundschaften als nicht lohnenswert. Der Übergang ins Altenpflegeheim ist bereits von Faktoren geprägt, die dazu beitragen können, dass der Einzug in ein Heim zu einem negativen Erlebnis wird. Zudem befinden sich die potenziellen Altenheimbewohner*innen in der Regel in einem reduzierten Gesundheitszustand. Es stellt sich die Frage, ob diese Bedingungen zu einem Verlust jeglicher Motivation zur sozialen Teilhabe mit dem Umzug in ein Heim führen und Vereinsamung eine dauerhafte Folge ist (Hanisch-Berndt, 2018, S. 269).

In Industrienationen leben mehr als 5 % der älteren Mitbürger*innen in Alters- und Pflegeheimen, wo ihnen das Pflegepersonal 24 Stunden am Tag zur Verfügung steht. Ob sie dort weniger einsam sind, bleibt fraglich. Ergebnisse von 13 gesichteten Studien aus unterschiedlichen Ländern mit einer Stichprobe von 5.115 Bewohner*innen ergaben eine Quote zwischen 31 und 100 % der mäßig Einsamen sowie zwischen 9 und 81 % der hoch Einsamen, wobei 35 % als Mittelwert herausgestellt wurde. Die extrem differenzierten Quoten sind allerdings auf die unterschiedlichen Messmethoden von Einsamkeit sowie den signifikanten Unterschied im Hinblick auf die soziale Qualität eingeschlossener Heime zurückzuführen. Gründe für die Einsamkeit waren u. a. schwere Kontaktverluste bspw. durch den Tod, mangelnde Kontaktpflege oder Gesundheitseinschränkungen (Bucher, 2023, S. 68).

Das Bedürfnis nach Bindung und damit auch die Vermeidung von deren Verletzung wird in verschiedenen Theorien als grundlegendes psychologisches Grundbedürfnis betrachtet, das allen Menschen zu eigen ist. Menschen sind wesentlich und dauerhaft durch das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, d. h. durch den starken Wunsch, dauerhafte zwischenmenschliche Bindungen einzugehen, animiert. Menschen suchen affektiv positive Interaktionen im Rahmen von langfristigen und sinnvollen Beziehungen. Entsprechend gilt das Bedürfnis nach Zugehörigkeit oft als eines der weitreichendsten und integrativsten Konstrukte, um die menschliche Natur zu verstehen (Krieger & Seewer, 2022, S. 20).

Die Schmerzentstehung durch Einsamkeit ist im Allgemeinen an Identität und Verlassenheit gekoppelt. Die Person fühlt sich allein, ihrem Schicksal überlassen, wertlos, nicht beachtet, ignoriert, exkludiert und vergessen. Im progredienten Stadium leidet sie darunter, ihre Lern-, Freundschafts-, Gesprächs- und Liebesfähigkeit nicht angemessen leben zu können.

Einsamkeit bedeutet die Trennung von der sozialen Welt, gefangen in sich selbst, den Rückwurf auf sich selbst und Selbstfremdheit. Die Stärke der Einsamkeit unterscheidet sich von Betroffenen zu Betroffenen und ist äußerlich nicht zu erkennen. Zudem tritt Einsamkeit je nach Ursache und in bestimmten Situationen mit gemischten Emotionen wie Ärger, Verlassenheit, Furcht, Wertlosigkeit, Sehnsucht, Neid, Ohnmacht, Traurigkeit, Scham und Schuldgefühlen auf (Stallberg, 2021, S. 10).

In Deutschland existiert bisher noch keine umfassende und systematische Erfassung des Einsamkeitserlebens in der Bevölkerung. Einsamkeit wurde 2013 und 2017 im Rahmen des SOEP sowie 2020 und 2021 im Rahmen der SOEP-CoV erhoben. Die Ergebnisse verdeutlichen eine enorme Auswirkung der Corona-Pandemie. 2013 und 2017 lag Deutschland vor der Corona-Pandemie mit 14,4 % und 14,2 % im unteren europäischen Mittelfeld. Mit dem ersten Lockdown im März 2020 ist die Zahl auf 40,1 % und 2021 auf 42,3 % stark gestiegen. Angesichts der verschiedenen soziodemografischen Eigenschaften ist belegt, dass besonders ältere Menschen ab 75 Jahren, Frauen und Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau, einem direkten Migrationshintergrund, einem geringeren Einkommen sowie Arbeitslose betroffen sind. Während der Corona-Pandemie sind neue Risikogruppen entstanden, und zwar Alleinerziehende, jüngere Menschen sowie Familien mit Kindern (Gibson-Kunze, Wilke & Landes, 2022, S. 24-25).

Selbst wenn Einsamkeit für die meisten Menschen kein permanentes Gefühl illustriert und mit einem geringeren Leidensdruck im Zusammenhang steht, kommt das Einsamkeitsgefühl nicht selten vor. Forschungsergebnisse empirischer Studien, die sich mit dem Auftreten von Einsamkeit in den Allgemeinbevölkerungsstichproben unterschiedlicher Länder auseinandersetzen, beweisen mindestens etwas Einsamkeit bei 10-40 % der Erwachsenen. Einer vorsichtigen Interpretation der aktuellen Daten aus Deutschland zufolge leiden ca. 10-15 % der Erwachsenen unter Einsamkeit. Zudem gibt es unterschiedliche Methoden zur Erfassung von Einsamkeit. Daher existiert eine große Variation bei der Einteilung, wer in der jeweiligen Studie als einsam eingestuft wird und wer nicht. Dies wird bspw. bei der Verwendung unterschiedlicher Schwellenwerte bei Fragebogeninstrumenten deutlich. Des Weiteren bestehen im Vergleich zu psychischen Erkrankungen keine international einheitlich festgelegten Kriterien für Einsamkeit. Die Schätzung der Punktprävalenz erfolgt demnach mit einer deutlichen Spannweite (Ernst, 2024, S. 32).

In Deutschland fühlen sich etwa 10 % der Erwachsenen „oft oder sehr oft“ einsam. Die Zahl der Betroffenen mit Einsamkeit steigt jedoch auf ca. 30 % inklusive der erwachsenen Personen, die sich „manchmal“ einsam fühlen. In Bezug auf die Belastungen durch Einsamkeit geben 5 % eine leichte, 4 % eine mäßige und 2 % eine starke Belastung an. In der Schweiz leben ebenfalls ca. 30 % der Erwachsenen mit Einsamkeit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen des Robert Koch-Instituts in

Deutschland zeigten, dass sich ca. 4 % bzw. 28 % der 11- bis 17-Jährigen „oft oder immer“ bzw. „manchmal oder selten“ einsam fühlen. Daraus ging ebenfalls hervor, dass sich die Ausprägungen der Einsamkeit mit dem Alter verstärken. Hingegen existieren bislang im deutschsprachigen Raum keine Studien zur Prävalenz von Einsamkeit im klinischen Kontext (Krieger & Seewer, 2022, S. 6).

Aufgrund des höheren Lebensalters sind neben der abnehmenden Gesundheit immer mehr Ältere von den Barrieren gesellschaftlicher Teilhabe wie dem Verlust von Gleichaltrigen oder dem Partner bzw. der Partnerin betroffen. Ergebnisse einer durchgeführten großen Befragung in Deutschland deuten an, dass 22,1 % der Älteren über 90 Jahre sowie 8,7 % zwischen 80 und 84 Jahren einsam sind. Von den befragten Heimbewohner*innen fühlten sich mehr als ein Drittel einsam. Die Ausprägung von Einsamkeit zeigte sich stärker bei Frauen als bei Männern, welche sich u. a. durch den geringeren Anteil von Partnerschaften bei hochaltrigen Frauen erklären lässt. Die Differenzierung zwischen dem Risiko „einsam zu sein“ und „einsam zu bleiben“ ist bei Älteren von besonderer Relevanz. Ältere Menschen investieren tatsächlich viel Zeit und Kraft in die Pflege relevanter sozialer Beziehungen. Dies erklärt möglicherweise, warum Ältere trotz der altersbedingten Einschränkungen kein generell erhöhtes Risiko für neu auftretende Einsamkeit aufweisen. Im Gegensatz dazu fällt den Älteren im Vergleich zu den jüngeren Menschen das Herauskommen aus der Einsamkeit schwer. Gründe dafür sind bspw. die geringeren Kontaktmöglichkeiten und negativen Altersstereotype (Ernst, 2024, S. 35-36).

2. Forschungsziele und -frage

Um eine umfassende Betreuung der Menschen durch eine professionelle Gesundheits- und Krankenpflege gewährleisten zu können, ist die Auseinandersetzung mit Einsamkeit unumgänglich. Das nähere Befassen mit dem Phänomen Einsamkeit ist somit nicht nur aus menschlichen und ethischen Gründen unerlässlich (Schalek & Stefan, 2028, S. 378).

Mit der vorliegenden Bachelorthesis wird angestrebt, das Erleben von Einsamkeit aus der subjektiven Perspektive der Altenpflegeheimbewohner*innen zu beschreiben. Gleichzeitig wird darauf abgezielt, evidenzbasierte Interventionen aufzuzeigen, die zur Verringerung der Einsamkeit in Altenpflegeheimen angewendet werden können. Zudem dient diese Bachelorarbeit der Sensibilisierung für das Pflegephänomen Einsamkeit, sodass einsame Altenpflegeheimbewohner*innen umfassende bzw. angemessene Unterstützung in ihrem pflegerischen Alltag erhalten können. Durch das Erreichen dieser Ziele wird möglicherweise ein Beitrag zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung einsamer Bewohner*innen in der stationären Langzeitpflege geleistet.

Im Rahmen der Pflegewissenschaft wird anhand einer integrativen Literaturliteraturarbeit zum Thema Einsamkeit in Altenpflegeheimen folgende Forschungsfrage beantwortet: *Wie erleben Altenpflegeheimbewohner*innen das Pflegephänomen Einsamkeit und welche Interventionen können zur Reduktion der Einsamkeit in Altenpflegeheimen eingesetzt werden?*

Für die Formulierung einer klaren Fragestellung als zentraler Aspekt für das Gelingen und die Qualität des Literaturreviews dieser Bachelorthesis orientierte sich die Autorin an dem PICO- bzw. PS-Schemata nach Mayer et al. (2021, S. 50-53).

3. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel wird das Setting Pflegeheim näher erörtert. Zudem wird das Phänomen Einsamkeit aus theoretischer Sicht dargestellt.

3.1 Besonderheiten des Systems Pflegeheim

Pflegeheime gehören zu den bedeutsamen Versorgungsangeboten für ältere pflege- und betreuungsbedürftige Menschen. Ein Pflegeheim wird als ein festes Sozialgebilde definiert, das wie die stationären, teilstationären und offenen Formen der Altenhilfe zu den Formen der institutionalisierten Altenhilfe zählt. Die primären Ziele der Pflegeheime sind Betreuung, Pflege und Versorgung alter Menschen. Pflegeheime gelten als Institutionen, Organisationen und Systeme. Soziologisch betrachtet, hat das Nomen Organisation verschiedene Bedeutungen. Organisationen sind soziale Gebilde, in denen die Mehrheit der Menschen zu einem spezifischen Zweck zusammenwirkt. Zudem soll eine Organisation drei Eigenschaften besitzen. Dazu gehören eine bewusste Zwecksetzung, die Eigenschaft eines Gebildes und das Organisiert-Sein. Pflegeheime als Organisationen sind bestrebt, ihren Auftrag in einem strukturierten Zeitbudget und in einem funktional strukturierten Rollen- und Kompetenzset organisatorisch zu meistern. Pflegeheime sind auch als soziale Systeme zu betrachten, denn sie weisen deutliche Strukturen, Regeln, Vorgaben und Arbeitsteilung auf. Die Mitarbeitenden übernehmen verschiedene Rollen in Abhängigkeit von ihrer Position, die in Beziehung zueinander stehen. Pflegeheime können auch als autonome Systeme im System eines Trägers betrachtet werden. Dieses System wird wiederum im System der Altenhilfe dem Teil des übergeordneten Systems der Sozialwirtschaft zugeordnet. Im System Pflegeheim existieren weitere Untersysteme wie die Pflege, die Betreuung und die Hauswirtschaft. Die Untersysteme sind in ihrem Handeln überwiegend souverän und beeinflussen sich gegenseitig. Durch diese Souveränität der Untersysteme entsteht die Komplexität des Systems Pflegeheim. Es entstehen Gegensätze durch variable Kommunikationsstrukturen, Zielsetzungen und Regeln in den verschiedenen Teilsystemen. Es gibt aber auch Spannungen

zwischen den Individuen, den Bedürfnissen der Mitarbeiter*innen, Bewohner*innen und Angehörigen sowie dem Pflegeheim als Organisation. Aufgrund der Tatsache, dass Pflegeheime Funktionen wie Schutz, Ordnung, Stabilität und Orientierung erfüllen, werden sie als Institutionen eingeordnet. Pflegeheime sind soziale Einrichtungen, die die Befriedigung sozialer Bedürfnisse bewirken (Winkler, 2020, S. 24-26).

3.2 Arten und Bezeichnungen der Pflegeheime

Aktuell existieren diverse Termini zur Beschreibung der unterschiedlichen Formen von Pflegeheimen. Deshalb kann durch diese Reihe von bestehenden Terminologien Verwirrung entstehen. Die Begriffe Pflegeheim, Altenheim, Altersheim, Seniorenheim und Seniorenresidenz werden generell als Synonyme verwendet und haben dieselbe Bedeutung. Als Wohneinrichtung galt das Altenheim früher für alte Menschen mit überschaubarem Pflegebedarf. Aufgrund der steigenden Popularität alternativer Wohnarten wie bspw. des Betreuten Wohnens wurden die originalen Altenheime darauffolgend ersetzt. Mittlerweile haben die ins Pflegeheim einziehenden Älteren prinzipiell bereits einen signifikanten Unterstützungsbedarf. Dies spiegelt sich auch in den Geldbeiträgen der Pflegekasse für die einzelnen Pflegegrade wider. Demnach leistet diese staatliche Regelung einen Beitrag, dass zahlreiche ältere Menschen in ihrem häuslichen Umfeld bleiben und Altenheime erst ab einem höheren Pflegegrad als eine mögliche Wohnform betrachten. Historisch betrachtet, traten Altenheime als reine Wohnform in den Hintergrund. Aus den Altenheimen sind die aktuellen Pflegeheime bzw. Mischeinrichtungen hervorgegangen, die das betreute Wohnen und intensivere Pflege kombiniert anbieten. Ein Großteil der Pflegeheime ist unterdessen auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz ausgerichtet. Speziell für Pflegebedürftige mit Demenz bieten Pflegeheime eine sichere und bedarfsangepasste Umgebung, wenn die häusliche Versorgung nicht mehr gewährleistet werden kann. Die Wohnform Seniorenresidenz spricht eine vermögendere Klientel an. Allerdings ist diese Bezeichnung nicht immer zutreffend, denn der Begriff Seniorenresidenz ist rechtlich nicht geschützt. Im Vergleich zu den üblichen Pflegeheimen ist diese Wohnform sehr kostenintensiv. Die Aufnahme der Senior*innen in solchen Residenzen erfolgt meistens ohne Pflegegrad und grundsätzlich ohne demenzielle Erkrankung. Seniorenresidenzen verfügen über verschiedene Organisationsformen zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit oder ohne Demenzerkrankung. Des Weiteren kann die Differenzierung der Pflegeheime nach deren Trägern erfolgen. Der Träger kann entweder eine natürliche oder juristische Person sein. In Deutschland existieren drei Arten.

Öffentliche Träger: In öffentlicher Trägerschaft befinden sich die von den kommunalen Trägern betriebenen Einrichtungen. Hierzu zählen kommunale Betriebe in privater Rechtsform (z. B. GmbH), kommunale Eigenbetriebe sowie Regiebetriebe der kommunalen Verwaltung. Zudem existieren die sogenannten sonstigen öffentlichen Träger wie z. B. der Bund, ein Land,

ein höherer Kommunalverband oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts. **Freigemeinnützige Träger:** Hierbei handelt es sich um Träger der freien Wohlfahrtspflege inklusive der Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts. Dazu gehören sechs Spitzenverbände wie die Arbeiterwohlfahrt, der Deutsche Caritasverband, der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband, das Deutsche Rote Kreuz, die Diakonie der Evangelischen Kirche in Deutschland, die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland und die Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts. Darüber hinaus bestehen sonstige gemeinnützige Träger, die keinem der sechs Spitzenverbände zugeordnet sind. **Private Träger:** Diese betreiben entweder kleine einzelne Einrichtungen oder große Pflegeheimketten, z. B. Pro Seniore, Kursana und Vitanas. Die meisten Pflegeheime in Deutschland befinden sich in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft. Das Vorhandensein von verschiedenen Einrichtungen mit differenzierten Bezeichnungen und in unterschiedlicher Trägerschaft ist von der Region und der Stärke ihrer Besiedlung geprägt. Vielmehr besteht kein Zusammenhang zwischen der Bezeichnung oder der Trägerschaft und der Qualität des Leistungsangebots einer Einrichtung (Neubert & Neubert, 2022, S. 15-18).

3.3 Gründe für den Heimeinzug

Die Notwendigkeit, in ein Pflegeheim einzuziehen, sowie dessen Art (geplant oder spontan) ist fallabhängig. Daher sollte die Auseinandersetzung mit dem Heimeinzug im Alter, abgesehen von den Ursachen, frühzeitig stattfinden, denn das Leben in Pflegeinstitutionen bringt Vor- und Nachteile mit sich. Die Ursachen für den Umzug in ein Heim sind meistens multifaktoriell und beziehen sich nicht nur auf den älteren Menschen selbst und dessen Angehörige, sondern auch auf die häusliche Situation (Neubert & Neubert, 2022, S. 7).

Personenbezogene Gründe sind gut untersucht und es existieren eine Vielzahl: höheres Alter, schlechter Gesundheitszustand, psychische Symptome, kognitive und funktionale Einschränkungen, Demenzerkrankung, vorherige Heimaufenthalte, zahlreiche Krankenhausaufenthalte, Polypharmazie, Untergewicht und geringere Lebenszufriedenheit. Personenbezogene Ursachen lassen sich zusammenfassend in kognitive und/oder funktionelle Faktoren kategorisieren, die das Führen des alltäglichen Lebens des alten Menschen einschränken und erschweren. Speziell für Menschen mit Demenz existieren weitere Gründe wie zum Beispiel Neurasthenie, starke kognitive Einschränkungen, Verhaltensauffälligkeiten, herausforderndes oder aggressives Verhalten und Wahnvorstellungen. **Bezogen auf die Angehörigen** sind folgende Faktoren nennenswert: starke Belastung durch die Pflege, psychische Belastungen wie Depression, Stress, Schlafstörung und Ängste, höheres Alter der Pflegeperson, chronische Müdigkeit, Wissensdefizit bzgl. bestehender Unterstützungsleistungen, geringe soziale Unterstützung u.

a. von anderen Familienmitgliedern, gesundheitsbedingte Probleme der Pflegeperson, Berufstätigkeit und Unzufriedenheit mit der Rolle als pflegende Angehörige. Diese o. g. Faktoren führen zu einer Verringerung der grundsätzlichen Zufriedenheit mit dem persönlichen Leben und schränken die Beziehung zur pflegebedürftigen Person ein, sodass der Umzug in ein Heim nicht ausgeschlossen werden kann. Zu der Letzt sind die **Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege**. Die Abgrenzung dieser Faktoren von den personenbezogenen Gründen und den die Angehörigen betreffenden Bedingungen ist nicht eindeutig. Anzuführen sind architektonische Barrieren, große Entfernung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigem, hoher Koordinations- und Administrationsaufwand, finanzielle Überlegungen insbesondere bei Hauseigentum, ausgeschöpfte Ressourcen innerhalb des nahen Umfelds, Einstellungen der Familie und Meinungen des nahen Umfelds zu einem Heimeinzug und unzureichende Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. All die aufgelisteten erfassbaren Faktoren begleiten die subjektive Empfindung der Zeit vor dem Umzug in ein Heim, währenddessen und die Zeit danach. Dieses Erleben ist sowohl bei den Pflegebedürftigen als auch bei den Angehörigen emotionsintensiv und komplex. Die Zeit der Entscheidungsfindung für einen Heimplatz wird als sehr provokativ seitens der Angehörigen empfunden und der Prozess der Entscheidungsfindung ist massiv von Vorbehalten gegenüber Pflegeinstitutionen, den Finanzen und Ansichten des familiären Umfelds beeinflusst (Neubert & Neubert, 2022, S. 7-12).

3.4 Folgen des Heimeinzugs

Der Einzug ins Pflegeheim bedeutet eine enorme Veränderung im Leben der älteren Menschen, die von Ängsten und Unsicherheiten begleitet wird. Weil der Einzug in ein Pflegeheim häufig aus finanziellen und ethischen Gründen möglichst zuletzt in Betracht gezogen wird, erfolgt der Umzug meistens schnell. Dieser Aspekt wird auch durch die negative Meinung über Pflegeheime in der Gesellschaft beeinflusst. Der Umzug in ein Pflegeheim stellt ein kritisches Lebensereignis für Ältere dar. Die zwei psychologischen Modelle (das Stressmodell nach Lazarus und das transtheoretische Modell nach Prochaska) werden in diesem Fall herangezogen (Winkler, 2020, S. 29-30).

Lazarus geht in seinem **Stressmodell** davon aus, dass der Umgang mit Situationen sich von Person zu Person unterscheidet. Dies hängt davon ab, wie die betroffene Person die aktuelle Situation wahrnimmt. Beispielsweise kann der Wechsel in das Pflegeheim ein Stressor sein und daher von derjenigen Person als Belastung bewertet werden, selbst wenn dieser die andere Person nicht belastet. Demnach erhält der Prozess der Einschätzung der Situation in diesem Modell einen hohen Stellenwert. Abgesehen davon, dass der Umzug in ein Pflegeheim ein differenziertes Lebensereignis für Ältere abbildet, sind bewährte Bewältigungsstrategien

häufig insuffizient, um mit der aktuellen Situation umgehen zu können. Die betroffene Person erfährt sowohl körperlichen als auch emotionalen Stress. Bzgl. der Bewertung des Einzugs ins Pflegeheim besteht eine Korrelation zwischen positiver Einstellung, der Bewertung der Situation als Herausforderung und höherem Wohlbefinden sowie einer besseren Anpassung an die neue Realität. Die positive Bewertung korreliert andererseits mit der Option hinsichtlich der Entscheidung für den Umzug in ein Pflegeheim sowie dessen eigener Wahl und dem Gefühl von Kontrolle. Demzufolge besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Akzeptanz der Entscheidung mit dem subjektiven Gesundheitszustand sowie mit der Lebenszufriedenheit Monate nach dem Umzug in ein Pflegeheim. Dementsprechend kann der Akzeptanz der Entscheidung ein positiver Effekt auf die permanente Adaptation an das Leben im Pflegeheim zugeordnet werden. Damit die Person mit dem Wohnen im Pflegeheim umgehen kann, findet eine Verhaltens- sowie eine kognitive Anpassung statt. Gleichfalls erfolgt eine Auseinandersetzung mit der Lebenssituation außerhalb des Pflegeheims. Die beiden Lebensarten (leben im Pflegeheim und leben zu Hause) werden verglichen und schließlich kommt es zur Akzeptanz. Dabei sind die persönlichen Eigenschaften, die Biografie sowie das soziale Umfeld ausschlaggebend (Winkler, 2020, S. 30).

Der Umzug in ein Pflegeheim und der erfolgende Adaptationsprozess werden in dem **transtheoretischen Modell nach Prochaska** in fünf Phasen näher beschrieben. In der **Präkontemplationsphase** finden keine Überlegungen über ein mögliches Wohnen im Pflegeheim statt und somit bleibt die Auseinandersetzung mit der Thematik Leben im Pflegeheim aus. Die allererste Auseinandersetzung mit dem Umzug in ein Pflegeheim erfolgt in der **Kontemplationsphase**. Die Person beschäftigt sich mit den positiven und negativen Aspekten des Umzugs. Trigger der Auseinandersetzung sind häufig Lebensereignisse wie der Verlust einer nahestehenden Person oder gesundheitliche Einbuße. In dieser Phase erfolgt die Entscheidung für den Einzug in ein Pflegeheim. Der häufig negative Ruf, das in der Gesellschaft verankerte negative Pflegeheimbild, Angst vor Veränderungen, ökonomische Aspekte, die Betrachtung des Pflegeheims als Endstation und das Aufgeben der aktuellen Wohnumgebung meistens aus finanziellen Gründen beeinflussen diese Phase negativ. In der **Vorbereitungsphase** erfolgt die Anmeldung im Pflegeheim und bei keiner Verfügbarkeit eines Pflegeheimplatzes steht die betroffene Person auf der Warteliste. Der Übergang ins Pflegeheim erfolgt häufig direkt nach einer medizinischen Behandlung mit Krankenhausaufenthalt. Während der Wartezeit können sich die Betroffenen über das Pflegeheim weiter informieren und sich gleichzeitig auf den Umzug vorbereiten. Demgegenüber ist diese Zeit durch negative Auswirkungen gekennzeichnet, z. B. den Abbau kognitiver und körperlicher Fähigkeiten, zunehmende Angstzustände und Depression. Der tatsächliche Einzug in das Pflegeheim erfolgt in der **Handlungsphase**, in der meistens auch die eigene Wohnung aufgegeben wird. Damit wird die Entscheidung endgültig. Das

Wohnumfeld sowie die persönlichen Aufenthaltsbereiche verändern sich. Zudem erfolgen meistens auch Veränderungen im sozialen Netzwerk und in Bezug auf die bisher übernommenen Rollen. Die **Aufrechterhaltungsphase** wird in die kurz- und langfristige Adaption klassifiziert. Die kurzfristige Adaption dauert zwischen vier Wochen und einem halben Jahr, danach tritt die langfristige Adaption ein. Aus einem positiven Coping in der Kurzphase resultiert ein positiver Ausgang der permanenten Adaption. Deshalb ist die erste Zeit im Pflegeheim relevant, denn sie ist für den weiteren Zeitverlauf im Pflegeheim ausschlaggebend (Winkler, 2020, S. 30-32).

3.5 Besonderheiten der Pflegearbeit in Pflegeheimen

Das kontinuierliche Wachstum der Bevölkerung Deutschlands hat dazu geführt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zunimmt. Zudem kann die häusliche Versorgung durch pflegende Angehörige von betroffenen Personen nicht mehr ausreichend geleistet werden, denn die stützenden Faktoren wie die Familie sind geringer geworden. Da die ambulante Versorgung zugleich den Pflegebedarf nicht mehr decken kann, erfolgt meistens eine stationäre Aufnahme in der Langzeitversorgung bzw. in ein Pflegeheim. In den Pflegeheimen wird der Tagesablauf auf den Stationen weitestgehend an die Routine der Bewohner*innen angepasst, damit sie ihren Alltag wie gewohnt verbringen können. Die Bewohner*innen haben allerdings unterschiedliche Gewohnheiten, sodass im pflegerischen Alltag Ausgleichs gefunden werden müssen. Die Pflegearbeit im Heim ist von drei Schichten, d. h. der Früh-, Spät- und Nachtdienst geprägt. In jedem Dienst werden verschiedene Aufgaben vom Pflegepersonal übernommen. Im Frühdienst wird grundsätzlich von der bereichsbezogenen Pflege ausgegangen. Dabei ist die Pflegefachkraft für die Planung und Steuerung des Pflegeprozesses bestimmter Gruppen der Bewohner*innen verantwortlich. Die Frühschicht beginnt nach der Übergabe vom Nachtdienst meistens mit der Grundpflege. Die Bewohner*innen erhalten Hilfestellung bei der Körperpflege und beim Anziehen. Dabei werden eine ressourcenorientierte und aktivierende Pflege sowie Prophylaxen durchgeführt. Ärztliche Anordnungen wie z. B. Blutzuckerkontrolle und Medikamentenverabreichung werden zeitgleich umgesetzt. Danach wird das Frühstück für die Bewohner*innen vorbereitet und serviert. Hilfebedürftige Bewohner*innen bei der Nahrungsaufnahme werden unterstützt. Abhängig vom Pflegeheim werden Bewohner*innen mit höherem Pflegeaufwand erst nach dem Frühstück intensiv versorgt. Nach dem Frühstück wird die Behandlungspflege durchgeführt. Aufgrund von Erkrankungen erhalten die Bewohner*innen auch spezielle Therapien, bspw. Logopädie, Kunst- und Physiotherapie je nach ärztlicher Anordnung, deren Termine durch die Pflegefachkraft organisiert werden. Häufig können die Aktivitäten wegen des Personalmangels nicht wie gewünscht angeboten werden. Deshalb hat ein Großteil der Pflegeheime Aktivitäten wie Beschäftigungstherapie,

Singen und Sitzgymnastik in den Tagesablauf der Einrichtung integriert. Die Spätschicht übernimmt meistens folgende pflegerische Aktivitäten: Positionierung der immobilen Bewohner*innen, Beteiligung an Arztvisiten, IKM-Wechsel, Gabe von oraler Flüssigkeit, Bestellungen, Aktivitäten wie Brettspiele und Spaziergänge mit Bewohner*innen je nach Zeitverfügbarkeit und letztlich Unterstützung bei der Vorbereitung auf die Nacht. Aufgrund der Tatsache, dass eine Pflegekraft für mehrere Bewohner*innen im Vergleich zu den anderen Diensten zuständig ist, tragen Pflegefachpersonen in der Nachtschicht eine hohe Verantwortung. Dies erfordert wiederum umfangreiche Kompetenzen sowie die Bereitschaft zum Wissenstransfer sowie zur Verantwortungsübernahme, um die Pflegequalität zu garantieren (Andreae et al., 2018, S. 659).

3.6 Begriffsklärung und Abgrenzung von benachbarten Begriffen

Viele Menschen haben Erfahrungen mit Einsamkeit gesammelt, dennoch fällt ihnen das Beschreiben des Einsamkeitserlebens schwer. Wissenschaftlich betrachtet, existiert möglicherweise aufgrund der zahlreichen Dimensionen und Facetten von Einsamkeit keine einheitliche Definition des Begriffs. In den unterschiedlichen Definitionen von Einsamkeit erscheinen immer wieder bestimmte Darstellungen wie unangenehm, schmerzhaft, intensiv/durchdringend, Erfahrung, Gefühl/Gefühlszustand, Mangel, Beziehung, sozial und Bedürfnis sowie emotional. Einsamkeit wird definiert als „ein individuelles, unangenehmes und schmerzhaftes Gefühl, das aus nicht oder nicht ausreichend erfüllten sozialen und emotionalen Bedürfnissen in Zusammenhang mit den Beziehungen zu anderen Menschen entsteht“ (Schalek & Stefan, 2018, S. 379-380). Einsamkeit kann als subjektiv wahrgenommene soziale Isolation betrachtet werden, denn sie kann äußerlich nicht registriert werden (Krieger & Seewer, 2022, S. 3).

Einsamkeit ist nicht nur ein komplettes subjektives Empfinden, das sich durch Unwohlsein bis hin zum Leidensdruck äußert, ihr wird ebenfalls ein wirksamer Stellenwert beigemessen, denn sie kann die Betroffenen zur Vernetzung und Optimierung der Beziehungsqualität animieren. Infolgedessen haben die Betroffenen das Gefühl, besser und gut verstanden zu werden, und können die Reaktion der Mitmenschen mitbekommen. Demnach kann Einsamkeit nicht nur als Risiko, sondern auch als Ressource wie anderweitige persönlichkeitsbezogene Ressourcen betrachtet werden. Einsamkeit kann signalisieren, dass die soziale Verbundenheit gefährdet oder bereits beschädigt ist. Durch die evolutionsbiologische Funktion der Einsamkeit werden die Betroffenen zum Knüpfen für sie wesentlicher Kontakte, zur Wiederherstellung und Verbesserung sowie zum Neuaufbau sozialer Beziehungen motiviert. Einsamkeit ist gesellschaftlich betrachtet nicht nur ein Indikator für den Ausschluss einzelner Menschen, sondern für die Auflösung des gesellschaftlichen Zusammenhalts (Cihlar et al., 2023, S. 56).

Einsamkeit wird häufig mit anderen Begriffen sowohl im Alltag und in der Praxis als auch in der wissenschaftlichen Literatur undifferenziert bzw. identisch verwendet. Allerdings ist dieser Sprachgebrauch unpräzise und wenig informativ, weil dabei wichtige Informationen maskiert werden. Aus diesem Grund besteht die Notwendigkeit, die Begriffe Alleinsein, soziale Isolation und soziale Exklusion zu erläutern. **Alleinsein:** Ein Zustand, in dem sich keine Kontakte zu den anderen ereignen, der aber nicht zwangsläufig mit dem Gefühl der Einsamkeit verbunden ist. Außerdem involviert Alleinsein im Gegensatz zu Einsamkeit ein hohes Maß an Absicht und damit einhergehend eine hohe Kontrollierbarkeit. Daher kann es nicht nur leichter beendet werden, wenn es nicht mehr gewünscht ist, sondern bezieht auch positive Aspekte ein. **Soziale Isolation:** Ein Zustand, der eine objektiv wahrnehmbare geringe Anzahl/Frequenz oder ein gänzlich Fehlen von sozialen Kontakten beinhaltet, jedoch keine subjektive Bewertung des Zustandes durch die betroffene Person impliziert. Zudem kann soziale Isolation entweder freiwillig oder forciert sein. Frei gewählte soziale Isolation kann als positives Alleinsein bewertet werden. Im Gegensatz dazu kann unfreiwillige soziale Isolation Einsamkeit bedeuten. Soziale Isolation ist daher keine unbedingte Voraussetzung für Einsamkeit, denn die Menschen können sich auch bei Vorhandensein sozialer Kontakte einsam fühlen. **Soziale Exklusion:** Bezieht sich auf die gesellschaftliche Ausgrenzung im Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren, wie z. B. Bildung, Einkommen oder Alter, und fragt nach deren Beitrag zur Existenzsicherung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Einsamkeit kann mit sozialer Exklusion verbunden sein, jedoch stellt sie die subjektive Perspektive der sozialen Beziehungen ins Zentrum (Schalek & Stefan 2018, S. 386-387).

Des Weiteren ist die Abgrenzung der beiden Konstrukte Solitude und Vereinsamung vom Phänomen Einsamkeit von Relevanz. **Solitude:** Im englischsprachigen Raum wird der Begriff loneliness bei negativer Wahrnehmung des Konstruktes des Alleinseins verwendet. Im Gegensatz dazu wird der Begriff Solitude eingesetzt, wenn das Alleinsein positiv bzw. angenehm registriert wird und gleichzeitig selbst gewählt ist. Dieser Begriff besitzt jedoch keine deutsche Entsprechung. **Vereinsamung:** Die Einführung des Begriffs Vereinsamung erfolgte aus der soziologischen Perspektive zur Berücksichtigung der möglichen Gleichzeitigkeit und Aufeinanderbezogenheit von sozialer Isolation und Einsamkeit. Vereinsamung beschreibt den Prozess einer sich verstetigenden sozialen Isolation, die mit extremem Einsamkeitsempfinden einhergeht. Vereinsamung kann in emotional und gesellig unterschieden werden. Von emotionaler Vereinsamung wird gesprochen, wenn ein Mangel an erfüllenden, engen und intimen Beziehungen zu Verwandten, Familienangehörigen oder Partner*innen besteht. Bei geselliger Vereinsamung existieren hingegen knappe Kontakte im direkten Lebensumfeld, wie z. B. in der Freizeit oder der Nachbarschaft (Ernst, 2024, S. 18-19).

3.7 Formen der Einsamkeit

Da das Einsamkeitsempfinden individuell interpretiert wird, existiert kein universales, gleich erlebtes Einsamkeitsgefühl, sondern viele Varianten. Für die bessere Erörterung der Variationsbreite des Phänomens dient eine Klassifikation des Einsamkeitserlebens (Schalek & Stefan, 2018, S. 380-381).

Das Phänomen Einsamkeit wird in sechs Dimensionen kategorisiert, und zwar intime, soziale, kollektive, vorübergehende, situative sowie chronische Einsamkeit. **Intime Einsamkeit:** Diese Form von Einsamkeit wird auch als emotionale Einsamkeit bezeichnet und bezieht sich auf das Fehlen einer sehr engen, intimen Beziehung z. B. in der Partnerschaft oder Freundschaft. **Soziale Einsamkeit:** Diese Form wird auch relationale Einsamkeit genannt und besteht im Gegensatz zur intimen Einsamkeit bei einem Mangel an Freundschaften und anderen persönlichen Beziehungen. **Kollektive Einsamkeit:** Diese liegt vor, wenn ein Gefühl der fehlenden Zugehörigkeit zu einer größeren Gemeinschaft empfunden wird. **Vorübergehende Einsamkeit:** Diese Art von Einsamkeit wird gelegentlich bzw. phasenartig im Alltag erlebt. Die betroffene Person fühlt sich bspw. zu Hause einsam und bei Ankunft bei der Arbeit löst sich das Einsamkeitsgefühl auf. **Situative Einsamkeit:** Sie entsteht durch spezifische Krisen bzw. Lebensübergänge wie z. B. Arbeitsverlust oder Berentung, die die zuvor befriedigenden Beziehungen destabilisieren. **Chronische Einsamkeit:** Diese Form wird auch als überdauernde Einsamkeit bezeichnet. Die Einsamkeit wird über einen längeren Zeitraum erlebt und geht mit Unzufriedenheit mit sozialen Beziehungen einher. Darüber hinaus sind langfristige kognitive und verhaltensbezogene Veränderungen und damit zusammenhängende Hemmnisse charakteristisch. Chronische Einsamkeit kann als Komplikation der anderen Formen der Einsamkeit im Vordergrund stehen (Krieger & Seewer, 2022, S. 4).

3.8 Ursachen der Einsamkeit

Die Literatur weist auf eine Vielzahl an allgemeinen möglichen Ursachen und Risikofaktoren für Einsamkeit hin. Diese Faktoren sind allerdings als primär zu betrachten, weil sie nicht in jedem Fall unvermeidlich zu Einsamkeit führen. Die Risikofaktoren werden in sechs Kategorien klassifiziert. **Beeinträchtigte Möglichkeit für soziale Kontakte:** z. B. kleine oder fehlende soziale Netzwerke wie bei alleinstehenden Menschen, Mangel an verfügbaren Personen mit erwünschten Eigenschaften wie Alter oder Lebensabschnitt sowie Mangel an Zeit und Personalressourcen in Institutionen für soziale Interaktion wie im Krankenhaus oder Pflegeheim. **Ablehnung und Zurückweisung durch Dritte:** z. B. Diskriminierung der eigenen Person oder von Angehörigen aufgrund einer Behinderung oder des Geschlechts und Ablehnung von Beziehungserwartungen durch andere aufgrund unrealistischer Empfindung.

Veränderungen in sozialen Beziehungen: z. B. Veränderungen des sozialen Status durch Beförderung oder Pensionierung, Beziehungsende durch den Tod des Partners/der Partnerin oder anderer nahestehender Personen, Entfremdung und Veränderung von Partnerschaftskonstellationen wie bspw. die Rollenübernahme durch die gesunde Partnerin/den gesunden Partner bei Demenzerkrankung. **Negative Bewertung von Beziehungen:** z. B. mangelndes Gefühl der Zugehörigkeit oder Verbundenheit aufgrund empfundener Zurückweisung oder Exklusion und negative Bewertung der Beziehungsqualität wie belastend empfundene Kontakte. **Beeinträchtigte persönliche Voraussetzungen für soziale Kontakte:** z. B. geringer Selbstwert, Angst vor Zurückweisung, beeinträchtigte soziale Fähigkeiten wie Umgangsformen, Einschränkungen im Alltag wie Mobilitätseinschränkung sowie die Annahme, dass die Ursache der Einsamkeit in der eigenen Person liegt. **Kulturelle Verhaltensweisen:** z. B. kulturell geprägte Erwartungen bspw. „Als Frau gehört sich das nicht“ oder „In meinem Alter macht man das nicht“ (Schalek & Stefan, 2018, S. 383-385).

Bezogen auf das Leben im Altenheim ist Einsamkeit kein flächendeckendes und zwangsläufiges Phänomen in der älteren Bevölkerung bzw. das Alter an sich ist kein Risikofaktor für Vereinsamung. Allerdings liegt häufig eine Korrelation zwischen Vereinsamung und dem Umzug in ein Altersheim vor. Einsamkeit ist ein komplexes Phänomen, deren bewirkende Faktoren häufig als Ursachen und zugleich als Konsequenzen gelten. Gleichzeitig wirken mehrere Faktoren parallel und bedingen sich gegenseitig. Im Altenheim treffen viele Faktoren aufeinander, die Einsamkeit verursachen oder verstärken. Dies erklärt, warum das Leben in Institutionen wie Altenpflegeheimen mit Einsamkeit in Verbindung gebracht wird. Neben dem schlechten Gesundheitszustand ist ein Großteil der Heimbewohner*innen verwitwet und verfügt über ein kleineres soziales Netzwerk. Zudem fehlen ihnen während des Pflegeheimaufenthalts die Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten. Demnach spielen nicht nur persönliche Faktoren bei der Entstehung bzw. Verstärkung der Einsamkeit eine Rolle, sondern auch institutionelle Faktoren (Hanisch-Berndt, 2018, S. 272-273).

Zu den **personenbedingten Faktoren** zählen: schlechter Gesundheitszustand insbesondere Mobilitätseinschränkungen, fehlende oder unbefriedigende außerinstitutionelle Kontakte v. a. Mangel an Freund*innen, ein schlechtes Verhältnis zu den Kindern sowie Antizipation des erfolglosen Ausgangs von Beziehungen durch den Tod. Mobilitätseinschränkung: Diese führt zu einem erschwerten Aufbau von sozialen Kontakten bzw. deren Pflege. Die Mobilität ist jedoch nicht nur für das Knüpfen von Kontakten wesentlich, sondern sie hat auch eine existenzielle Funktion, um z. B. würdevoll zu leben. Außerinstitutionelle Kontakte: Das soziale Netzwerk außerhalb der stationären Einrichtung ist für die Bewohner*innen von hoher Relevanz, denn sie können dadurch die Herausforderungen des Lebens im Altenpflegeheim meistern und zufrieden werden. Beim Nachlassen oder Verschwinden dieses sozialen

Netzwerks entweder durch den Tod oder Kontaktverlust wird die Verbitterung über diesen Umstand enorm, sodass Traurigkeit und Hilflosigkeit v. a. durch Verwitwung und Kinderlosigkeit entstehen. Solche Verluste können durch institutionelle Kontakte nicht kompensiert werden. Antizipation des „erfolglosen“ Ausgangs von Beziehungen durch den Tod: Soziale Kontakte im Altenpflegeheim können als nicht ausgeschlossene Verlusterfahrungen betrachtet werden und sind mit einer hohen Unsicherheit verbunden. Tod und Sterben sind im Altenpflegeheim omnipräsent. Da das Altenheim die Endstation im Leben eines Menschen ist, wird das Investieren in soziale Beziehungen häufig nicht als lohnend angesehen. Zudem besteht von vornherein die Gefahr der Einsamkeit, indem der eigene Tod eintritt. Der Kontakt zu den Mitbewohnenden wird zur Verhinderung oder Reduzierung des Risikos verstärkter Einsamkeit vermieden oder banal gehalten (Hanisch-Berndt, 2018, S. 273-275).

Heimstrukturell bedingte Faktoren beinhalten: den kritischen Ablauf des Heimübergangs, die Haltung des Personals und den Einfluss auf das Rollenverständnis der Bewohnenden, den Mangel an Aufgaben und Abwechslung sowie die fehlende Vorstellung vom eigenen Mitspracherecht, den Mangel an Kontroll- und Entscheidungsmöglichkeiten sowie die Ineffizienz des Heimberaters. Diese Faktoren haben einen Einfluss auf die Eingewöhnung der Altenpflegeheimbewohner*innen an das Heimleben sowie auf ihre Lebensqualität und damit die empfundene Einsamkeit. Kritischer Ablauf des Heimübergangs: Die meisten Altenheimbewohner*innen erleben den Umzug in ein Heim als ein belastendes traumatisches Ereignis, weil dieser Prozess häufig mit Plötzlichkeit, Alternativlosigkeit, Unmöglichkeit, Aufgabe der eigenen Wohnung sowie einer akuten Gesundheitsverschlechterung einhergeht. Die Aversion gegen das neue bzw. forcierte Wohnumfeld ist deshalb eine häufige Konsequenz. Das Verhalten in Interaktionsprozessen wird dann durch einen psychischen Zustand, der im Laufe des Umzugs erzeugt ist, verdeutlicht. Haltung des Personals und Einfluss auf das Rollenverständnis des Bewohners/der Bewohnerin: Das Personal und die Kommunikationsqualität zwischen Personal und Bewohner*innen sind ausschlaggebend für die Interaktion und kommunikative Altenheimatmosphäre sowie für das Wohlbefinden der Heimbewohner*innen. Das Personal hat demnach positive oder negative Auswirkungen auf das soziale Leben der Bewohner*innen. Bei der sozialen Interaktion mit den Heimbewohner*innen handelt es sich um eine gleichberechtigte Befriedigung ihrer Kontaktbedürfnisse. Hierbei wird die Rolle der Bewohner*innen klar identifiziert und von der Rolle der unmündigen, abhängigen und hilflosen Pflegebedürftigen getrennt. Mangel an Aufgaben und Abwechslung: Altenheimbewohnende benötigen trotz der Gesundheitseinbuße wechselnde Aktivitäten in ihrem Alltag, um deren Lebensqualität zu fördern, denn in einer monotonen unproduktiven Lebensphase kann die Einsamkeit verstärkt werden. Fehlende Vorstellung vom eigenen Mitspracherecht, Mangel an Kontroll- und

Entscheidungsmöglichkeiten und Ineffizienz des Heimberaters: Die Kontaktaufnahme der Altenheimbewohner*innen ist von der Heimorganisation maßgeblich abhängig. Somit werden aus einer starren und fremdbestimmten Heimstruktur Passivität und Gleichgültigkeit der Bewohner*innen in Bezug auf ihr Kontaktverhalten (Hanisch-Berndt, 2018, S. 275-277).

3.9 Symptome der Einsamkeit

„Gerade in der Lebensphase des hohen Alters sind Menschen oft auf Hilfe von außen oder auf Hilfe durch professionelle Pflegende angewiesen. Für beruflich Pflegende ist es daher besonders wichtig, die Ursachen und Symptome von Einsamkeit zu erkennen, um effektive Hilfestellung anbieten zu können“ (Schalek & Stefan, 2018, S. 379).

Einsamkeit ist durch eine Reihe von Symptomen gekennzeichnet. Allerdings ist bei einigen Symptomen unklar, ob sie tatsächlich Folge oder Ursache der Einsamkeit sind. Bei Erreichen des Einsamkeitszustands können diese Faktoren sowohl die Rolle der Konsequenzen als auch die Rolle der Kausalität spielen. Somit können sie einen Beitrag zur persistierenden Einsamkeit leisten. Einsamkeit und damit zusammenhängende Vorgänge können sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. Deshalb werden ein paar Phänomene als Ursachen und zugleich als Risikofaktoren betrachtet. Die Symptome lassen sich in **vier Kategorien** klassifizieren, und zwar affektive Symptome, motivationale und kognitive Symptome, Symptome im Verhalten sowie soziale Symptome. **Affektive Symptome** zeigen sich in Form von Depression, Unzufriedenheit, Angst, Langeweile, Gefühl der Leere, Unwohlsein, Leid, Pessimismus, geringem Selbstwert, Verzweiflung und seelischem Schmerz. **Motivationale und kognitive Symptome** umfassen erhöhten Antrieb für Kontakte verbunden mit vermindertem Antrieb für andere Aktivitäten, Gefühl der Energielosigkeit, hohe Sensibilität für kleinste Anzeichen von Zuwendung oder Ablehnung und negative Wahrnehmungsmuster. **Symptome im Verhalten** sind vermindertes Durchsetzungsvermögen, Schwierigkeiten, mit anderen über Einsamkeit zu sprechen, selbstfokussierter und nicht auf das Gegenüber eingehender Kommunikationsstil, antisoziale Verhaltensweisen wie Aggression, Rückzug aus Beziehungen, Misstrauen und Feindseligkeit, Rauchen, suizidale Gedanken, Panikattacken, Agitation, Alkoholabusus, Ruhelosigkeit, Anspannung, Zurückgezogenheit und verminderte Konzentrationsfähigkeit bei Störungen aus der Umwelt. Letztlich lassen sich **soziale Symptome** durch Viktimisierung erkennen (Schalek & Stefan, 2018, S. 385).

3.10 Auswirkungen der Einsamkeit auf die Gesundheit

Die Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und körperlichen Beeinträchtigungen sind bereits empirisch erforscht. Einsamkeit kann die Entstehung zahlreicher Erkrankungen wie bspw. arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankungen und Diabetes mellitus begünstigen. Zudem kann das Auftreten akuter zerebrovaskulärer und kardialer Ereignisse wie z. B. Schlaganfall und Herzinfarkt durch Einsamkeit beeinflusst werden. Einsamkeit kann auch zu Veränderungen des Immunsystems einsamer Menschen führen. Zudem leiden einsame Menschen häufiger unter Adipositas. Darüber hinaus besteht eine Assoziation zwischen Einsamkeit und Alzheimer-Erkrankungen sowie einer raschen kognitiven Leistungsverminderung. Des Weiteren kommt es durch Einsamkeit zu Beeinträchtigungen der Schlafqualität. Einsame Menschen erleben den Schlaf als weniger erholsam. Einsamkeit führt aber nicht nur zu einer Reihe körperlicher Veränderungen, einsame Menschen weisen ebenfalls ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf. Die unterschiedlichen Mechanismen der Entstehung körperlicher Beeinträchtigungen durch Einsamkeit sind empirisch nachgewiesen. Einsamkeit verursacht u. a. permanenten Stress, der wiederum zur Veränderung physiologischer Prozesse im Körper führt, z. B. zu einer dysregulierten Aktivität der HPA-Achse, Hypertonie und/oder einer reduzierten Immunität. Neben dem Stresserleben existieren auch andere Mechanismen wie eingeschränkte Selbstregulation, beeinträchtigter Schlaf sowie mangelnde Nutzung sozialer Ressourcen. Körperliche Erkrankungen können wiederum als Ursache der Einsamkeit fungieren (Krieger & Seewer, 2022, S. 12-13).

Unabhängig von der Diagnose einer psychischen Beeinträchtigung kann Einsamkeit absolut auftreten. Da Einsamkeit auch häufig Ursache, Begleitsymptom oder Folge psychischer Störungen ist, kann sie als transdiagnostisches Konstrukt betrachtet werden, das neben einer Sequenz psychischer Störungen auftreten sowie die Erkrankungen verursachen und gleichzeitig verschlechtern kann. Zudem bestehen in verschiedenen Altersgruppen wechselseitige Verbindungen zwischen Einsamkeit und psychopathologischen Attributen. Bei Älteren ist Einsamkeit bspw. ein „Dreh- und Angelpunkt“. Durch die Einsamkeit führt objektive soziale Isolation zu depressiven Symptomen. Depressive und Angstsymptome durch Einsamkeit fördern wiederum den sozialen Rückzug. Die Gestaltung sozialer Beziehungen ist stark von psychischer Stabilität geprägt. Daher resultiert aus der psychischen Instabilität ein verändertes Sozialverhalten. Einsamkeit geht wiederum mit dem Risiko psychischer Störungen einher. Ein Großteil der von Einsamkeit Betroffenen kann aufgrund der oben aufgeführten Korrelation im klinischen Alltag erst auf aktive Nachfrage die Einsamkeit als Kennzeichen erläutern. Das Gefühl des Verbundenseins wird durch das Verschweigen entweder aus Angst oder Scham und/oder wegen des Stigmas psychopathologischer Symptome erschwert. Durch das Verschweigen kann zwar eine kurzfristige Erleichterung im Sinne einer negativen Verstärkung erreicht werden, aber es führt zu einem permanenten

Gefühl, von der Gesellschaft distanziert zu sein. Stärkere Einsamkeit steht in Verbindung mit stärkeren Depressions- und Angstsymptomen und einer geringeren Remission bei Depressionen. Überdauernde Einsamkeitsgefühle können allgemein betrachtet in Korrelation mit allen psychischen Beeinträchtigungen auftreten (Krieger & Seewer, 2022, S. 13-15).

4. Methodik

In diesem Kapitel wird zunächst das Forschungsdesign präsentiert. Danach wird der Prozess der Literaturrecherche erläutert. Zum Schluss wird die Vorgehensweise der kritischen Beurteilung und Reduktion der Studien erklärt.

4.1 Forschungsdesign

Bei einem integrativen Review wird durch eine umfassende Literaturrecherche ein systematischer Überblick über Erkenntnisse zu einem festgelegten Thema erzielt (Mayer et al., 2021, S. 30). Somit wurde die Entscheidung zur Durchführung eines integrativen Reviews als am ehesten geeignete Methode zur Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Bachelorthesis getroffen, um eine Zusammenführung der Studien mit unterschiedlichen Designs zu dieser bestimmten Fragestellung und eine breite Darstellung des Diskussionsstandes zu dieser Thematik zu ermöglichen (Quasdorf et al., 2018, S. 130).

Durch den Einschluss unterschiedlicher Veröffentlichungsformen, Studientypen und Erhebungsmethoden sowie die Verwendung verschiedener theoretischer Arbeiten können der Kontext, die Prozesse und die subjektiven Elemente des Themas Einsamkeit in Altenpflegeheimen erfasst werden. Dadurch ermöglicht diese Arbeit eine breite Betrachtungsperspektive bzgl. des Einsamkeitserlebens und der Interventionen zur Reduktion der Einsamkeit in Altenpflegeheimen.

Für die Datenerhebung und die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche in vier Datenbanken durchgeführt. Daraufhin wurden geeignete Studien hinsichtlich der Erfüllung forschungsbezogener Gütekriterien unter Verwendung der Beurteilungsbögen für qualitative Studien, Interventionsstudien und systematische Übersichtsarbeiten von Behrens und Langer (2004, 2010) beurteilt. Die von Möhler (2016) beschriebenen Kriterien wurden ebenso zur Beurteilung der Qualität der Metaanalyse verwendet. Unter Hinzuziehung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden die Studien ausgewählt.

Die Datensynthese erfolgte anhand der qualitativen und quantitativen Daten. Die Autorin entnahm den inkludierten Studien die verschiedenen Ergebnisse und ordnete diese drei Hauptkategorien für das Erleben von Einsamkeit (Abb. 2) sowie drei Hauptkategorien für die Interventionen zur Verringerung der Einsamkeit zu (Abb. 3). Aus den eingeschlossenen

Studien, die sich mit Einsamkeit in Kombination mit weiteren Pflegephänomenen wie z. B. Depression, Todesangst, Schmerzen, Lebensqualität sowie der Häufigkeit von Einsamkeit usw. befassten, wurden die Ergebnisse für das Einsamkeitserleben und Interventionen zur Reduktion der Einsamkeit extrahiert. Ergebnisse anderer Outcomes flossen in den Ergebnisteil dieser Bachelorthesis nicht ein. Für die Datenauswertung wurden die Ergebnisse der eingeschlossenen Artikel objektiv interpretiert, Limitationen erfasst und deren Bedeutung und Kontext diskutiert.

4.2 Literaturrecherche

Zu Beginn der Arbeit wurde eine grobe Literaturrecherche in vorhandenen Fachbüchern in den Bibliotheken der Charité und in der Bibliothek der EHB sowie in den Datenbanken Google Scholar und PubMed durchgeführt. Diese simple Recherche diente dem Heranziehen der Informationen über die Thematik, dem Finden verlässlicher Quellen für den theoretischen Teil der Thesis sowie dem Erhalt eines ersten Überblicks über den Forschungsstand. Eine ausführliche bzw. systematische Literaturrecherche zur Gewinnung verwendbarer Literatur erfolgte vom 21.10.2024 bis einschließlich 10.11.2024 in den vier Datenbanken PubMed, LIVIVO, Cochrane Library und CINAHL-EBSCOhost. Zum besseren Verständnis der Literaturrecherche wurde ein Beispiel der Suchhistorie aus der Datenbank PubMed im **Anhang A** beigefügt. Für ein möglichst umfangreiches Resultat sollten mindestens acht Studien und aufgrund des begrenzten Umfangs der Bachelorthesis höchstens zehn Studien in die Literaturarbeit eingeschlossen werden. Durch die Literaturrecherche in den o. g. Datenbanken konnte geeignete Literatur zur Beantwortung der Forschungsfrage erworben werden. Somit erfolgte keine Recherche in weiteren verfügbaren Datenbanken wie Embassy und CareLit.

Die folgenden **Suchbegriffe** wurden mithilfe der booleschen Operatoren bei der Literaturrecherche in den o. g. Datenbanken eingesetzt: loneliness OR social isolation, loneliness OR social isolation AND nursing home, loneliness OR social isolation AND nursing home AND elderly people, loneliness OR social isolation AND nursing home OR long term care facility, Einsamkeit OR soziale Isolation, Einsamkeit OR soziale Isolation AND Altenheimbewohner, Einsamkeit OR soziale Isolation AND Altenheimbewohner AND Altenheim, Einsamkeit OR soziale Isolation AND alte Menschen OR Pflegeheimbewohner. Dabei wurden die Begriffe Einsamkeit (loneliness) und soziale Isolation (social isolation) kombiniert mit dem booleschen Operator OR als Haupt-MeSH Terms in allen vier Datenbanken verwendet. Zur Eingrenzung der Treffer wurden folgende **Filter** genutzt: Publikationsjahr; die letzten zehn Jahre, Sprache; Englisch oder Deutsch, Studientyp; systematisches Review, Metaanalyse, RCTs, randomisierte Studie, quantitative Studie,

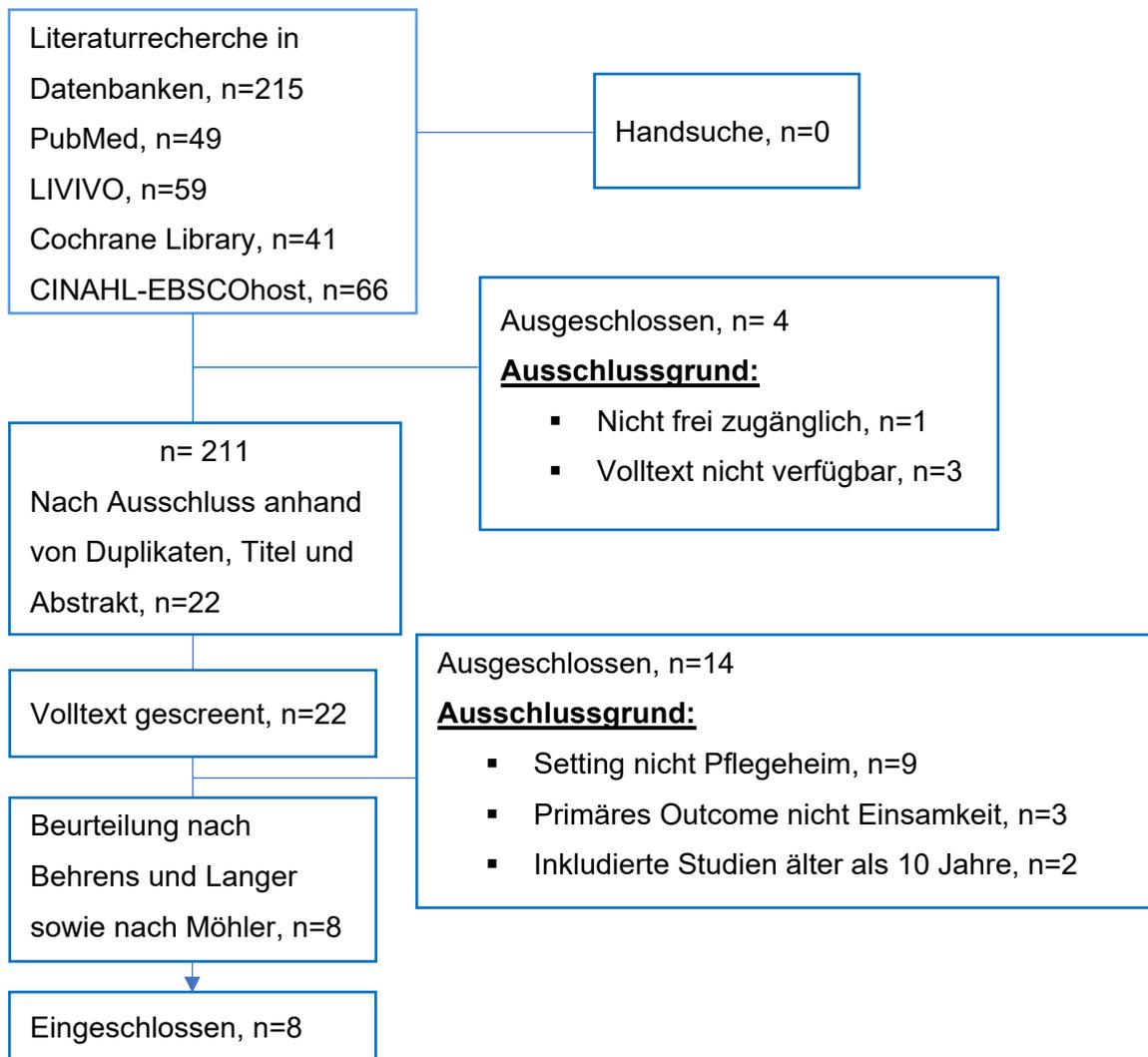
Metasynthese, qualitative Studie und Zugriff; freie Volltexte. Zur Beantwortung der Forschungsfrage anhand geeigneter Literatur wurden zudem die folgenden **Ein- und Ausschlusskriterien** festgelegt: Die Proband*innen mussten Altenpflegeheimbewohner*innen im Alter ab 60 Jahren nach der WHO-Definition von alt sein. Einbezogene Studien durften zum Zeitpunkt der Inkludierung bzw. zum Zeitpunkt der letzten Literaturrecherche nicht älter als zehn Jahre sein. Die Stichprobengröße für quantitative Studien sollte mindestens 50 Proband*innen und für qualitative Studien mindestens zehn Studienteilnehmer*innen betragen, um in das integrative Review aufgenommen zu werden. Systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mussten mindestens drei eingeschlossene Studien untersucht haben. Das Setting musste exklusiv ein Pflegeheim sein. Studien aus allen verfügbaren Ländern sollten in die Arbeit integriert werden, sofern sie ein qualitatives oder quantitatives sowie Mixed-Methode-Studiendesign hatten und auf Deutsch oder Englisch erhältlich waren. Zu den primären Outcomes musste Einsamkeit gehören, um eine Studie eingeschlossen zu werden. Des Weiteren mussten die geeigneten Studien für den endgültigen Einschluss in die Bachelorthesis den Gütekriterien nach Behrens und Langer (< 3 als Note) sowie nach Möhler für die Metasynthese entsprechen. Ausgeschlossen wurden alle Studien, die die o. g. Einschlusskriterien nicht erfüllten.

4.3 Kritische Beurteilung der Studien und Reduktion

Eingeschlossen sind Publikationen von 2018 bis 2024. Die Qualitätsanalyse erfolgte durch die kritische Beurteilung nach Behrens und Langer. Die herangezogene Literatur wurde hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit geprüft. Alle drei genannten Gütekriterien mussten nach der kritischen Beurteilung eine möglichst hohe Bias-Vermeidung aufweisen, damit die einzelnen Studien inkludiert wurden. Die Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Metaanalyse, die Beurteilung einer Interventionsstudie und die Beurteilung einer qualitativen Studie wurden je nach Forschungsdesign als geeignete Bögen für die kritische Beurteilung der eingeschlossenen Studien verwendet (Behrens & Langer, 2004, 2010). Bei der Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung) wurden die einzelnen Kriterien der Bögen als zutreffend, teilweise zutreffend oder nicht zutreffend bzw. Beschreibung vollständig, Beschreibung unvollständig, fehlende Beschreibung eingestuft. Zutreffendes und vollständige Beschreibungen wurden mit einem Punkt bewertet. Teilweise Zutreffendes und unvollständige Beschreibungen wurden mit einem halben Punkt und Nichtzutreffendes sowie fehlende Beschreibungen mit null Punkten versehen. Die Punkte der jeweiligen Studien wurden addiert und nachfolgend das arithmetische Mittel gebildet. Die daraus resultierende Dezimalzahl wurde in Prozent konvertiert und schließlich an eine Note gebunden. Es wurde festgelegt, dass nur Studien in die Arbeit eingeschlossen wurden, die

mindestens ein „Gut“ in der kritischen Beurteilung erreichten, um möglichst glaubwürdige Ergebnisse zu erzielen. Die Benotung nach Behrens und Langer bezieht sich auf die Glaubwürdigkeit der jeweiligen Untersuchung. Insgesamt können Noten von 1 bis 6 vergeben werden, wobei 1 die beste und 6 die schlechteste Bewertung darstellt (sehr gut – gut – befriedigend – ausreichend – mangelhaft – ungenügend). Bei der Beurteilung der Qualität der eingeschlossenen qualitativen Metasynthese musste die Autorin aufgrund eines fehlenden geeigneten Beurteilungsbogens von Behrens und Langer abweichen. Hierbei orientierte sich die Autorin an den methodischen Schritten einer qualitativen Evidenzsynthese nach Möhler (2016, S. 74-75). Es erfolgte daher für diese Studie keine Betonung der Bias-Vermeidung. **Anhang C** dient einer detaillierten kritischen Beurteilung inkludierter Studien sowie einer Übersicht des Notenschlüssels. Eine grafische Darstellung des Literatursuchverfahrens wird ebenfalls anhand des PRISMA-Flowcharts auf der **Abb. 1** in Anlehnung an Ziegler et al. (2011) präsentiert. Die verschiedenen Ausschlussgründe im Prozess der Datengewinnung sowie die quantitative Reduktion der Studien für die Bachelorthesis werden durch das Flowchart transparent. Die Abbildung dient der Nachvollziehbarkeit des Ein- und Ausschlussverfahrens im Rahmen der Datengewinnung. Die eingeschlossenen Artikel wurden inhaltlich und methodisch analysiert. Eine tabellarische Zusammenfassung der 22 Studien auf Volltext gescreenten Publikationen befindet sich in **Anhang B**. Die endgültig eingeschlossenen acht Studien wurden zusätzlich individuell beurteilt und bzgl. besonderer Stärken und relevanter Schwächen begutachtet. Nach Beendigung der Ausschlussphase wurde die ausgewählte Literatur weiterbearbeitet. Die Recherche in den vier Datenbanken ergab 215 Artikel, davon 49 über PubMed, 59 über LIVIVO, 41 über Cochrane Library (37 Trails und vier Reviews) und 66 über CINAHL-EBSCOhost. Eine potenzielle Studie für diese Arbeit über LIVIVO hatte keinen freien Zugang und für drei Studien über CINAHL waren die Volltexte nicht verfügbar. Die Exklusion anhand von Duplikaten, Titeln und Abstracts führte zu 22 Studien. Diese wurden auf Volltext gescreent und 14 Studien wurden exkludiert. Eine potenzielle systematische Übersichtsarbeit musste exkludiert werden, da die inkludierten Studien zu diesem Zeitpunkt älter als zehn Jahre waren. Eine Literaturübersicht, die sich mit einer ähnlichen Fragestellung wie die Fragestellung dieser Arbeit beschäftigte, musste ebenso ausgeschlossen werden, denn ein großer Teil der inkludierten Studien war älter als zehn Jahre und die aktuellen Studien waren bereits einzeln in diese Arbeit eingeschlossen worden. Die Ein- und Ausschlusskriterien dieser Arbeit mussten eingehalten werden. Die weiteren Ausschlussgründe sind im Flowchart sowie im **Anhang B** aufgeführt. Die acht verbliebenen Studien wurden auf ihre Güte sowie auf die Bias-Vermeidung nach Behrens und Langer sowie nach Möhler, wie bereits erwähnt, kritisch beurteilt. Alle acht Studien entsprachen den Gütekriterien und wurden in die Bachelorthesis eingeschlossen. Inhaltlich werden sie im folgenden Kapitel dargestellt.

Abbildung 1: PRISMA-Flowchart, eigene Darstellung in Anlehnung an Ziegler et al. (2011).



5. Inhaltliche Darstellung eingeschlossener Publikationen

Zhang et al. (2023) führten eine qualitative Metasynthese über das Erleben von Einsamkeit bei älteren Pflegeheimbewohner*innen durch. Das Ziel dieser Studie war, das Erleben von Einsamkeit aus der Sicht älterer Pflegeheimbewohner*innen systematisch zu untersuchen und zusammenzufassen. Die Wissenschaftler*innen gingen hypothetisch davon aus, dass durch die Betrachtung der Einsamkeit aus der Perspektive der Betroffenen für ein besseres Verständnis ihrer Bedürfnisse gesorgt und die Grundlage für die Entwicklung geeigneter Pflegemaßnahmen geschaffen werden kann. Eine umfassende Literaturrecherche in mehreren Datenbanken wurde bis zum 20. März 2023 durchgeführt. Das von dem JBI-Center for Evidence-Based Health Care in Australien empfohlene PICOS-Modell wurde verwendet, um die Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie zu bestimmen. Zu den Einschlusskriterien gehörten ältere Menschen im Alter von 60 und darüber (Population), Erfahrung von Einsamkeit

(interessiertes Phänomen), Pflegeheim (Kontext) und Studiendesign (S), wobei nur qualitative oder Mixed-Methode-Forschungen betrachtet wurden. Bei den Mixed-Methode-Forschungen wurde nur die qualitative Komponente extrahiert. Ausgeschlossen waren u. a. doppelte Publikationen oder unvollständige Daten, quantitative Studien, Konferenzzusammenfassungen, Übersichtsarbeiten sowie Fallberichte und Protokolle. Die Datenextraktion erfolgte durch zwei voneinander unabhängige Forschende auf der Grundlage der Ein- und Ausschlusskriterien. 13 Studien wurden in die Metaanalyse eingeschlossen. Das JBI-Appraisal-Tool wurde zur Bewertung der Studienqualität verwendet. Für die systematische Datensynthese wurde ein dreistufiger Ansatz von Thomas und Haddens verwendet. Diese Studie synthetisierte die Ergebnisse einer qualitativen Studie der 188 älteren Bewohner*innen in 33 Pflegeheimen. Die Ergebnisse dieser Metasynthese zeigen, dass ältere Pflegeheimbewohner*innen Einsamkeit unterschiedlich empfinden, wahrnehmen und diese auf unterschiedliche Weise mit vielen Facetten beschreiben. Die Forschenden erwähnten allerdings ein paar Limitationen bei der Studiendurchführung. Es wurde veröffentlichte Literatur auf Englisch und Chinesisch durchsucht, wobei relevante Studien in anderen Sprachen ausgeschlossen wurden. Die Originalstudien stammten aus unterschiedlichen Ländern. Dadurch konnte eine kulturelle Verzerrung bei der Dateninterpretation angesichts der kulturellen Unterschiede bei der Wahrnehmung von Einsamkeit nicht ausgeschlossen werden. Die ursprünglichen Studien behandelten zudem Einsamkeit exklusiv bei kognitiven Pflegeheimbewohner*innen, was die kognitiv beeinträchtigten Bewohner*innen ausschloss.

Wijesiri et al. (2019) führten eine Querschnittsstudie über Einsamkeit bei älteren Pflegeheimbewohner*innen in drei Pflegeheimen in Sri Lanka durch. Das Ziel dieser Studie war, die Einsamkeit bei älteren Menschen zu untersuchen, die in Pflegeheimen in Colombo, Sri Lanka leben. Dabei wurde beabsichtigt, den Einsamkeitsgrad und Zusammenhänge zwischen Einsamkeit und soziodemografischen Variablen zu investigieren sowie die Erfahrung der Einsamkeit und die angewendeten Strategien zur Bewältigung von Einsamkeit zu beschreiben. Um das Ziel zu erreichen, wurde eine Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden angewendet. Der quantitative Ansatz mit strukturierten Interviews basierte auf der statistisch analysierten Loneliness Scale der R-UCLA, während der qualitative Ansatz leitfadengestützte Einzelinterviews mit offenen Fragen umfasste. Insgesamt wurden 25 Teilnehmer*innen aus jedem Pflegeheim (Stichprobegröße = 75 Teilnehmer*innen) anhand einer Lotteriemethode inkludiert. Dabei wurden fünf Teilnehmer*innen aus jedem Pflegeheim (n = 15) mit den höchsten Werten (> 60) auf der Einsamkeitsskala gezielt für ein offenes Interview ausgewählt, um Verständnis für die Einsamkeitserfahrung zu vermitteln. Einschlusskriterien waren ein Alter ab 65 Jahren, ein ständiger Wohnsitz in einem Altenpflegeheim, die Fähigkeit zur Teilnahme an einem Interview, die Fähigkeit zur Verständigung auf Englisch oder Singhalesisch und das Fehlen einer diagnostizierten

psychiatrischen Störung. Vor der Datenerhebung wurde eine Pilotstudie durchgeführt, um das strukturierte Interview auf Grundlage der R-UCLA-Einsamkeitsskala und den Interviewleitfaden zu testen. Zwei Personen, die die Einschlusskriterien erfüllten, nahmen daran teil. Die Pilotstudie zeigte eine problemlose Beantwortung des R-UCLA-Fragebogens sowie eine Eignung des Leitfadens für das offene Interview, das 2-3 Tage nach dem strukturierten Interview durchgeführt wurde. Die Interviews erfolgten auf Singhalesisch in einer ruhigen Umgebung und dauerten ca. 45 Minuten (30-50 Minuten). Die Interviews wurden mit Zustimmung der Studienteilnehmer*innen auf Tonband aufgezeichnet und wörtlich in englischer Sprache transkribiert. Die qualitative Datenanalyse fand mittels induktiver Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman statt. Einsamkeit wurde als Bewältigung von innerem Schmerz erlebt, den die Pflegeheimbewohner*innen als emotionales Leiden beschrieben. Diese Studie wurde jedoch durch u. a. den Bestand der Stichprobe (hauptsächlich Frauen), die Lokation der untersuchten Heime (Hauptstadt als Lage) und die Übersetzung der R-UCLA-Einsamkeitsskala vom Englischen ins Singhalesische, wobei die übersetzte Version vor der Verwendung nicht validiert wurde, limitiert.

Paque et al. (2018) führten eine phänomenologische Studie zur Exploration der Einsamkeit und anderer Gefühle von Bewohner*innen in Pflegeheimen in Flandern, Belgien durch. Eingeschlossen waren elf Pflegeheimbewohner*innen aus drei Pflegeheimen, die ein Informed Consent gaben. Zudem mussten sie mindestens 65 Jahre alt sein, die niederländische Sprache beherrschen, mehr als drei Monate im Heim aufgenommen sein und die Fähigkeit zur Teilnahme an einem 60-minütigen Interview haben (MMSE \geq 18 und ohne Demenzdiagnose). Vor Interviewbeginn überprüfte die zuständige Pflegefachperson den psychischen Zustand der Teilnehmer*innen mithilfe des MMSE-Tools. Für die Datensammlung wurden leitfadengestützte Tiefeninterviews mit offenen Fragen in den eigenen Zimmern der Bewohner*innen ohne Anwesenheit Dritter im Zeitraum von Januar bis April 2015 durchgeführt. Alle Interviews dauerten zwischen 30 und 90 Minuten. Um zu vermeiden, dass die Bewohner*innen über Einsamkeit als Thema der Interviews berichten, wurden sie zu ihren Gefühlen befragt, mit denen sie im Allgemeinen zu kämpfen haben. Danach wurde der Fokus auf die Einsamkeit geschärft. Die Datenanalyse erfolgte mithilfe der IPA. Die Bewohner*innen hatten Schwierigkeiten, über Einsamkeit zu sprechen. Im Allgemeinen variierten die Beschreibungen der Einsamkeitsgefühle durch die Interviewten. Die Studienteilnehmenden waren trotz der Anregung zu einem offenen Gespräch in den ersten Interviews zurückhaltender und es fehlte auch in der ersten Serie zwei Interviews an Tiefe, da die Teilnehmenden einige der Schlüsselfragen ausweichend beantworteten. Die zwei letzten erwähnten Aspekte schränkten die Studie ein.

Yen et al. (2024) untersuchten anhand eines systematischen Reviews mit Metaanalyse von RCTs die Auswirkungen sozialer Roboter auf Depression und Einsamkeit älterer Bewohner*innen ab 65 Jahre in Langzeitpflegeeinrichtungen. Das Ziel war, die Auswirkungen konkreter Formen von „social and companion/interactive robots“ (SCRs) mit körperlicher Manifestation auf die Depression und Einsamkeit älterer Bewohner*innen zu explorieren. Betrachtet als Interventionen waren Roboter aber ohne spezifische Erscheinung (Tier oder Mensch), die mit Individuen interagieren können, um Kameradschaft, Sozialverhaltensförderung und potenzielle Vorteile für die psychische Gesundheit zu erzielen. Die Kontrollgruppe war nicht begrenzt. Die Outcomes waren u. a. Einsamkeit. Der Moderator wurde durch Subgruppenanalysen und Metaregression verglichen, um die unterschiedlichen Effekte der Studiendesigns zwischen den RCTs zu verstehen. Die Literaturrecherche erfolgte im August 2023 in sechs elektronischen Datenbanken. Die Studienauswahl erfolgte nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Die Bewertung des Verzerrungsrisikos aller inkludierten RCTs erfolgte durch Forschende getrennt voneinander in Übereinstimmung mit dem Cochrane Risk of Bias Tool 2.0. Die Metaanalyse wurde mit der Comprehensive Meta-Analysis Version 2.0 durchgeführt. Zufallseffektmodelle wurden verwendet, um verschiedene Variationsquellen zwischen den Studien zu berücksichtigen. Die Effektgröße wurde unter Verwendung von Hedge g Coefficient und 95% KIs eingeschätzt. Die Heterogenität wurde anhand der Q-Statistiken und der I²-Statistiken bewertet. Die Heterogenität wurde als gering, mäßig und hoch mit Obergrenzen von 25 %, 50 % und 75 % quantifiziert. Der Publikationsbias wurde durch den Egger-Regressions-Intercept bewertet. Subgruppenanalysen und Metaregressionen wurden weiter eingesetzt, um festzustellen, ob die Merkmale der Intervention einen Einfluss auf die Effektgröße in den Studien hatten, einschließlich des Alters der Teilnehmer, der Robotertypen, der Roboteraktivitäten und des Studiendesigns der Interventionen. Von den 2.174 identifizierten RCTs wurden acht Studien sowohl für die qualitative als auch für die quantitative Synthese ausgewählt. Von den acht ausgewählten RCTs wurden drei Artikel auf Einsamkeit analysiert. In Bezug auf das Ergebnismaß wurde in allen drei RCTs die Einsamkeit anhand der Einsamkeitsskala der UCLA gemessen. Aufgrund der begrenzten Anzahl von eingeschlossenen RCTs wurde jedoch keine Moderatorenanalyse für Einsamkeit durchgeführt. Interventionen von Sozialrobotern zeigten signifikant positive Effekte auf die Verringerung der Einsamkeit bei großen Effektgrößen.

Beogo et al. (2023) führten ein systematisches Review hinsichtlich der Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Bekämpfung der Isolation und Einsamkeit in Langzeitpflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie durch. Es wurde beabsichtigt, die Effekte der in den LTCFs implementierten IKT-Interventionen zur Bekämpfung der SIL bei Pflegeheimbewohnenden während der COVID-19-Pandemie zu evaluieren. Die Studie diente zudem der Identifizierung von Studien, die IKT durch verschiedene Kommunikationsmittel als

Strategie für die Interaktion und Verbindung mit Familienmitgliedern älterer Menschen in LTCFs untersuchten. Proband*innen inkludierter Studien waren Pflegeheimbewohner*innen im Alter ab 65 Jahren ohne unheilbare Krankheiten, Krankenhausbehandlung oder schwere kognitive Beeinträchtigung mittels des MMST-Screenings. Da die Studie auf die Nutzung der IT-Anwendungen abzielte, wurden Videos, Voicemails, Fotos oder jede Form von Chat mit kommerziellen Anwendungen (z. B. TikTok, FaceTime, Facebook und Zoom) für die Konversationen über ein digitales Tool (z. B. Computer, Smartphones oder Tablets) einbezogen. Die wichtigsten IKT-Interventionskomponenten mussten die Nutzung des Internets zur Befriedigung der Bedürfnisse der sozialen Netzwerke umfassen. Die Benutzung eines Standardtelefons wurde ebenfalls in Betracht gezogen. Die Interventionen mussten entweder einzeln oder in einem kollektiven Format durchgeführt haben. Ausgeschlossen wurde jede Form der digitalen Unterbringung, die eine wichtige persönliche Gesprächskomponente erfordert, oder Telekommunikation für die medizinische Abklärung und Behandlung. Die Ein- und Ausschlusskriterien basierten auf dem PICO-Schema. Die primären Outcomes waren Einsamkeit und soziale Isolation (SIL). Diese Studie umfasste Publikationen, die seit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie ab Dezember 2019 abgeschlossen wurden. Insgesamt wurden vier Studien in das Review einbezogen. Die Qualitätsbewertung erfolgte mittels der Critical Appraisal Checkliste der Specialist Unit für Review Evidenz (SURE). Die IKT-Interventionen bestanden hauptsächlich aus Videokonferenzen sowie Videokonferenzen zwischen Gruppen und Chats (SMS-Textnachrichten und Telefonanrufe). In dieser Studie wurde die Rolle humanoider Roboter in LTCFs als Innovationsweg aufgrund ihrer vielseitigen Verwendung (z. B. Kommunikationsmittel und fernbedienbar) berücksichtigt. Es wurde bestätigt, dass IKT-bezogene Anwendungen zur Gewährleistung der Konnektivität der Heimbewohner*innen verwendet wurden, und somit die Reduktion der SIL.

Im Jahr 2020 erforschten Wissenschaftler*innen die Auswirkungen eines Smartphone-basierten Videokonferenzprogramms auf Depression, Einsamkeit und Lebensqualität bei Altenpflegeheimbewohner*innen in sieben Pflegeheimen in Taiwan. Die Pflegeheime wurden nach dem Zufallsprinzip als Standorte entweder für die Interventionsgruppe (5 NH) oder die Kontrollgruppe (2 NH) ausgewählt. Die Interventionsgruppe bestand aus 32 Teilnehmer*innen und die Kontrollgruppe aus 30 Teilnehmer*innen. Die Rekrutierung erfolgte anhand der Ein- und Ausschlusskriterien. Rekrutiert wurden Resident*innen über 60 Jahre mit einem MMSE-Score ≥ 16 für Resident*innen ohne formale Bildung oder > 20 für Bewohnende mit mindestens Grundschulbildung und ohne Erfahrung mit der Verwendung von Smartphones für Videokonferenzen mit Menschen. Sowohl die Bewohnenden als auch die Familienmitglieder mussten in die Studienteilnahme einwilligen. Die Interventionsgruppe interagierte sechs Monate lang einmal pro Woche mit ihren Familienmitgliedern über ein Smartphone und eine LINE-Anwendung (App). Die Daten wurden mit Selbstbeurteilungsinstrumenten erfasst.

Subjektive Einsamkeitsgefühle wurden unter Verwendung der UCLA-Einsamkeitsskala eingeschätzt. Die Datenerhebung erfolgte zu vier Zeitpunkten, und zwar zu Studienbeginn sowie einen Monat, drei Monate und sechs Monate nach Studienbeginn. Die Daten wurden mit dem Ansatz des GEEs-approach analysiert. Zudem wurden die Daten codiert und mithilfe von SPSS 24.0 statistisch untersucht. Die demografischen Daten der Teilnehmer*innen wurden mit deskriptiven Statistiken analysiert. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden zu den o. g. Zeitpunkten mithilfe der multiplen linearen Regression der GEE verglichen. Um die Wirkung der Videokonferenzintervention auf jede Variable zu untersuchen, wurden Regressionsmodelle konstruiert, die nur einen festen Effekt testen. Trotz der Limitationen zeigten die Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe nach der Intervention eine signifikante Abnahme der Baseline-Einsamkeitsscores (Tsai et al., 2020).

Chu et al. (2019) untersuchten die Wirksamkeit eines Gartenbau-Aktivitätsprogramms zur Verringerung der Einsamkeit und Depression bei älteren Pflegeheimbewohner*innen in Taiwan. Diese RCT wurde von Februar 2017 bis Mai 2018 durchgeführt. Die Teilnehmer*innen wurden nach dem Zufallsprinzip entweder einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Die Proband*innen wurden durch Convenience-Stichproben aus drei Pflegeheimen in Tainan, Taiwan rekrutiert. Insgesamt gaben 150 Bewohner*innen ihre Einwilligung zur Studienteilnahme. In jedem Pflegeheim wurden 25 Teilnehmer*innen der Interventionsgruppe und 25 Teilnehmer*innen der Kontrollgruppe zugeteilt. Somit umfasste die Analyse in dieser Studie 75 Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe und 75 Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe. Eingeschlossen waren Bewohner*innen im Alter über 65 Jahre mit klarem psychischem Status und Kommunikationsfähigkeit sowie der Fähigkeit zur selbstständigen Versorgung. Bewohner*innen mit einer diagnostizierten kognitiven Beeinträchtigung (MMSE-Score < 24) wurden ausgeschlossen. Basierend auf Daten aus einer systematischen Literaturrecherche wurde ein 8-wöchiges Gartenbau-Aktivitätsprogramm mit dem Titel „Gartenarbeit für Spaß und Vitalität erleben“ konzipiert und in der Interventionsgruppe umgesetzt. Die Kontrollgruppe erhielt eine routinemäßige Versorgung. Das Programm hatte vier Ziele: (1) den Tast-, Geruchs- und Sehsinn zu simulieren, (2) Verbesserung der Hand-Auge-Koordination, (3) Gartenbau-Aktivitäten zu entwickeln, die den Teilnehmer*innen ein Erfolgserlebnis vermitteln sowie das Selbstvertrauen stärken und (4) zwischenmenschliche Interaktionen zu fördern, die zu Freundschaften führen können. Die Intervention umfasste 1,5 bis 2-stündige Sitzungen pro Woche. Inhaltlich enthielt dieses Programm folgende Aktivitäten: „Green fields trace (tissue bag rubbing), Enameled clay pottery, Evergreen planting, Grass doll, New clothes for flowers (paper-tearing drawing), Important memory (photo frame) und Welcome by flowers“. Für die Datenerhebung wurden strukturierte Fragebögen einschließlich Einsamkeitsskalen verwendet. Der CVI betrug 0,94 und das Cronbachs Alpha lag bei 0,71.

Die Daten wurden mit SPSS Version 17 analysiert. Der Chi-Quadrat-Test wurde verwendet, um Gruppenunterschiede in persönlichen Merkmalen zu untersuchen. Das GEE-Modell wurde verwendet, um die unabhängigen Effekte des Gartenbau-Aktivitätsprogramms zu identifizieren. Die beiden Gruppen wiesen eine hohe Homogenität auf. Es gab einen signifikanten zeitlichen Wechselwirkungseffekt durch die Behandlung in der Interventionsgruppe ($p < 0,001$).

Alici et al. (2018) erforschten die vorläufigen Auswirkungen der Lachtherapie auf Einsamkeit und Todesangst bei älteren Pflegeheimbewohner*innen im Alter zwischen 65 und 75 Jahren anhand einer nicht randomisierten Pilotstudie in der Türkei. Diese quasi-experimentelle Studie mit einem nicht-äquivalenten Kontrollgruppe Vor-Nachtest-Design zielte darauf ab, die Wirkung der Lachtherapie auf das Niveau der Einsamkeit und Todesangst bei älteren Erwachsenen in Pflegeheimen in der Türkei zu bewerten. Eingeschlossen waren zwei Pflegeheime mit einer Stichprobengröße von 72 Proband*innen bzw. 36 Proband*innen in der Interventionsgruppe aus einem Pflegeheim sowie 36 Proband*innen in der Kontrollgruppe aus dem zweiten Pflegeheim. Für die Aufnahme in die Studie mussten die Teilnehmer*innen in der Lage sein, bei täglichen Aktivitäten unabhängig zu bleiben. Die Ausschlusskriterien waren Demenz, Alzheimer, Depressionen, unkontrollierter Diabetes, Bluthochdruck und chirurgische Eingriffe mit Blutungsgefahr sowie schwere Hör- oder Wahrnehmungsdefizite, die die Kommunikation beeinträchtigen. Die Daten wurden unter Verwendung eines soziodemografischen Formulars erhoben, das von den Forschenden auf der Grundlage früherer Literatur sowie der DJGLS erstellt wurde. Die Interventionsgruppe erhielt fünf Wochen lang zweimal wöchentlich eine Lachtherapie, die Kontrollgruppe jedoch nicht. Bei der Datensammlung füllten die Teilnehmer*innen das DJGLS zweimal, d. h. während des ersten Interviews (Pretest) und nach zehn Anwendungen der Intervention (Posttest) aus. Die Intervention umfasste die Durchführung von Yoga-, Atem- und Körperübungen sowie Lachtherapie. Die Therapie wurde zwischen 15:00 und 16:00 Uhr mit einer Dauer von 35 bis 40 Minuten je Sitzung durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte mithilfe von IBM SPSS (Version 23.0). Alle Ergebnisse entsprachen den Normalitätsannahmen und parametrische Tests wurden zum Vergleich verwendet. Der t-Test der unabhängigen Stichprobe wurde genutzt, um die Unterschiede zwischen zwei unabhängigen Gruppen zu analysieren. Die Beziehung zwischen zwei unabhängigen kategorialen Variablen wurde mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht. Trotz der geringen Stichprobengröße und des quasi-experimentellen Designs wurden nach der Intervention signifikante Unterschiede der Einsamkeitsscores zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt.

6. Beurteilung der Literatur

Insgesamt wurden, wie bereits ausgeführt, acht passende Studien anhand der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien eingeschlossen, d. h. drei Interventionsstudien (Chu et al., 2019, Alici et al., 2018, Tsai et al., 2020), eine Metaanalyse (Yen et al., 2024), ein systematisches Review ohne Metaanalyse (Beogo et al., 2023), eine phänomenologische qualitative Studie (Paque et al., 2018), eine qualitative Metasynthese (Zhang et al., 2023) und eine Querschnittsstudie (Wijesiri et al., 2019), wobei nur die qualitative Komponente extrahiert wurde. Bei der Datenextraktion wurde festgestellt, dass bei allen inkludierten Studien keine eigenständige Fragestellung formuliert wurde, jedoch sind die Titel und Zielsetzungen aller Studien klar und präzise formuliert sowie ausreichend eingegrenzt. Die Fragestellungen lassen sich somit davon ableiten bzw. identifizieren. Die Ein- und Ausschlusskriterien aller inkludierten Publikationen waren für eine erfolgreiche Untersuchung des Forschungsgegenstandes geeignet und es bestehen diesbezüglich keine Abweichungen in allen Untersuchungen. Die Forschungsprozesse waren bei allen Studien klar ersichtlich. Die Ergebnisse aller Forschungen sind nachvollziehbar, aussagekräftig und auf ähnliche Bewohner*innen mit gleichen Merkmalen und in gleichen Settings übertragbar. Für alle empirischen Forschungen lagen eine informierte Einwilligung der Proband*innen und eine Genehmigung durch die entsprechenden Ethikkommissionen vor.

In keiner der Interventionsstudien wurde die Adhärenz der Proband*innen eingeschätzt. Es ist demnach nicht auszuschließen, dass gemeinsam gesetzte Ziele im Behandlungsprozess nicht adäquat eingehalten wurden. Ebenso erfolgte keine Kosten-Nutzen-Analyse, um den Nutzen und die Kosten der Intervention zu vergleichen. NNT wurden gleichfalls nicht eingeschätzt, um die Anzahl der Bewohner*innen einzuschätzen, die die Intervention erhalten müssen, um eine andere einsame Pflegeheimbewohnende mit dem gewünschten Ergebnis zu bekommen. Die drei o. g. Elemente wurden auch in ursprünglichen Studien systematischer Übersichtsarbeiten nicht untersucht. Die systematischen Reviews inkludierten wenige Studien. Die Ergebnisse lassen sich daher nicht uneingeschränkt übertragen.

In der Pilotstudie von Alici et al. (2018) erfolgte keine Randomisation der Proband*innen, was die Gefahr eines Selektionsbias nicht ausschließt. Eine Verblindung war zwar unmöglich, jedoch könnte dadurch ein Durchführungsbias entstehen. Im Studienverlauf sind zudem 22 von 72 Personen ausgefallen. Eine solch hohe Drop-out-Rate könnte die Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse einschränken. Die Ausfallgründe waren allerdings unbeeinflussbar. Das Konfidenzintervall wurde auch nicht angegeben, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken könnte. In der quasi-experimentellen Studie von Tsai et al. (2020) war die Attritionsrate in der Interventionsgruppe (37,5 %) und in der Kontrollgruppe (33,3 %) hoch. Es bestanden zudem signifikante Unterschiede in den Behandlungsgruppen bzgl. des Alters, der

sozialen Kontakte und der Krankheitsbilder. Diese Faktoren könnten die Glaubwürdigkeit der Studienergebnisse einschränken. Bzgl. der hohen Attritionsrate argumentierten jedoch die Forschenden, dass basierend auf dem EPHPP-Assessment-Tool eine Attritionsrate unter 40 % als schwach betrachtet wird. Daher war die Attritionsrate dieser Studie akzeptabel.

Bei den qualitativen Studien erfolgte keine Validation der Ergebnisse mittels MemberCheck zur Sicherung der Studienqualität, Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit der Ergebnisse. Es besteht jedoch Konsens in den Forscherteams über die gesamten Studienergebnisse. Zudem trugen die Forscher*innen gemeinsam die Verantwortung für alle Studieninhalte. Trotz fehlender Betonung der Glaubwürdigkeit der Metasynthese (Bias-Vermeidung) erfüllte diese Studie alle Qualitätskriterien für Metasynthesen nach Möhler (2016) und die Ergebnisse bergen eine hohe Aussagekraft.

In Anbetracht der Herkunft der eingeschlossenen Studien wurden die Untersuchungen in unterschiedlichen Ländern durchgeführt. Je nach Land variieren bestimmte Faktoren, die einen Einfluss auf die Einsamkeitswahrnehmung der Bewohner*innen haben könnten. Beispielhaft hierfür sind Aspekte wie die soziodemografischen Charakteristiken der zu pflegenden Menschen, institutionelle und politische Rahmenbedingungen sowie die Qualität der in den Pflegeheimen erbrachten Pflegeleistungen durch das Pflegepersonal zu nennen. Diese Faktoren können eine signifikant unkontrollierbare Heterogenität in den Stichproben schaffen und die Interpretation, Qualität und Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse einschränken.

Letztlich wurden soziale und emotionale Einsamkeit in allen Studien gut behandelt, jedoch fehlte eine umfassende Eruiierung existenzieller Einsamkeit, was eine Forschungslücke darstellt. Darauf wurde auch von Zhang et al. (2023) hingewiesen. Zudem wurden Personen mit kognitiven Einschränkungen wie bspw. Bewohner*innen mit einer Demenzdiagnose in allen Studien exkludiert. Infolgedessen konnten das Einsamkeitserleben aus der Sicht der Population der kognitiv beeinträchtigten Bewohnenden sowie die für sie geeigneten Interventionen zur Reduktion der Einsamkeit nicht untersucht werden.

7. Ergebnisse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Bachelorthesis erfolgt in diesem Kapitel die Präsentation der gewonnenen Ergebnisse. Die Resultate werden sowohl schematisch (Abb. 2, 3) als auch narrativ dargestellt (Unterkapitel 7.2). Für das Erleben von Einsamkeit ergaben sich drei Hauptkategorien: Einsamkeit ist eine Qual, Einsamkeit ist eine Wahl und Coping mit Einsamkeit, die anschließend in entsprechende Unterkategorien eingeordnet wurden. Abb. 2 liefert eine übersichtliche Illustration der qualitativen Ergebnisse. Hinsichtlich der Interventionen wurden drei unabhängige evidenzbasierte Hauptinterventionen synthetisiert:

Lachtherapie (RCT), Gartenbau-Aktivitäten (RCT) sowie Sozial- und Kommunikationstechnologien (quasi-experimentelle Studie bzw. zwei systematische Übersichtsarbeiten). Die letzte Intervention wurde in drei Interventionskategorien klassifiziert. Abb. 3 dient der schematischen Darstellung der Interventionen. In der qualitativen Forschung erschienen ebenso Ursachen der Einsamkeit, die bereits im theoretischen Teil (Unterkapitel 3.8) behandelt wurden. Zur Vermeidung von Doppelungen erfolgte deren Synthese im Ergebnisteil dieser Bachelorthesis nicht. Für ein besseres Verständnis der qualitativen Ergebnisse ist daher das Einlesen in die Ursachen für die Lesenden von Relevanz.

7.1 Schematische Darstellung der Ergebnisse

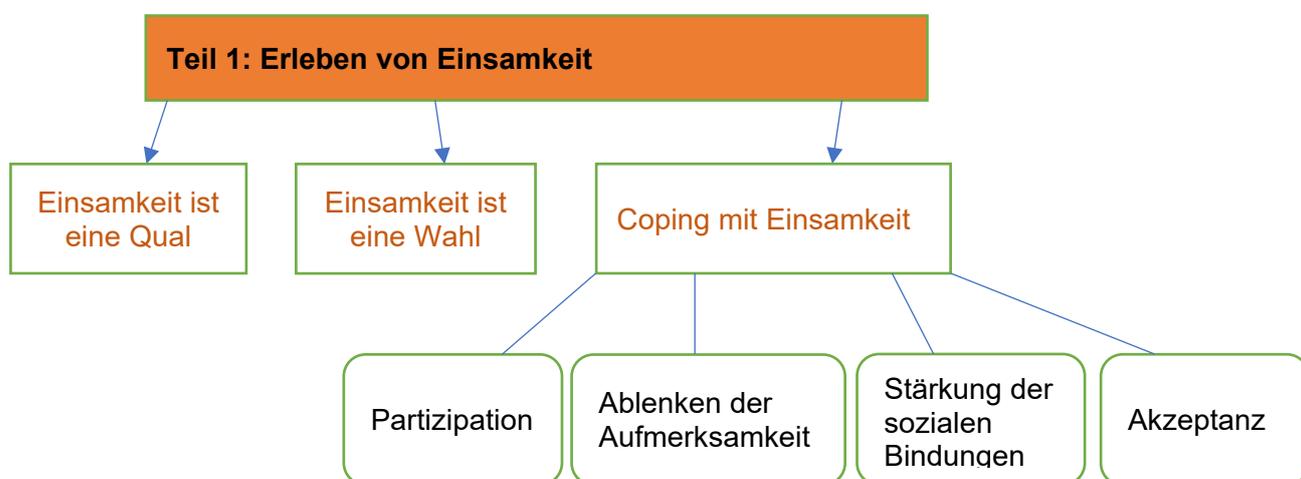


Abbildung 2: Erleben von Einsamkeit, eigene Darstellung

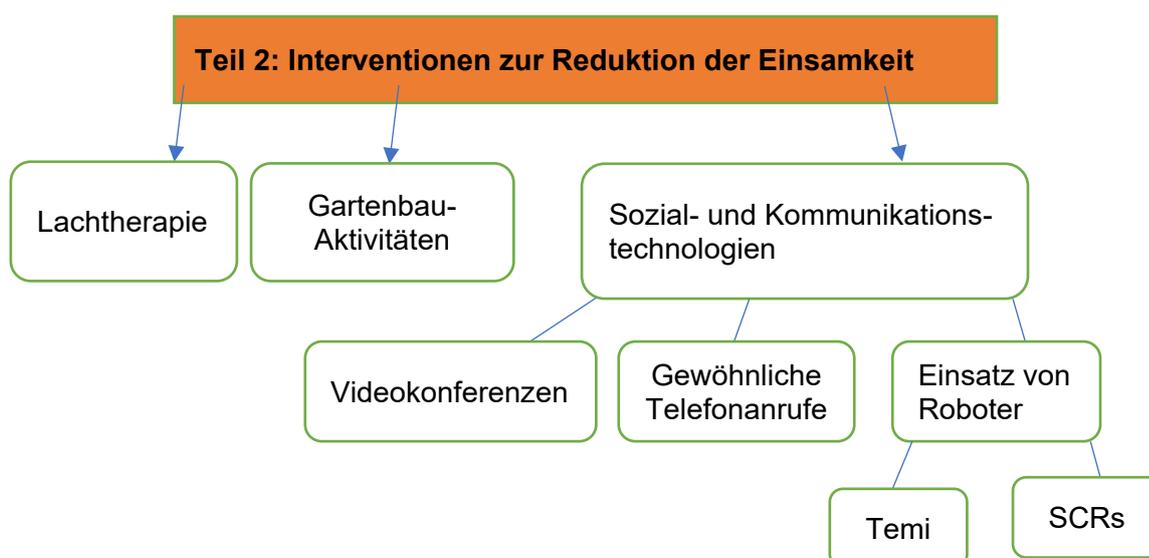


Abbildung 3: Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit, eigene Darstellung

7.2 Narrative Darstellung der Ergebnisse

7.2.1 Erleben von Einsamkeit

Das Erleben von Einsamkeit wird als Bewältigung von innerem Schmerz verstanden, die unterschiedlich stattfindet (Wijesire et al., 2019).

Pflegeheimbewohner*innen haben verschiedene Gefühle und Wahrnehmungen von Einsamkeit und beschreiben sie auf unterschiedliche Weise mit vielen Facetten. Die meisten nehmen Einsamkeit jedoch als schmerzhaftes negatives Gefühl wahr, während einige es als persönliches Verhalten und Entscheidung mit einer positiven Seite sehen (Paque et al., 2018, Zhang et al., 2023, Wijesire et al., 2019).

In der phänomenologischen Untersuchung begannen die Bewohner*innen selten spontan über Einsamkeit zu sprechen. Nur eine Bewohnende sprach spontan von einem Gefühl der Einsamkeit. Speziell nach Einsamkeit gefragt, gaben fünf weitere Informant*innen zu, einsam zu sein. Im Allgemeinen variierten die Beschreibungen der Teilnehmenden über Einsamkeit bis hin zu dem Gefühl, nicht wertgeschätzt zu werden, Langeweile, dem Gefühl, in der NH nicht zu Hause zu sein, und dem Verlust der Autonomie und Selbstbestimmung (Paque et al., 2018). Daraus resultierten drei Hauptkategorien.

Kategorie 1: Einsamkeit ist eine Qual

„Es ist sehr schmerzhaft, allein zu sein... Sehr schmerzhaft...“ (Zhang et al., 2023). Die meisten Bewohnenden im Pflegeheim beschreiben Einsamkeit im Zusammenhang mit Alter und Verlust. Sie betrachten Einsamkeit als ein Gefühl des Verlassenseins, der Nichtwertschätzung und des Unwillkommenseins und können in Frustration, Angst, Depression und Hoffnungslosigkeit verfallen, die sich sogar in Form von Weinen äußern kann. Es können Todesgedanken entstehen, wenn diese negativen Emotionen über einen längeren Zeitraum nicht intern verarbeitet werden. Darüber hinaus denken einige ältere Menschen über Einsamkeit im Zusammenhang mit vermissten Familienmitgliedern nach und empfinden sie als ein Gefühl des Verlusts, das durch die Trennung von geliebten Menschen hervorgerufen wird, sowie als eine Leere, die durch den Wunsch, mit ihnen zusammen zu sein, entsteht (Paque et al., 2018, Zhang et al., 2023, Wijesiri et al., 2019).

Die Bewohnenden fühlten sich gefesselt, da sie nach dem Einzug in das Pflegeheim ihre Freiheit verloren hatten. Mehrere äußerten, dass sie das Gelände allein nicht verlassen durften und daher sehr einsam blieben. Zudem waren sie aufgrund körperlicher Einbuße in ihrer Mobilität eingeschränkt. *„Mein Hauptgrund, mich einsam zu fühlen ist, dass ich diese Freiheit nicht habe. Ohne einen Pflegehelfer können wir nicht einmal nach draußen gehen. Ich fühle mich wie in einem Gefängnis. Ich muss für immer hier in diesem Pflegeheim sein. Daher fühle*

ich mich hier sehr einsam und spüre den Unterschied zwischen meinem vorherigen und meinem aktuellen Leben“ (Wijesiri et al., 2019).

Kategorie 2: Einsamkeit ist eine Wahl

Die Erfahrung der Einsamkeit ist egozentrisch und entsteht zum Teil durch äußere Veränderungen und zum Teil aus einem selbst heraus. Einsamkeit kann im Kopf durch äußere Einflüsse in Verbindung mit dem eigenen subjektiven Bewusstsein für Einsamkeit erzeugt werden. Wenn die Aufmerksamkeit in der Freizeit nicht gefordert wird, können ältere Menschen leicht unter Gedächtnisverlust und Einsamkeit leiden. Wenn sich ein älterer Mensch mit den äußeren Aspekten des Alterns und des Verlustes beschäftigt, ohne Anpassung der eigenen Denkweise, kann die Person leicht das Gefühl der Einsamkeit bekommen (Zhang et al., 2023). Des Weiteren glauben einige Ältere, dass Einsamkeit einen positiven Aspekt durch die Förderung der Stille, Ruhe und das Gefühl der Leichtigkeit während des Alleinseins hat (Paque et al., 2018, Wijesiri et al., 2019).

Kategorie 3: Coping mit Einsamkeit

Diese Kategorie beschreibt, wie Pflegeheimbewohnende selbst Maßnahmen zur Verringerung der Einsamkeit ergreifen, wenn sie damit konfrontiert werden. Einige ältere Menschen verabschieden sich von der Einsamkeit durch die Entwicklung eigener Hobbys. Hingegen bewältigen andere Ältere die Einsamkeit durch die Stärkung ihrer externen Bedingungen, um emotionalen Komfort zu erlangen (Zhang et al., 2023). Vier Aspekte werden hierfür beschrieben:

Partizipation

„Ich singe, ich tanze und schauspielere. Ich nehme gerne an Freizeitaktivitäten teil. Ich bin immer bereit, an solchen Aktivitäten teilzunehmen“ (Wijesiri et al., 2019). Einige ältere Menschen nehmen an einer Vielzahl von Aktivitäten im Pflegeheim teil, darunter Sport, Handwerkskurse, Gartenarbeit und religiöse Aktivitäten. Die Teilnahme an diesen Unternehmungen erhöht die Möglichkeiten der menschlichen Interaktion und trägt dazu bei, die Fremdheit zwischen den Menschen zu verringern, was das Interesse am Leben in einem Pflegeheim erhöht (Wijesiri et al., 2019, Zhang et al., 2023).

Ablenken der Aufmerksamkeit

„Mein bester Freund ist die Bibliothek. Ich liebe es, Bücher zu lesen. Ich lese jeden Tag, und ich vergleiche mein Leben mit einem Buch über Erfahrungen. Wenn es gut geschrieben ist, ist es gut zu lesen“ (Wijesiri et al., 2019). Wenn ältere Menschen Freizeit haben, stellt sich Langeweile ein, denn es gibt nichts zu tun (Zhang et al., 2023). Aus diesem Grund nutzen viele Ältere häufig fremde Aktivitäten, um sich die Zeit zu vertreiben und die Einsamkeit zu vergessen. Zu den gängigen Techniken gehören das Radiohören oder das Fernsehen, das

Lesen von Büchern, die Aufnahme von Hobbys und die Beschäftigung (Wijesiri et al., 2019, Zhang et al., 2023).

Stärkung der sozialen Bindungen

„Manchmal kommt meine Tochter mit meinen Enkelkindern. Wenn ich sie sehe oder an sie denke, wird meine Einsamkeit gelindert“ (Wijesiri et al., 2019). Pflegeheimbewohnende verspüren oft ein Gefühl der Sehnsucht nach ihren Angehörigen, was sie dazu veranlasst, emotionalen Trost durch verschiedene Kommunikationsformen wie Telefongespräche, Videochats und persönliche Besuche zu suchen. Darüber hinaus kann die Förderung positiver Verbindungen zu Betreuenden oder Gleichaltrigen das Gefühl der Einsamkeit wirksam mildern (Wijesiri et al., 2019, Zhang et al., 2023).

Akzeptanz

„Ich denke, jetzt kann ich nicht mehr zurück und deshalb muss ich es ertragen. Es gibt nichts zu tun. Daher spreche ich nicht gerne mit anderen, die hier leben, über meine Gefühle... Aber ich bin sehr unglücklich und leide unter dieser Einsamkeit“ (Wijesiri et al., 2019). Einige Teilnehmer*innen gaben an, dass sie die Einsamkeit einfach tolerieren und akzeptieren mussten, da ihre Situation unveränderlich war, und dass sie sich im Laufe der Zeit weniger einsam fühlen würden. Einige Teilnehmer*innen betrachteten Einsamkeit als eine positive Erfahrung, die notwendig sei, um ruhig und still bleiben zu können, und betonten, dass jeder Mensch Einsamkeit braucht. Einige äußerten, dass es ihr Schicksal sei, sich einsam zu fühlen, und dass sie deshalb ihre Einsamkeit tolerieren müssten (Wijesiri et al., 2019).

7.2.2 Interventionen zur Verringerung der Einsamkeit

Intervention 1: Lachtherapie

In der quasi-experimentellen Studie von Alici et al. (2018) führte Lachtherapie zu einer Verringerung der generellen sowie sozialen und emotionalen Einsamkeit der Pflegeheimbewohnenden. Zu Studienbeginn (vor der Lachtherapie) wurden keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,209$) in den DJGLS-Mittelwerten zwischen der Interventionsgruppe ($17,95 \pm 2,704$) und der Kontrollgruppe ($16,77 \pm 3,510$) beobachtet. Nach der Intervention war jedoch ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0,001$) zwischen den DJGLS-Mittelwerten der Interventionsgruppe ($7,15 \pm 1,755$) und der Kontrollgruppe ($15,63 \pm 5,027$) zu erkennen. Die DJGLS-Medianwerte waren in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Nach der Therapie war der soziale Einsamkeitsscore in der Interventionsgruppe signifikant niedriger ($3,10 \pm 1,553$, $p < 0,001$) als in der Kontrollgruppe ($6,90 \pm 1,538$). Bei der Posttherapie war der emotionale Einsamkeitsscore in der Interventionsgruppe signifikant niedriger ($4,05 \pm 1,538$, $p < 0,001$) als in der Kontrollgruppe (Alici et al., 2018).

Intervention 2: Gartenbau-Aktivitäten

Die RCT von Chu et al. (2019) ergab positive Outcomes beim achtwöchigen Gartenbau-Aktivitätsprogramm hinsichtlich der Reduktion der Einsamkeit in der Interventionsgruppe. Die 20-Punkte-UCLA-Einsamkeitsskala Version 3 (RULS-V3) wurde zur Einschätzung der Einsamkeit verwendet. Der t-Wert in der Item-Analyse betrug 2,45-7,00 ($p < 0,05$), was eine gute divergente Validität bedeutet. Das Outcome wurde zum Studienbeginn (T0) und nach der Intervention (T1) bewertet. Die Differenz der Outcome-Variablen innerhalb und zwischen den Interventions- und Kontrollgruppen bedeutete eine signifikante Abnahme der Einsamkeit in der Interventionsgruppe. Hingegen wurde ein Aufwärtstrend bei der Einsamkeit in der Kontrollgruppe registriert. Der Mittelwert der Einsamkeit in der Interventionsgruppe sank signifikant von 50,77 (T0) auf 44,27 (T1, $P < 0,001$). Im Gegensatz dazu zeigte sich ein signifikanter Anstieg der Einsamkeitsscore von 49,59 (T0) auf 52,63 (T1, $p < 0,001$) in der Kontrollgruppe.

Intervention 3: Sozial- und Kommunikationstechnologien

Kategorie 1: Videokonferenzen

Ergebnisse der quasi-experimentellen Studie zur Exploration der Auswirkungen eines Smartphone-basierten Videokonferenzprogramms auf Einsamkeit demonstrieren eine Reduktion der Einsamkeitsgefühle und eine Verbesserung der Variablen der Lebensqualität der Proband*innen in der Interventionsgruppe nach einem Monat sowie drei und sechs Monaten. Die überarbeitete 10-Punkte-UCLA-Einsamkeitsskala wurde mit einer hohen Reliabilität (Cronbachs Alpha; 0,91) zur Einschätzung der Einsamkeit verwendet. Es zeigte sich eine signifikante Differenz der Mittelwerte der Einsamkeitsgefühle zwischen den Behandlungsgruppen ($t = 0,87$, $p = 0,03$). Die Mittelwerte der Einsamkeitsgefühle in der Interventionsgruppe sanken im Durchschnitt nach einem Monat von - 1,78 auf - 4,90 (KI = 95 %), nach drei Monaten von - 3,14 auf - 8,77 (KI = 95 %) und nach sechs Monaten von - 3,90 auf - 11,10 (KI = 95 %) (Tsai et al., 2020). Diese Ergebnisse korrelieren mit den Ergebnissen des systematischen Reviews von Beogo et al. (2023), in dem deutlich wurde, dass Videoanrufe die Sozialisation der Pflegeheimbewohner*innen unterstützen, indem sie die Zeit vertreiben und die Personen beschäftigen. Zudem wurden ihnen dadurch Glücksgefühle und Raum zum Ausdrücken gegeben. Sie konnten auch weitere soziale Aktivitäten durchführen, die den Älteren ermöglichen, ihre Freizeit zu füllen. Somit konnte die Intensität der Einsamkeit während der Isolation durch die COVID-19-Pandemie bei den Pflegeheimbewohner*innen reduziert werden. Demgegenüber fielen ihnen gewöhnliche **Telefonanrufe (Kategorie 2)** im Vergleich zu Videoanrufen leichter. Sie konnten ein Telefon selbstständig nutzen und gaben an, dass das Telefon einfach zu bedienen war (73/132, 55,3

%) im Vergleich zu Videokonferenzen (59/132, 44,7 %). Dennoch war die Zufriedenheit mit Videokonferenzen immer noch hoch (20/27, 74 %).

Kategorie 3: Einsatz von Robotern

Die Ergebnisse einer systemischen Übersichtsarbeit deuten an, dass die Nutzung der **Temi-Roboter** zur Herstellung von Verbindungen zwischen den Pflegeheimbewohner*innen und ihren Familien zu einer signifikanten Reduktion der Einsamkeit in der Interventionsgruppe ($p = 0,01$) im Vergleich zur Kontrollgruppe führte. Diese Roboter verfügen über Funktionen, die den Bewohnenden ermöglichen, über eingebettete Skype-Anwendungen Verbindungen zu anderen Menschen wie z. B. Verwandten herzustellen. Temi diente den Bewohnenden als Begleiter und seine Verwendung brachte mehrere Vorteile zum Vorschein. Für die Bewohner*innen ging der Implementierungsvorteil von Temi über die Vermittlung in sozialen Netzwerken hinaus. Aufgrund seiner Autonomie war die Gefahr einer Infektion wegen seiner kontrollierbaren und komfortablen Bedienmerkmale (Komfort und Qualität der Stimme) ausgeschlossen. Für Angehörige wurde die Kontinuität des Kontakts sowohl mit den Bewohner*innen als auch mit dem Pflegepersonal ermöglicht. Für das Personal bot Temi einen direkten Kontakt zu den Angehörigen. Die Möglichkeit, Temi in einem Quarantänerraum zu haben, die Abwesenheit einer Aufsicht und die einfache Desinfektion waren Faktoren, die die Einführung durch das Personal erleichterten (Beogo et al., 2023).

Die Ergebnisse der Metaanalyse von RCTs zu den Auswirkungen konkreter Formen von „**social and companion/interactive Robots**“ (**SCRs**) mit körperlicher Manifestation auf Einsamkeit verdeutlichen, dass SCRs einen signifikant positiven Effekt auf die Verringerung von Einsamkeit älterer Pflegeheimbewohner*innen hatte. Die drei inkludierten RCTs demonstrierten eine große Effektstärke für Einsamkeit, Hedge $g = - 1,210$ (- 2,251 - 0, 170), $p = 0,023$. Heterogenitätstests zeigten eine moderate Heterogenität zwischen den RCTs ($Q = 9,824$, $p = 0,007$, $I^2 = 79,643$ %). Der Egger-Regressions-Intercept zeigte einen statistisch nicht signifikanten Publikationsbias ($p = 0,656$). SCRs sind eine Subgruppe der „socially assertive“ Roboter (SARs) und unterscheiden sich in ihrem Design. Sie weisen häufig tierähnliche Erscheinungen und Verhaltensweisen auf. Ein bemerkenswertes Beispiel für ein SCR ist PARO. PARO-ähnliche therapeutische Roboter sind mit zahlreichen Sensoren ausgestattet, darunter Licht-, Hör-, Temperatur- und Haltungssensoren. Diese Sensoren machen SCRs tierähnlicher und integrierbarer für den Menschen (Yen et al., 2024).

8. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Methodik und Forschungsergebnisse im Zusammenhang mit der Forschungsfrage diskutiert.

8.1 Methodendiskussion

Die Methodik des integrativen Reviews ermöglichte die Integration unterschiedlicher Forschungsdesigns, deren Vergleich miteinander und den Bezug individueller Ergebnisse auf die Forschungsfrage. Die eingeschlossenen Studien weisen eine hohe Glaubwürdigkeit auf und ihre Qualität führte zu reliablen, anwendbaren und validen Ergebnissen. Aus der Darstellungsweise der Ergebnisse gingen neue Erkenntnisse hervor, um die Forschungsfrage aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu beantworten. Die schematische Ergebnisdarstellung schafft einen nachvollziehbaren Überblick über die Ergebnisse der Artikel und ein Verständnis für die Schlussfolgerung. Daher lässt sich bestätigen, dass die Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet war. Nichtsdestotrotz traten während der Arbeit Limitationen auf, die die Forschung einschränkten. Kongress- und weitere optionale Beiträge wurden nicht einbezogen, obwohl im Rahmen der Methodik das Einbeziehen solcher Literaturarten möglich gewesen wäre. Es wurde sich dagegen entschieden, um für die Bachelorarbeit eine möglichst hohe Evidenz zu erreichen. Die unterschiedlichen Studienergebnisse wurden individuell mit der Forschungsfrage in Zusammenhang gebracht, um auf diese Weise den Anwender*innen einen objektiven Überblick zu verschaffen. Im Rahmen der Forschungsfrage wurden nur Ergebnisse beschrieben, die diese beantworten konnten. Nicht signifikante und solche, die keinen Nutzen ergaben, wurden ausgeschlossen, da nur eine begrenzte Seitenzahl zur Verfügung stand und diese Art der Auseinandersetzung nicht zielführend war. Viele Studien mit signifikanten Ergebnissen konnten nicht eingeschlossen werden, da sie die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllten. Die Zahl der Artikel konnte in der Datenbank PubMed mithilfe einer systematischen Suchstrategie nicht ausreichend reduziert werden. Ausschlaggebend für passende Ergebnisse war das Kriterium „nursing home“, welches die Auswahl stark limitierte, während weitere Stichwörter unter Verwendung der booleschen Operatoren dazu führten, dass die Suchergebnisse das Thema verfehlten. Generell waren bei der Literatursuche die zwei MeSH-Terms Einsamkeit und Sozialisolation (loneliness and social isolation) ausschlaggebend für ein sinnvolles und geeignetes Suchergebnis bezogen auf den Forschungsgegenstand. Die beiden Begriffe mussten stetig mit dem booleschen Operator OR in allen gesuchten Datenbanken zusammengeführt werden. Einsamkeit (loneliness) als eigenständiger MeSH-Term ohne soziale Isolation (social isolation) führte unmittelbar zu einem nicht suffizienten Suchergebnis. Das Thema Einsamkeit ist theoretisch betrachtet gut durchsucht. Allerdings konnte aufgrund des limitierten Umfangs der Bachelorthesis relevante

Literatur nicht betrachtet werden. Bei der Literatuarbeit musste zudem festgestellt werden, dass selbst die Wissenschaftler*innen die beiden Begriffe Einsamkeit und soziale Isolation synonymisieren. Dies verursachte Schwierigkeiten v. a. bei der Recherche, Auswahl und Interpretation der Literatur. Deshalb bestand die Notwendigkeit, beide Begriffe im Unterkapitel 3.6 zu erklären und voneinander abzugrenzen. Alle inkludierten Studien wurden nur in englischer Sprache verfasst. Da diese Arbeit auf Deutsch erstellt wurde, musste die Literatur durch die Autorin selbst in die deutsche Sprache übersetzt werden. Nichtsdestotrotz existieren Begriffe/Wörter ohne Entsprechung im Deutschen. Um eine präzisere Bedeutung auf Deutsch liefern zu können, musste entweder mit Vergleichen gearbeitet oder die englischen Begriffe verwendet werden, was die Qualität sowie die Nachvollziehbarkeit dieser Arbeit einschränken könnte. Zudem konnte keine in Deutschland durchgeführte Studie gefunden werden, die das Einsamkeitserleben der Pflegeheimbewohner*innen in Deutschland explizit untersuchte. Deshalb kann mit dieser Arbeit kein klares Bild der Einsamkeit in Altenpflegeheimen in Deutschland verschafft werden. Die Interventionsstudien untersuchten Einsamkeit in Kombination mit anderen Phänomenen. Um Abweichungen von der Forschungsfrage zu verhindern, wurden die Ergebnisse exklusiv in Bezug auf Einsamkeit extrahiert. Zudem konnten für die Interventionen keine experimentellen Studien gesichtet werden, die ähnliche Interventionen untersuchten. Dies limitierte v. a. die Darstellung sowie den Vergleich einzelner Interventionen anhand der Forschungsergebnisse unterschiedlicher Studien.

8.2 Ergebnisdiskussion

Die subjektive Betrachtung von Einsamkeit bedarf des Einbezugs verschiedener Aspekte (Iden et al., 2015, S. 3-4). In den drei inkludierten qualitativen Studien variierten die Ausprägungen der Einsamkeit von Alleinsein über Langeweile bis zu dem Gefühl, sich im Pflegeheim nicht zu Hause zu fühlen. Die Bewohnenden hatten zudem Schwierigkeiten, über die eigene Einsamkeit zu sprechen und diese zu artikulieren. Einsamkeit wurde jedoch nicht uneingeschränkt als negativ von den Bewohner*innen aufgefasst (Wijesiri et al. 2019, Paque et al., 2018, Zhang et al., 2023). Diese Erkenntnis korreliert mit der Untersuchung von Jansson et al. (2017). In dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass trotz der Dominanz emotionaler und sozialer Einsamkeit auch positive Einsamkeit empfunden wird.

Wenn die Menschen älter werden, können sie aufgrund von Alterung und Verlust nicht mehr in ihrer gewohnten Umgebung gepflegt werden und ziehen somit in Altenpflegeheime. Das psychische Gefühl der Einsamkeit entsteht durch die Veränderungen in der Umgebung, soziale Isolation und einen Mangel an emotionaler Kommunikation (Wijesiri et al. 2019, Paque et al., 2018, Zhang et al., 2023). Beim Coping mit Einsamkeit sind ein paar Pflegeheimbewohner*innen positiv und optimistisch und ergreifen die Initiative, das Gefühl der

Leere zu beseitigen, während die anderen tief darin versunken sind und diesem Gefühl nicht entkommen können (Wijesiri et al., 2019, Zhang et al., 2023). Diese Erkenntnisse stehen im Einklang mit der Forschung von Mansfield et al. (2021, S. 5-9). In dieser Untersuchung wurde Einsamkeit als emotional, sozial und existenziell klassifiziert. Einsamkeit kann in die drei o. g. Dimensionen eingeteilt werden, allerdings ist es immer noch unmöglich, die Gefühle der Menschen zu vereinen. Am Ende muss Einsamkeit dennoch darauf zurückgeführt werden, wie Individuen das Phänomen wahrnehmen und messen (Maes et al., 2022, S. 25). Daher kann im Umgang mit Einsamkeit die Mentalität älterer Menschen aktiv angepasst werden, damit sie dem Altern und dem Verlust positiv und optimistisch begegnen können, denn nach Smith et al. (2023, S. 8-9) können Ältere das Phänomen nur bewältigen, wenn sie ihm offen gegenüberstehen. Des Weiteren beschrieben die Bewohnenden Einsamkeitsgefühle im Zusammenhang mit Langeweile, mangelndem Zugehörigkeitsgefühl und Entfremdung durch den Einzug ins Heim. Nach Wijesiri et al. (2019) reflektiert dies das Vorhandensein eines Raums für Verbesserungen in Pflegeheimen. Daher müssen auch die Pflegeheime modifiziert und verbessert werden, während sich ältere Menschen anpassen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass Interventionen wie Videoanrufe, Gartenbau-Aktivitäten, Lachtherapie und Einsatz von Robotern die soziale Bindung stärken und die Einsamkeit bei älteren Menschen verringern können (Chu et al., 2019, Alici et al., 2018, Tsai et al., 2020, Yen et al., 2024, Beogo et al., 2023). Den Ergebnissen konnte entnommen werden, dass viele ältere Menschen ihre Familien vermissen und sich auf Besuche ihrer Angehörigen freuen, was die emotionale Einsamkeit widerspiegelt. Interventionen wie Sozial- und Kommunikationstechnologien könnten eine passende Lösung für dieses Problem sein. Allerdings gibt es auch ältere Menschen, die aus Angst vor Stigmatisierung sowie Störung ihrer Angehörigen Videoanrufe nicht initiieren würden und stattdessen ihre Gefühle für sich behalten (Mansfield et al., 2021, S. 9). Zudem verfügen einige ältere Menschen nicht über die Fähigkeit und sind nicht in der Lage, diese Operationen durchzuführen (Lancu & Lancu, 2017, S. 3-4). Demnach können Pflegekräfte ältere Menschen aktiv bei Videoanrufen unterstützen, damit sie ihre sozialen Bindungen zu ihren Familien stärken und das Gefühl der Entfremdung zwischen ihnen verringert wird (Tsai et al., 2020).

Die Bewohnenden fühlten sich an das Pflegeheim gefesselt, litten unter innerem Schmerz und hatten depressive Erscheinungen sowie Angst vor ihrer Zukunft. Dieses Ergebnis korreliert mit den Ergebnissen einer Untersuchung über Netzwerktypen, die mit Einsamkeit, sozialer Isolation und Beziehungsqualität älterer Menschen in der USA verbunden sind. In dieser Studie wurde deutlich, dass Personen in Institutionen wie Pflegeheimen dem Risiko des emotionalen Leidens ausgesetzt sind und dieser Zustand das emotionale Leiden durch Einsamkeit weiter verstärken kann (Medvene et al., 2016, S. 491-492). Die Bewohnenden beschrieben Einsamkeit im Zusammenhang mit körperlichen Einschränkungen, die ebenfalls

zum Gefühl des Gefesseltseins beitragen. In diesem Fall ist eine intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zur Identifikation und Bereitstellung der für sie geeigneten Hilfsmittel notwendig (Wijesiri et al., 2019).

Ungewünschte Einsamkeit steht im Zusammenhang mit Depression und emotionalem Leiden (Wijesiri et al., 2019, Zhang et al., 2023). Diese Erkenntnis erfordert jedoch strukturierte Beurteilungen zur Einschätzung beider Phänomene bei älteren Pflegeheimbewohnenden. Dabei spielen die Pflegekräfte mit spezifischen Kenntnissen in der Altenpflege eine wichtige Rolle sowohl bei dem Erkennen dieser Erkrankungen als auch bei der Planung geeigneter Interventionen (Wijesiri et al., 2019).

Letztlich zeigen die Ergebnisse, dass das Gefühl des Verlassenseins für ältere Pflegeheimbewohnende eine wichtige Komponente des emotionalen Leidens war. Dieses Gefühl tritt auf, wenn ihnen die Teilhabe an der Gesellschaft und die Unterstützung durch die Familie fehlt (Wijesiri et al., 2019, Paque et al., 2018, Zhang et al., 2023). Das familiäre Netzwerk und der Kontakt mit der Familie wurden als lindernde Faktoren hervorgehoben. Der familiäre Aspekt ist daher bei der Betreuung älterer Menschen in Anbetracht der soziodemografischen Faktoren von hoher Relevanz. Folglich müssen die Familienmitglieder in die Pflegeplanung bzw. die Versorgung älterer Menschen einbezogen werden (Wijesiri et al., 2019).

9. Fazit und Ausblick

Einsamkeit ist weltweit ein ernstes und nicht zu unterschätzendes Pflegephänomen, das alle Bewohner*innen in allen Altenpflegeheimtypen betreffen kann. Aufgrund dessen ist die Identifikation der Ursachen/Risikofaktoren und die Bekämpfung der Einsamkeit der Pflegeheimbewohnenden eine kollektive Aufgabe aller Akteur*innen. Untersuchungen haben nachgewiesen, dass das Erleben von Einsamkeit schwer zu äußern ist und häufig mit weiteren Phänomenen wie Angst und Depression einhergeht. Meistens ist das Einsamkeitserleben der Pflegeheimbewohner*innen an einen schmerzlichen Verlust der Selbstbestimmung oder Autonomie aufgrund der Institutionalisierung und körperlichen Einbuße gekoppelt und bezieht sich v. a. auf die wahrgenommene Qualität ihrer aktuellen Beziehungen zu wichtigen anderen Personen und ein unerfülltes Bedürfnis nach sinnvollen Beziehungen. Der Aufbau sinnhafter und/oder bedeutungsvoller Beziehungen zu den Mitbewohner*innen ist eher ein seltenes Ereignis. Zudem bedeutet der Einzug in ein Pflegeheim häufig für die Betroffenen den Verlust an sozialen Kontakten. Trotz der deutlichen Verringerung der Einsamkeit durch die Stärkung der sozialen Netzwerke zeigt sich, dass das Einsamkeitsgefühl älterer Menschen in Pflegeheimen eine schwache Korrelation mit der Anzahl der Kontakte, den regelmäßigen Besuchen oder der Teilnahme an Gruppenaktivitäten aufweist. Deshalb sollte der Einsatz

evidenzbasierter Interventionen zur Reduktion der Einsamkeit in einem multi- und interdisziplinären Team didaktisch stattfinden, um die diversen Facetten von Einsamkeit adressieren zu können. Es muss jedoch deutlich werden, dass diese Interventionen nicht für alle Bewohner*innen und jedes Pflegeheim geeignet sind. Daher ist die Auseinandersetzung mit dem Kosten-Nutzen-Aspekt bezogen auf die Länderunterschiede, Arten der Pflegeheime, soziodemografischen Merkmale der Altenpflegeheimbewohnenden sowie die Rahmenbedingungen unterschiedlicher Heime ausschlaggebend für eine effiziente und wirkungsvolle Anwendung der Interventionen. Des Weiteren besteht **Forschungsbedarf** in Bezug auf das Einsamkeitserleben älterer Menschen in Pflegeheimen Deutschlands, das Einsamkeitserleben Demenzerkrankter in Pflegeheimen und für sie geeignete Interventionen sowie die Untersuchung der Mechanismen der Wirksamkeit der Interventionen zur Reduktion der Einsamkeit und deren potenziell gesundheitlichen Schäden. Zudem werden Forschungserkenntnisse zum Erleben von existenzieller Einsamkeit aus der Sicht der Betroffenen und zum Umgang damit benötigt, denn in den Studien wurden mehr die soziale und emotionale Einsamkeit behandelt.

Für die **Pflegepraxis** sind die Zusammenarbeit eines engagierten Personals und das Management mit einsamen Bewohnenden und ihren Angehörigen sowie eine berufliche Ausbildung bedeutsam, um die Durchführung evidenzbasierter Praktiken sowie die Unterstützung einsamer Bewohner*innen optimieren zu können. Für die **Pflegebildung** könnte zukünftig das Thema Einsamkeit in das Curriculum integriert und in der Altenpflegeausbildung aus wissenschaftlicher Perspektive thematisiert werden, um die angehenden Altenpfleger*innen für den Umgang mit einsamen Pflegeheimbewohner*innen zu befähigen. Für die **Altenpflegeeinrichtungen** sollten zur Gewährleistung einer optimalen Versorgung einsamer Pflegeheimbewohner*innen die Arbeitsbedingungen modifiziert werden, denn bspw. übernehmen noch die Pflegefachpersonen zum Teil Tätigkeiten im pflegerischen Alltag, die gut und effizient durch Pflegeassistent*innen und/oder Hauswirtschaftspersonal erbracht werden können (Müller et al., 2008, S. 111). Der Personalmangel sowie die Verdichtung der Arbeit führen zudem häufig zu einem signifikanten Zeitmangel seitens des Personals, was wiederum die Einsamkeitsgefühle der Bewohnenden intensivieren kann (Plattner et al., 2022, S. 9).

Die **Politik** sollte die politischen Rahmenbedingungen bezogen auf die Pflege institutionalisierter älterer Menschen anpassen. Seit dem 01.02.2024 existiert bspw. die erste Einsamkeitsbeauftragte Deutschlands im Bundesland Berlin (Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, 2024), deren Initiativen mehr auf die Community fokussiert zu sein scheinen. Durch diese Bachelorthesis wurde deutlich, dass das Einsamkeitserleben der Pflegeheimbewohnenden in Deutschland noch nicht vollständig untersucht worden ist. Angesichts der Tatsache, dass in Deutschland ein stetiger Anstieg der Pflegebedürftigkeit

durch die zunehmende Alterung und dementsprechend die stetige Zunahme der Anzahl der Pflegeheime sowie des Bedarfs an Pflegeheimplätzen zu erkennen ist (Statistisches Bundesamt, 2024), ist das Phänomen Einsamkeit in Altenpflegeheimen nicht zu bagatellisieren. Die Einsamkeitsbeauftragte wird mit Wissenschaftler*innen und Altenpflegeheiminstitutionen sowie mit weiteren Beauftragten verschiedener Bundesländer Deutschlands zusammenarbeiten, um Einsamkeit in Altenpflegeheimen adressieren und geeignete Interventionen zur Bekämpfung des Phänomens in Pflegeheimen entwickeln zu können.

10. Schlussfolgerungen

Der Umzug in ein Pflegeheim geht mit bestimmten strukturellen Umständen einher, die einen signifikanten Einfluss auf das Einsamkeitserleben haben können. Einsamkeit äußert sich mit vielen anderen Gefühlen, die sich gegenseitig beeinflussen können. Zudem ist die Verbalisierung der Einsamkeit schwierig. Es bestehen wirkungsvolle evidenzbasierte Interventionen, die zur Reduktion der Einsamkeit älterer Menschen in Pflegeheimen eingesetzt werden können. Die Interventionen besitzen v. a. potenzielle verhaltensbezogene, soziale und psychologische Vorteile mit dem Fokus auf den Beziehungsaufbau anhand der Aspekte Kameradschaft, Kommunikation, Sozialisation, Beschäftigung, Unterhaltung und Bewältigung negativer Emotionen. Die Identifikation der Ursachen/Risikofaktoren der Einsamkeit der Pflegeheimbewohner*innen und damit die Unterstützung ihrer Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien können ein salutogener Ansatz zur Linderung der Einsamkeitsgefühle der Pflegeheimbewohnenden sein.

Literaturverzeichnis

- Alici, N.K., Bahceli, P. Z & Emiroğlu, O. N. (2018). The preliminary effects of laughter therapy on loneliness and death anxiety among older adults living in nursing homes: A nonrandomized pilot study. Wiley. DOI 10.1111/opn.12206
- Andreae, S., Bartholomeyczik, S., Berner, R., Charlier, S., Eissing, E., Erkert, B., Ewers, M., Fischer, R., Flechsenberg, M., Geist, G., Hahn, F., Von Hayek, D., Heinen H., Heinen, W., Heißenberg, A., Hell, W., Kaba-Schönstein, L., Kirschnick, O., Klimek, M., Kocs, U., Lauber, A., Mettrop, S., Metzger, M., Nowak, G., Nydahl, P., Perrar, K.M., Plescher-Kramer, J., Post, A., Sachsenmaier, B., Sappke-Heuser, S., Schilde, A., Schwarzkopf, A., Steinhäüßer, G., Uessem, R. & Weniger, R. (2018). *Altenpflege in Leitfaden* (3. Aufl., S. 659). Thieme. DOI 10.1055/b-004-140660
- Autschbach, D., Hagedorn, A. & Halek, M. (2024). Addressing loneliness and social isolation through the involvement of primary and secondary informal caregivers in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatrics*. DOI 10.1186/s12877-024-05156-1
- Beer, U. (2018). Klausur und Kloster auf Zeit. In: U, Beer. & M. R, Güth (Hrsg.), *Alleinsein macht Sinn* (S. 144). Springer. DOI 10.1007/978-3-658-13554-6
- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Hans Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring*. Hans Huber.
- Behrens, J & Langer, G. (2022). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. vollst. überarbeit. & erweit. Aufl.) Hogrefe.
- Beogo, I., Sia, D., Collin, S., Gedeon, A. P., Louismé, M- C., Ramdé, J., Gagnon, M- P & Nguemeleu, E. T. (2023). Strengthening Social Capital to Address Isolation and Loneliness in Long-Term Care Facilities During the COVID-19 Pandemic: Systematic Review of Research on Information and Communication Technologies. *JMIR*. DOI: 10.2196/46753
- Berger, R., Hurlermann, R., Shamay-Tsoory, S., Kanterman, A., Brauser, M., Gorni, J., Maik Luhmann, M., Schramm, E., Schultz, J., Philipsen, A., Lieberz, J., Scheele, D. (2024). Oxytocin-Augmented Modular-Based Group Intervention for Loneliness: A Proof-Of-Concept Randomized Controlled Trial. *Karger*. DOI: 10.1159/000538752
- Bezirksamt Reinickendorf von Berlin. (2024). <https://www.berlin.de/ba-reinickendorf/politik-und-verwaltung/beauftragte/einsamkeit/artikel.1416237.php>. Letzter Zugriff: 31.01.2025
- Böhme-Breuer, R. (2020). Berufskunde und theoretische Aspekte der Altenpflege. In *Altenpflege konkret: Pflgetheorie und -Praxis* (5. Auf., S.6). Elsevier.

- Brandenburg, H., Panfil, E- M., H, Mayer, H & Schrems, B (Hrsg.). (2023). *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (4. vollst. überarbeit. & erweit. Aufl.). Hogrefe.
- Brimelow, R. E., R.E & Wollin, J.A. (2017). *Loneliness in Old Age: Interventions to Curb Loneliness in Long-Term Care Facilities*. Routledge. DOI: 10.1080/01924788.2017.1326766
- Chan, A. W. K., Yu, D. S. F. & Choi, K. C. (2017). Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach: a pilot randomized controlled trial. Dovepress: *Clinical Interventions in Aging*.
- Chu, H-Y., Chen, M- F., Tsai, C-C., Chan, H- S & Wu, T- L. (2019). Efficacy of a horticultural activity program for reducing depression and loneliness in older residents of nursing homes in Taiwan. Elsevier. DOI 10.1016/j.gerinurse.2018.12.012
- Cihlar, V., Reinwarth, A. & Lippke, S. (2023). Einsamkeit im Alter: die geografische und psychosoziale Perspektive. In A. Teti., E. Nowossadeck., J. Fuchs. & H. Künemund (Hrsg.), *Wohnen und Gesundheit im Alter* (S. 56). Springer. DOI: 10.1007/978-3-658-34386-6
- Dodge, H. H., Yu, K., Wu, C-Y., Pruitt, P. J., Asgari, M., Kaye, J. A., Hampstead, B. M., Struble, L., Potempa, K., Lichtenberg, P., Croff, R., Albin, R. L. Silbert, L. C. (2024). Internet-Based Conversational Engagement Randomized Controlled Clinical Trial (I-CONNECT) Among Socially Isolated Adults 75+ Years Old with Normal Cognition or Mild Cognitive Impairment: Topline Results. *Gerontological Society of America*. DOI: 10.1093/geront/gnad147
- Dröber, A., Villwock, U., Anderson, K. A. & Anderson, L. E. (Hrsg.). (2004). *Pflege Lexikon*. Springer.
- Ernst, M. (2024). Was ist Einsamkeit. In N. Brähler. & N. Von Steinbüchel (Hrsg.), *Einsamkeit- Modelle, Ursachen, Interventionen* (S.18- 19). Ernst Reinhardt.
- Ernst, M. (2024). Epidemiologie: Wer ist einsam?. In N. Brähler. & N. Von Steinbüchel (Hrsg.), *Einsamkeit- Modelle, Ursachen, Interventionen* (S. 32 & S. 35- 36). Ernst Reinhardt.
- Fringe, A. & Schrems, B. (2023). Qualitative Designs. In H, Brandenburg, E- M, Panfil, H, Mayer & B, Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (4. vollst. überarbeit. & erweit. Aufl., S. 90). Hogrefe

- Gibson-Kunze, M., Wilke, Y. & Landes, B. (2022). Einsamkeit als gesellschaftlicher Faktor. In B, Döcker (Hrsg.), *Einsamkeit: Facetten eines Gefühls* (1. Aufl., S. 23 & S. 24- 25). Beltz Juventa.
- Hanisch-Berndt, J. (2018). Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *das Einsamkeits-Buch: Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (1. Aufl., S. 269 & S. 272-277). Hogrefe.
- Hernández-Ascanio, J., Torres, L.A.P-D., Roldán-Villalobos, A., Torres, J. C. P-D. & Rich-Ruiz, M. (2019). Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders: A randomized clinical trial. Study protocol. Wiley. DOI: 10.1111/jan.14230
- Iancu, I., & Iancu, B. (2017). Elderly in the digital era. *Theoretical Perspectives on Assistive Technologies. Technologies*. DOI: 10.3390/technologies5030060
- Iden, K. R., Ruths, S. & Hjørleifsson, S. (2015). Residents' perceptions of their own sadness— a qualitative study in Norwegian nursing homes. *BMC Geriatrics*. DOI: 10.1186/s12877-015- 0019- y
- International Council of Nursing (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. Genf.
- Jamei, F., Moghadam, A. R. S., Mazlom, S. R., Namazinia, M., Nekah, S. M. A. & Mohajer, S. (2024). Effect of group play therapy as holistic geriatric interventional modality on feelings of loneliness among older people: A randomized control trial. *Japan Geriatrics Society*. DOI: 10.1111/ggi.14972
- Jansson, A. H., Muurinen, S., Savikko, N., Soini, H., Suominen, M. M., Kautiainen, H. & Pitkälä, K. H. (2017). Loneliness in Nursing Homes and assisted living facilities: Prevalence, associated factors and prognosis. *JNHR*. DOI: 10.14283/jnhrs.2017.7
- Krieger, T. & Seewer, N. (2022). *Einsamkeit* (1. Aufl.). Hogrefe.
- Lehmann, S. (2022). Mit „offenen Augen“ und Ehrenamt gegen Einsamkeit im Alter. In B, Döcker (Hrsg.), *Einsamkeit: Facetten eines Gefühls* (1. Aufl., S. 145-146). Beltz Juventa.
- Liu, S., Haucke, M., Wegner, L., Gates J., Bärnighausen, T. & Adam, M. (2024). Evidence-based health messages increase intention to cope with loneliness in Germany: a randomized controlled online trial. *Npj Digital Medicine*. DOI:10.1038/s41746-024-01096-7
- Maes, M., Qualter, P., Lodder, G. M. A., & Mund, M. (2022). How (not) to measure loneliness: A review of the eight Most commonly used scales. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI:10.3390/ijerph191710816

- Manjunath, J., Manoj, N. Alchalabi, T. (2021). Interventions against Social Isolation of Older Adults: A Systematic Review of Existing Literature and Interventions. MDPI. DOI: 10.3390/geriatrics6030082
- Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A conceptual review of loneliness in adults: Qualitative evidence synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI: 10.3390/ijerph182111522
- Matthaeus, H., Godara, M., Silveira, S., Hecht, M., Voelkle, M. & Singer, T. (2024). Reducing Loneliness through the Power of Practicing Together: A Randomized Controlled Trial of Online Dyadic Socio-Emotional vs. Mindfulness-Based Training. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. DOI:10.3390/ijerph21050570
- Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe* (1 Aufl.). Facultas.
- Mayer, M. (2020, 21. August). Pflegephänomen Einsamkeit. In *Pflege Praxis*, 73, S. 23. DOI: 10.1007/s41906-020-0783-y
- Medvene, L. J., Nilsen, K. M., Smith, R., Ofei-Dodoo, S., DiLollo, A., Webster, N., Graham, A., & Nance, A. (2016). Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients. *Aging & Mental Health*. DOI: 10.1080/13607 863.2015.1021751
- Möller, R. (2016). *Qualitative Evidenzsynthesen- Methodologien, Methoden und Herausforderungen*. QuPuG. URL: researchgate.net/publication/311036473
- Müller, H. (2008). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege* (3. Aktual. & erweiter. Aufl.). Schlütersche.
- Neubert, L. & Neubert, K. (2022). *Das richtige Pflegeheim finden*. Springer. DOI: 10.1007/978-3-662-64480-5
- Panfil, E- M. & Mayer, H. (2023). Quantitative Designs. In H, Brandenburg, E- M, Panfil, H, Mayer & B, Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (4. vollst. überarbeit. & erweiter. Aufl., S. 111). Hogrefe.
- Pantel, J. (2022). Wie wirken sich Einsamkeit und soziale Isolation auf die Gesundheit alter Menschen: Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Pandemie- und Lockdown-Erfahrungen. In B, Döcker (Hrsg.), *Einsamkeit: Facetten eines Gefühls* (1. Aufl., S. 63). Beltz Juventa.

- Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home: a phenomenological study exploring resident' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of health sciences*. DOI 10.1111/scs.12599
- Plattner, L., Brandstötter, C. & Paal, P. (2021,15. April). Einsamkeit im Pflegeheim-Erleben und Maßnahmen zur Verringerung. In der Zeitschrift für Gerontologie +Geriatric, 55, S. 5-10. DOI: 10.1007/s00391-021-01881-z
- Quasdorf, T., Holle, D. & Panfil, E- M. (2018). Spezielle Designs. In H, Brandenburg., E- M, Panfil., H, Mayer. & B, Schrems (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl., S. 130). Hogrefe.
- Schalek, K. & Stefan, H. (2018). Einsamkeit – Ein (un)bekanntes Phänomen in der Pflege. In T. Hax-Schoppenhorst (Hrsg.), *das Einsamkeits-Buch: Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können* (1. Aufl., S.378, S. 379, S. 379-380, S. 380- 381, S.383-385, S. 385 & S.386- 387). Hogrefe.
- Schäfer, T. (2023). The positive effects of online group singing on psycho-physiological variables during the COVID-19 pandemic—A pilot randomized controlled trial. *Wily*. DOI: 10.1111/aphw.12435
- Seewer, N., Skoko, A., Käll, A., Andersson, A., Luhmann, M., Berger, T. & Krieger, T. (2024). Efficacy of an Internet-based self-help intervention with human guidance or automated messages to alleviate loneliness: a three-armed randomized controlled trial. *Scientific Reports*. DOI: 10.1038/s41598-024-57254-0
- SGB XI. (2024). <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html>. Letzter Zugriff: 31. 01. 2025
- SGB XII. (2024). <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/1.html>. Letzter Zugriff: 31. 01. 2025
- Smith, C. B., Wong, K. L. Y., To-Miles, F., Dunn, S., Gregorio, M., Wong, L., Tam, S., Huynh, P., & Hung, L. (2023). Exploring experiences of loneliness among Canadian long-term care residents during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Older People Nursing*. DOI: 10.1111/ opn.12509
- Stallberg, F. W. (2021). *Die Entdeckung der Einsamkeit: Der Aufstieg eines unerwünschten Gefühls zum sozialen Problem*. Springer. DOI: 10.1007/978-3-658-32781-1
- Statistisches Bundesamt (2024). <https://www.destatis.de/>. Letzter Zugriff: 31. 01. 2025
- Tsai, H-H., Cheng, C-Y., Shieh, W- Y & Chang, Y- C. (2020). Effects of a smartphone-based videoconferencing program for older nursing home residents on depression, loneliness, and quality of life: a quasi- experimental study. *BMC Geriatrics*. DOI:10.1186/s12877-020-1426-2

- Warner, L.M., Yeung, Y-I. D., Jiang, D., Choi, N.G., Ho, R.T.H., Kwok, J.Y.Y. & Chou, K-L. (2024). Effects of volunteering over six months on loneliness, social and mental health outcomes among older adults: The HEAL-HOA Dual Randomized Controlled Trial. Elsevier. DOI: 10.1016/j.jagp.2023.12.022
- Wijesiri, H. S. M. S. K., Samarasinghe, K & Edberg, A-K. (2019). Loneliness among older People living in care homes in Sri Lanka. Wiley. DOI: 10.1111/opn.12253
- Winkler, R. (2020). Lebensqualität pflegebedürftiger älterer Menschen- Eine Längsschnittstudie unter Berücksichtigung des Pflegeheimeinzugs. Springer. DOI: 10.1007/978-3-658-31886-4
- Yen, H-Y., Huang, C. W., Chiu, H-L & Jin, G. (2024). The effect of social Robots on Depression and Loneliness on older Residents in long-Term Care Facilities: A Meta-Analysis of randomized controlled Trails. Elsevier. DOI: 10.1016/j.jamda.2024.02.017.
- Zhang, D., Lu, Q., Li, L., Wang, X., Yan, H & Sun, Z. (2023). Loneliness in nursing homes: A qualitative meta-synthesis of older people's experiences. Wiley. DOI: 10.1111/jocn.16842
- Ziegler A, Antes G, König, R. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA- Statement. Dtsch Med. Wochenschrift.

Anhang A

Tabelle 1: Beispiel der Suchhistorie in der Datenbank PubMed

Search	Query	Results
#12	<p>Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text, Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, systematic Review, in the last 10 years</p> <p>((("lonelier"[All Fields] OR "loneliness"[MeSH Terms] OR "loneliness"[All Fields] OR ("social isolation"[MeSH Terms] OR ("social"[All Fields] AND "isolation"[All Fields]) OR "social isolation"[All Fields])) AND (("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields] OR "elderly"[All Fields] OR "elderlies"[All Fields] OR "elderly s"[All Fields] OR "elderlys"[All Fields]) AND ("people s"[All Fields] OR "peopled"[All Fields] OR "peopling"[All Fields] OR "persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "people"[All Fields] OR "peoples"[All Fields])) AND ("2014/12/05 00:00":"3000/01/01 05:00"[Date - Publication] AND "loattrfree full text"[Filter] AND ("clinical trial"[Publication Type] OR "meta analysis"[Publication Type] OR "randomized controlled trial"[Publication Type] OR "review"[Publication Type] OR "systematic review"[Filter])) AND ("nursing homes"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "homes"[All Fields]) OR "nursing homes"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "home"[All Fields]) OR "nursing home"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (ffrft[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter]))</p> <p>Translations</p> <p>loneliness: "lonelier"[All Fields] OR "loneliness"[MeSH Terms] OR "loneliness"[All Fields]</p> <p>social isolation: "social isolation"[MeSH Terms] OR ("social"[All Fields] AND "isolation"[All Fields]) OR "social isolation"[All Fields]</p> <p>elderly: "aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields] OR "elderly"[All Fields] OR "elderlies"[All Fields] OR "elderly's"[All Fields] OR "elderlys"[All Fields]</p> <p>people: "people's"[All Fields] OR "peopled"[All Fields] OR "peopling"[All Fields] OR "persons"[MeSH Terms] OR "persons"[All Fields] OR "people"[All Fields] OR "peoples"[All Fields]</p> <p>y_10[Filter]: "last 10 years"[dp]</p> <p>ffrft[Filter]: loattrfree full text[subset]</p> <p>clinicaltrial[Filter]: clinical trial [PT]</p>	45

	meta-analysis[Filter]: meta-analysis [PT] randomizedcontrolledtrial[Filter]: randomized controlled trial [PT] review[Filter]: review [PT] nursing home: "nursing homes"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "homes"[All Fields]) OR "nursing homes"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "home"[All Fields]) OR "nursing home"[All Fields]	
#11	Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text, Clinical Trail, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trail, Review, systematic Review, in the last 10 years, Aged 65+ years	39
#10	Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text, Clinical Trail, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trail, Review, in the last 10 years, Aged 65+ years	35
#9	Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text, Clinical Trail, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trail, in the last 10 years, Aged 65+ years	18
#8	Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text, Clinical Trail, Meta-Analysis, in the last 10 years, 65+ years	18
#7	Search: #2 AND (elderly people) Filters: Free full text, Clinical Trail, in the last 10 years, Aged 65+ years	14
#6	Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text, in the last 10 years, Aged 65+ years	263
#5	Search: (#2) AND (elderly people) Filtes: Free full text, in the last 10 years	315
#4	Search: (#2) AND (elderly people) Filters: Free full text	367
#3	Search: (#2) AND (elderly people)	1,066
#2	Search: (#1) AND (nursing home)	1,582
#1	Search: (loneliness) OR (social Isolation)	57,734

Anhang B

Tabelle 2: Schematische Darstellung der auf Volltext gescreenten Publikationen

Autor*in / Jahr	Land	Studientyp & Status	Forschungsziel & Erkenntnisse	Stichprobe & Setting
Yen et al., 2024	US, n= 2 Norwegen , n = 1 Hong kong, n= 1 Australien, n = 2 England & Japan, n =1 New Zealand, n = 1	<u>Studientyp:</u> Systematisches Review und Meta-Analyse <u>Status:</u> Studie eingeschlossen	<u>Ziel:</u> Untersuchung der Auswirkungen konkreter Formen sozialer Roboter auf Depression und Einsamkeit bei älteren Bewohner*innen in Langzeitpflegeeinrichtungen durch ein systematisches Review und Meta-Analyse randomisierter kontrollierter Studien <u>Erkenntnisse:</u> Sozial-Roboter-Interventionen besitzen signifikant positive Effekte auf die Verringerung von Einsamkeit (p= 0.023)	<u>Stichprobe:</u> Ältere Bewohner*innen <u>Setting:</u> Langzeitpflegeeinrichtungen
Tsai et al., 2020	Taiwan	<u>Studientype:</u> Quasi-Experimentelle Studie <u>Status:</u> Studie eingeschlossen	<u>Ziel:</u> Evaluation der Wirkung eines Smartphone-basierten Videokonferenzprogramms auf das Einsamkeitsgefühl, depressive Symptome und die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner*innen <u>Erkenntnisse:</u> Smartphone-basierte Videokonferenzen verbesserten	<u>Setting:</u> Altenpflegeheime, n=7 Interventionsgruppe, n=5 Kontrollgruppe, n=2 <u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner*innen, n=72 Interventionsgruppe, n=32 Kontrollgruppe, n=30

			effektiv das Einsamkeitsgefühl der Bewohner*innen	
Chu et al., 2019	Taiwan	<p><u>Studientyp:</u> RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie eingeschlossen</p>	<p><u>Ziel:</u> Untersuchung der Wirksamkeit eines Gartenbau- Aktivitätsprogramms zur Reduzierung von Depression und Einsamkeit bei älteren Bewohner*innen im Altenpflegeheim in Taiwan</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> GEEs-Analysen ergaben signifikante zeitliche und therapiebedingte Interaktionseffekte für Einsamkeit ($p < 0,001$)</p>	<p><u>Setting:</u> Altenpflegeheim, n=3</p> <p><u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner*innen, n=150 Interventionsgruppe, n=75 Kontrollgruppe, n=75</p>
Alici et al., 2018	Türkei	<p><u>Studientyp:</u> Quasi-Experimentelle Studie mit einem nicht- äquivalenten Vortest-Nachtest-Design der Kontrollgruppe</p> <p><u>Status:</u> Studie eingeschlossen</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der vorläufigen Wirkung der Lachtherapie auf das Niveau der Einsamkeit und Todesangst bei älteren Pflegeheimbewohner*innen</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> Lachtherapie wirkt positiv auf die Verringerung emotionaler und sozialer Einsamkeit der Pflegeheimbewohnenden ($p < 0,005$ der Interventionsgruppe)</p>	<p><u>Setting:</u> Altenpflegeheim, n=2</p> <p><u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner*innen, n=72 Interventionsgruppe, n=36 (aus einem Pflegeheim) Kontrollgruppe, n=36 (aus dem zweiten Pflegeheim)</p>
Wijesiri et al., 2019	Sri Lanka	<p><u>Studientyp:</u> Querschnittsstudie</p> <p><u>Status:</u> Studie eingeschlossen</p>	<p><u>Ziel:</u> Untersuchung der Einsamkeit älterer Bewohner*innen (65+) in drei verschiedenen Pflegeheimarten in Colombo Sri- Lanka</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> Einsamkeitserleben bedeutet emotionales Leiden, das sich durch verschiedene Gefühle manifestiert.</p>	<p><u>Setting:</u> Pflegeheime, n=3</p> <p><u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner*innen, n=75, n=25 aus jedem Pflegeheim Für die qualitativen Interviews, n=15</p>

			Einsamkeitserleben wird als Coping mit innerem Schmerz verstanden, das auf verschiedene Weise stattfindet	
Zhang et al., 2023	Sri Lanka, n=1 Kanada, n= 1 Südafrika, n=1 Belgien, n=1 Türkei, n= 1 China, n=3 Australien, n=1 Norwegen , n =1 Singapur, n=1 China & Hong Kong, n=1 China & Taiwan, n=1	<u>Studientyp:</u> Qualitative Meta-Synthese <u>Status:</u> Studie eingeschlossen	<u>Ziel:</u> Einsamkeitserleben älterer Menschen in Pflegeheimen systematisch zu synthetisieren und zusammenzufassen <u>Erkenntnisse:</u> Ältere Menschen in Pflegeheimen sind unterschiedlich stark mit Einsamkeit konfrontiert, wobei es sich um ein subjektives Gefühl handelt, das durch das Zusammenspiel zwischen persönlicher Wahrnehmung und äußerer Umgebung beeinflusst wird	<u>Setting:</u> Pflegeheim <u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner* innen ab 60 Jahren

Brimelow & Wollin, 2017	USA, n= 7 Japan, n=1 Kroatien, n=1 Taipei, n=1 Taiwan, n=1 Singapur, n=1 Hong Kong, n=1 Keine Angaben, n=2	<u>Studientyp:</u> Systematisches Review ohne Meta-Analyse <u>Status:</u> Studie ausgeschlossen <u>Ausschlussgrund</u> : Alle Studien (n=15) älter als 10 Jahre	<u>Ziel:</u> Literaturreview der aktuellen Aktivitäten und Interventionen, die in LTCTs implementiert werden können, durchzuführen <u>Erkenntnisse:</u> Eine breite Palette von Aktivitäten kommt einsamen Pflegeheimbewohner*innen zugute mit tiergestützter Therapie als eine der weitesten verbreiteten angemessenen und wirksamen Strategie für kognitiv und nicht kognitiv beeinträchtigte Bewohner*innen	<u>Setting:</u> LTCFs <u>Stichprobe:</u> LTCF-Bewohner*innen
Paque et al., 2018	Belgien	<u>Studientyp:</u> Phänomenologische Studie <u>Status:</u> Studie eingeschlossen	<u>Ziel:</u> Erforschung der allgemeinen Gefühle der Pflegeheimbewohnenden mit einem besonderen Interesse an Einsamkeit, um Strategien zur Unterstützung und Entlastung zu entwickeln <u>Erkenntnisse:</u> Einsamkeit ist u.a. mehr als das Alleinsein. Das unerfüllte Bedürfnis nach sinnvollen Beziehungen spielte eine entscheidende Rolle für das Gefühl der Einsamkeit. Der Verlust der Selbstbestimmung hing stark mit Einsamkeit zusammen und verursachte starke Emotionen, wie z.B. Trauer	<u>Setting:</u> NHs, n=3 <u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner*innen, n=11
Beogo et al., 2023	Kanada (Land einzelner inkludierte	<u>Studientyp:</u> Systematisches Review ohne Meta-Analyse	<u>Ziel:</u> Die Auswirkungen der IKT-bezogenen Kommunikationsinterventionen, die	<u>Setting:</u> LTCFs <u>Stichprobe:</u>

	n Studien nicht angegebene)	<u>Status:</u> Studie eingeschlossen	SMS, Textnachrichten oder Chat, Video, Voicemail oder Foto zur Adressierung von SIL bei LTCF- Bewohner*innen während der COVID- 19-Pandemie verwenden, zu synthetisieren <u>Erkenntnisse:</u> IKT- bezogene Anwendungen wurden für die Sicherstellung der Konnektivität zur Adressierung der SIL verwendet. Die soziale Kapitalisierung aus der Ferne durch IKT-Anwendungen ist zu einem Weg geworden, um SIL bei LTCF- Bewohner*innen zu reduzieren	LTCF- Bewohner*innen
Plattner et al., 2022	Österreich (n= 10) <u>Davon:</u> Polen, n= 1 Irland, n= 2 Türkei, n=2 Norwegen , n= 2 Kroatien, n= 1 UK, n=1 Belgien, n= 1	<u>Studientyp:</u> Literaturübersicht <u>Status:</u> Studie ausgeschlossen <u>Ausschlussgrund</u> Studien älter als 10 Jahre, n=7 Gemische Population: Angehörige/Patient *innen/Pflegeheim- bewohner*innen, n=1 Bereits in dieser Arbeit	<u>Ziel:</u> Das Erleben von Einsamkeit aus der Perspektive von Bewohner*innen der stationären Langzeitpflege zu beschrieben und Interventionen zur Verringerung von Einsamkeit durch Pflegepersonen aufzuzeigen <u>Erkenntnisse:</u> Über die eigene Einsamkeit zu sprechen, ist für viele Bewohner*innen nicht leicht. Die Ausprägungen der Einsamkeit variieren vom Alleinsein über Langeweile bis zu dem Gefühl, sich nicht zu Hause zu fühlen. Die	<u>Setting:</u> Altenpflegeheim <u>Stichprobe:</u> Pflegeheim- bewohner*in nen

		eingeschlossen n=2	Maßnahmen zur Reduktion von Einsamkeit reichen über die Anwendung von Lachyoga, tiergestützter Therapie bis zu technologischen Maßnahmen oder dem Einsatz von Freiwilligen	
Auntschbach et al., 2024	Kanada, n= 11 UK, n=6 Australien, n= 5 US, n= 5 Taiwan, n=2 Deutschland, n=1 Keine Angabe, n= 3	<u>Studientyp:</u> Scoping Review <u>Status:</u> Studie ausgeschlossen <u>Ausschlussgrund</u> : Primäres Out: weder Einsamkeitserleben noch Interventionen zur Bekämpfung der Einsamkeit	<u>Ziel:</u> Klärung der Mechanismen von Interventionen zur Bekämpfung von Einsamkeit und sozialer Isolation bei älteren Menschen in Pflegeheimen durch die Einbeziehung primärer und sekundärer informeller Pflegekräfte <u>Erkenntnisse:</u> Interventionsmechanismen wurden in den meisten Studien nicht erläutert. Es ergab folgende Aspekte der Interventionsmechanismen: Erhöhung der Möglichkeiten für soziale Kontakte, Schaffung sinnvoller Begegnungen, Pflege bestehender Beziehungen zu primären informellen Betreuer*innen und Aufbau neuer Beziehungen zu sekundären informellen Betreuer*innen.	<u>Setting:</u> NH <u>Stichprobe:</u> Pflegeheimbewohner*innen

Hernández-Ascanio et al., 2019	Spanien	<p><u>Studientyp:</u> RCT mit einem Mixed-methode-Design; Cluster RCT & explorative qualitative Studie mit Fokusgruppen zum Assessment der Durchführbarkeit der Intervention in der klinischen Praxis</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : Setting nicht Altenpflegeheim & Stichprobe nicht Pflegeheimbewohner*innen</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der Wirksamkeit einer Multikomponent-Intervention bei nicht institutionalisierten älteren Menschen im Hinblick auf die Verringerung sozialer Isolation und Einsamkeit sowie die Verbesserung der HRQoL</p> <p><u>Hypothese:</u> Eine Multikomponent-Intervention bei nicht institutionalisierten Älteren ist effektiv bei der Reduzierung sozialer Isolation und der Einsamkeit sowie bei der Verbesserung der HRQoL</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> Phase 1 Studie. Erklärung der Vorgehensweise und Intentionen für Phase 2. Es bestehen keine Ergebnisse zum Zeitpunkt der Veröffentlichung</p>	<p><u>Setting:</u> Community</p> <p><u>Stichprobe:</u> Nicht institutionalisierten älteren Menschen, n=57 je Gruppe</p>
Warner et al., 2024	Hongkong	<p><u>Studientyp:</u> Dual-RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : :</p>	<p><u>Ziel:</u> Ermittlung der positiven Auswirkungen einer ehrenamtlichen Tätigkeit als Laienberater*in per Telefon auf die eigene Einsamkeit, Engagement in sozialen Netzwerken, wahrgenommene soziale Unterstützung, Stress, Angst und</p>	<p><u>Setting:</u> Community</p> <p><u>Stichprobe:</u> Nicht institutionalisierte Ältere, n=375</p>

		<p>Setting nicht Pflegeheim & Stichprobe nicht Pflegeheimbewohner*innen</p>	<p>depressive Symptome bei älteren chinesischen Erwachsenen in Hongkong während der COVID-19-Pandemie</p> <p><u>Erkenntnisse:</u></p> <p>Es zeigten sich signifikante positive Auswirkungen ehrenamtlicher Arbeit auf allen untersuchten Variablen u.a. Einsamkeit (dppc2 = -0.41 ULCA-Einsamkeitsscore, dppc2 = -0,70 Gesamt-DJG-Score) in der Interventionsgruppe im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Einsamkeit freiwilliger interventionist*innen wurde durch die Intervention verringert</p>	
Seewer et al., 2024	Deutschsprachige Länder	<p><u>Studientyp:</u> Dreiarmer RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : Setting nicht Pflegeheim Stichprobe nicht Pflegeheimbewohner*innen</p>	<p><u>Ziel:</u> Evaluation der Wirksamkeit einer ICBT zur Reduzierung der Einsamkeit durch den Vergleich zweier Interventionsgruppen (mit humaner Anleitung oder automatisierten Nachrichten) mit einer Kontrollgruppe (Wartelistengruppe)</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> ICBT linderte wirksam die Einsamkeit. Humane Anleitung steigerte die Verringerung der Einsamkeit im Vergleich zu automatisierten Nachrichten</p>	<p><u>Setting:</u> Community</p> <p><u>Stichprobe:</u> einsame Erwachsene ab 18 Jahre, n=243</p> <p><u>Interventionsgruppe:</u> Humane Anleitung, n=98 automatisierte Nachrichte, n=97</p> <p><u>Kontrollgruppe</u> Wartelistengruppe, n=48</p>

Liu et al., 2024	Deutschland	<p><u>Studientyp:</u> Online-RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : Setting nicht altenpflegeheim Stichprobe nicht Altenpflegeheimbewohner*innen</p>	<p><u>Ziel:</u> Messung der Wirksamkeit pädagogischer Unterhaltung („Edutainment“) und/oder evidenzbasierter, schriftlicher Gesundheitsbotschaften bei der Linderung der Einsamkeit und der Steigerung der Absicht zur Bewältigung der Einsamkeit</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten schriftliche Nachrichten einen kleinen jedoch signifikanten Effekt auf die erhöhte Intention, mit Einsamkeit umzugehen ($p=0,004$). Ebenso senkte eine Kombination aus Edutainment und schriftlichen Nachrichten die Einsamkeitsscore ($p=0.04$) signifikant</p>	<p><u>Setting:</u> Community</p> <p><u>Stichprobe:</u> Erwachsene ab 18 Jahre, $n=1689$</p> <p><u>Interventionen, $n=3$</u> Nur Edutainment (Gruppe B) Edutainment und schriftliche Gesundheitsbotschaften (Gruppe A) Nur schriftliche Gesundheitsbotschaften (Gruppe C) <u>Kontrollgruppe, $n= 1$</u> Gruppe D (erhielt keine Intervention)</p>
Jamei et al., 2024	Iran	<p><u>Studientyp:</u> RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : Setting nicht Pflegeheim/ Stichprobe nicht Pflegeheimbewohner*innen</p>	<p><u>Ziel:</u> Untersuchung der Auswirkungen der Gruppenspieltherapie auf die Verringerung des Einsamkeitsgefühls bei älteren Menschen</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> Im Vergleich zur Kontrollgruppe: Signifikante Reduktion der Einsamkeit in der Interventionsgruppe ($p=0,001$), signifikanter Unterschied des Einsamkeitsgefühls innerhalb der Interventionsgruppe zwischen Studienbeginn und Follow-up ($p=,001$)</p>	<p><u>Setting:</u> staatliche Gesundheitszentren</p> <p><u>Stichprobe:</u> ältere Erwachsene, $n=60$</p> <p>Interventionsgruppe, $n=30$</p> <p>Kontrollgruppe, $n=30$</p>

Dodge et al., 2024	USA (Portland & Detroit)	<p><u>Studientyp:</u> Multisite-Phase II-Online-RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : Setting nicht Pflegeheim & Stichprobe nicht Pflegeheimbewohner*innen Exklusiv soziale Isolation adressiert</p>	<p><u>Hypothese:</u> Konversationsinteraktionen können die Gehirnfunktionen sozialisolierter älterer Erwachsenen ohne Demenz stimulieren</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> höhere globale kognitive Testscores in der Interventionsgruppe nach der Induktionsphase ($p=0,03$) im Vergleich zur Kontrollgruppe Höhere sprachbasierte Exekutivfunktion der Proband*innen in der Interventionsgruppe mit normaler Kognition ($p=0,03$) nach Induktion Höhere Kodierungsfunktion der Proband*innen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung in der Interventionsgruppe nach der Erhaltungsphase ($p=0,04$)</p>	<p><u>Setting:</u> Community</p> <p><u>Stichprobe:</u> n= 186 sozialisierte Ältere ab 75 Jahren mit normaler Kognition oder mit milder kognitiver Beeinträchtigung Interventionsgruppe, n=94 Kontrollgruppe, n=92</p>
Manjunath et al., 2021	Keine Angabe der Länder aller inkludierten Studien	<p><u>Studientyp:</u> Systematisches Review</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u> : Primäres Outcome: soziale Isolation Setting: gemischt</p>	<p><u>Ziel:</u> Bewertung der Studienqualität und Identifizierung wirksamer Empfehlung für Interventionen gegen soziale Isolation</p> <p><u>Erkenntnisse:</u> abgeschlossene Studien zu gruppen- und personenzentrierten Interventionen gegen soziale Isolation waren von höchster Qualität, da die soziale Isolation älterer Menschen nach der Intervention abnahm und dieser Effekt in follow-up Studien anhielt. Ebenso wurde soziale Isolation durch andere Interventionen wie ehrenamtliche Interventionen gemildert; Es wurden jedoch keine Follow-up Studien zur Bestimmung</p>	<p><u>Setting:</u> LTCF, NH, Rehabilitationszentren, Community</p> <p><u>Stichprobe:</u> ältere Menschen</p>

			der Langzeitwirksamkeit abgeschlossen	
Berger et al., 2024	Deutschland	<p>Studientyp: Doppel-blind, placebo-kontrollierte-RCT</p> <p>Status: Studie abgeschlossen</p> <p>Ausschlussgrund: Setting & Stichprobe</p>	<p>Ziel: Die Realisierbarkeit, Akzeptierbarkeit und erste Evidenz von OT als Zusatz zu einer kurzfristigen psychologischen Gruppenintervention gegen Einsamkeit zu untersuchen</p> <p>Erkenntnisse: OT hatte keinen signifikanten Einfluss auf Trait-Like-Einsamkeit, Lebensqualität oder wahrgenommenen Stress. Im Vergleich zu Placebo beschleunigte OT jedoch die Reduktion des Einsamkeitszustandes innerhalb der Sitzungen deutlich und verbesserte signifikant die positive Bindung zwischen den Guppenmitgliedern</p>	<p>Setting: Community</p> <p>Stichprobe: Erwachsene zwischen 18-65 Jahren, n=79 OT-Gruppe, n=43 PLC-Gruppe, n=35 Exkludiert vor der Randomisation aufgrund gleichzeitiger Teilnahme an einer Psychotherapie, n=1</p>
Matthaeus et al.,	Berlin, Deutschland	<p>Studientyp: Phase II-RCT</p> <p>Status: Studie abgeschlossen</p> <p>Ausschlussgrund: Setting & Stichprobe</p>	<p>Ziel: Investigation differenzialer Wirksamkeit zwei per App bereitgestellten Mentaltrainings (klassische achtsamkeitsbasierte Intervention und neuartiges partnerbasiertes sozial-emotionales Training („Affekt Dyad“)) auf unterschiedliche Folgen von Einsamkeit und sozialer Verbundenheit, zu investigieren.</p> <p>Erkenntnisse: Das Partnerbasierte Training führte zu einer stärkeren Verringerung der Einsamkeit als das achtsamkeitsbasierte Training</p>	<p>Setting: Community</p> <p>Stichprobe: Erwachsene zwischen 18-65 Jahren, n=253 Interventionen, n=2; Achtsamkeitsbasiertes Training, n=90 Sozial-emotionales Training, n=83 Kontrollgruppe (Warteliste), n=80</p>
Chan et al., 2017	Hong Kong	<p>Studientyp: Pilot-RCT</p> <p>Status:</p>	<p>Ziel: Testung der Durchführbarkeit und vorläufige Wirksamkeit eines Tai-Chi-</p>	<p>Setting: DECC</p> <p>Stichprobe:</p>

		<p>Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u></p> <p>:</p> <p>Setting & Stichprobe</p>	<p>Qigong-Programm mit der Assistenz älterer Freiwilligen aus der Nachbarschaft bei der Stärkung sozialer Netzwerke und Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens versteckter älteren Menschen</p> <p><u>Erkenntnisse:</u></p> <p>GEE-Model zeigte generelle Verbesserung der Outcomes in der Interventionsgruppe; Einsamkeit (p=0,033), Zufriedenheitskomponente der sozialen Unterstützung (p=0,044)</p>	<p>Ältere Menschen ab 60 Jahren, n=48</p> <p>Interventionsgruppe (ti chi qigong), n=24</p> <p>Kontrollgruppe (standardisierte Versorgung), n=24</p>
Schäfer, 2023	Berlin, Deutschland	<p>Pilot-RCT</p> <p><u>Status:</u> Studie ausgeschlossen</p> <p><u>Ausschlussgrund</u></p> <p>:</p> <p>Stichprobe nicht Pflegeheimbewohner*innen und Setting nicht Pflegeheim</p>	<p><u>Ziel:</u></p> <p>zu untersuchen, ob online-gemeinsames Singen zu einer sinnvollen Verbesserung der Variablen führen kann, die durch die während der Pandemie initiierten Maßnahmen negativ beeinflusst wurden</p> <p><u>Erkenntnisse:</u></p> <p>Durchaus alle untersuchten Variablen u.a. Einsamkeit zeigten sich positive Effekte der Variablen in der Gesangs- und Diskussionsgruppen mit deutlich ausgeprägten Effekten in der Gesangsgruppe (Gruppe von Interesse). Es zeigten sich keine positiven Effekte in der Wartelistengruppe (Kontrollgruppe)</p>	<p><u>Setting:</u></p> <p>Community via social Media Platform (Online-Video-Plattform)</p> <p><u>Stichprobe:</u></p> <p>Unspezifisch, n=75</p>

Anhang C

Kritische Beurteilung eingeschlossener Studien nach Behrens & Langer sowie nach Möhler

Tabelle 3: Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Alici et al., 2018

Titel: Die vorläufigen Auswirkungen der Lachtherapie auf Einsamkeit und Todesangst bei älteren Erwachsenen, die im Pflegeheim leben: Eine nicht randomisierte Pilotstudie

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Randomisierung ▪ zwei eingewilligte NH ▪ einfache Zuteilung der Proband*innen in einem NH in die Interventionsgruppe & Proband*innen in dem zweiten NH in die Kontrollgruppe ▪ Gefahr eines Selektionsbias
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 NH (n= 72), n= 36 je Gruppe ▪ Drop-Out, n= 22 (Interventionsgruppe, n= 16, Kontrollgruppe, n= 6): Tod, n= 2, Verlassen des NHs, n= 2, Hospitalisiert, n= 11, Widerruf der Einwilligung, n= 7 ▪ Studienabschluss, n= 50
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle nicht verblindet ▪ Durchführungsbias wahrscheinlich ▪ Verblindung unmöglich
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ähnlichkeiten der demografischen Daten in der Tabelle deutlich sichtbar
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventionsgruppe → Lachyoga ▪ Kontrollgruppe → keine Intervention ▪ Keine Unterschiede ersichtlich

6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Gruppenwechsler ▪ keine Verfälschung bei der Auswertung
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poweranalyse erfolgte vor Studienbeginn ▪ Statistisch signifikante Ergebnisse bestehen
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste Pilotstudie auf diesem Gebiet ▪ Ähnliche Ergebnisse in anderen Untersuchungen
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sehr ausgeprägte Behandlungseffekte vorhanden
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufallsergebnisse sehr unwahrscheinlich ▪ DJGLS-Score = $p < 0,001$ (Interventionsgruppe) nach der Intervention
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfidenzintervalle nicht angegeben
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, übertragbar auf Pflegeheimbewohner*innen mit den gleichen betrachteten Variablen
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Nebenwirkungen durch Forschende beobachtet ▪ Keine Hinweise auf Compliance in der Interventionsgruppe
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Kosten-Nutzen-Analyse beschrieben
Betonung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Tabelle 4: Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie**Quelle:** Tsai et al., 2020**Titel:** Auswirkungen eines smartphone-basierten Videokonferenzprogramms für ältere Pflegeheimbewohner*innen auf Depression, Einsamkeit und Lebensqualität: Eine quasi-experimentelle Studie

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zufällige Zuteilung der sieben NH entweder in die Interventionsgruppe (n= 5 NH) oder in die Kontrollgruppe n= 2 NH ▪ Identifikation potenzieller Proband*innen durch trainierte PFP ▪ Informed consent von Bewohner*innen und ihren Angehörigen ▪ Zuteilung ersichtlich beschrieben
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekrutiert, n= 62 davon 32 aus 5 NH in der Interventionsgruppe & 30 aus 2 NH in der Kontrollgruppe ▪ Attritionrate 37,5% (12 Personen) in der Interventionsgruppe & 33,3% (10 Personen) in der Kontrollgruppe: Widerruf der Einwilligung, n= 6, Entlassung nach Hause, n= 11, Tod, n= 5 ▪ Studienabschluss, n= 40 ▪ Keine Unterschiede in der Markmalen zwischen Drop-Outs und Verbliebenen
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle nicht verblindet ▪ Verblindung unmöglich ▪ Durchführungsbias wahrscheinlich
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nein ▪ Interventionsgruppe signifikant älter als die Kontrollgruppe (p<0,001) ▪ Hypertension und Diabetes signifikant höher in der Kontrollgruppe (p= 0,01) als in der Interventionsgruppe (p<0,05) ▪ höhere Anzahl wöchentlicher Telefonanrufe und persönlicher Visite durch Angehörige in

	der Interventionsgruppe ($p < 0,05$) als in der Kontrollgruppe
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlungsunterschiede nicht erkennbar
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Gruppenwechselung ▪ keine Verfälschung bei der Auswertung
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fallberechnung erfolgte ▪ statistisch signifikante Ergebnisse vorhanden
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ähnliche Ergebnisse in anderen Untersuchungen
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signifikante Unterschiede der Mittelwerte zwischen den Behandlungsgruppen ($t = 0,87$, $p = 0,03$) ▪ Mittelwerte und SD zum Studienbeginn, nach 1 Monat, nach 3 Monate und nach 6 Monate angegeben ▪ Behandlungseffekt ausgeprägt
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ p-Wert $< 0,001$ nach 1, 3 und 6 Monate ▪ Zufallsergebnisse sehr unwahrscheinlich
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfidenzintervall = 95% ▪ Range angegeben
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf Bewohner*innen mit gleichen Merkmalen und in gleichem Setting übertragbar

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Hinweis auf Nebenwirkungen ▪ Keine präzisen Angaben zur Adhärenz
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Keine Kosten-Nutzen-Analyse beschrieben
Betonung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Tabelle 5: Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Chu et al., 2019

Titel: Wirksamkeit eines Garten-Aktivitätsprogramms zur Verringerung von Depression und Einsamkeit bei älteren Bewohner*innen in Pflegeheimen in Taiwan

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekrutierung nach Convenience- Sampling aus drei NH ▪ Informed consent ▪ Zufallszuteilung in die Interventions- und Kontrollgruppe ▪ Randomisation ausführlich beschrieben
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retentionsrate 100% in beiden Untersuchungsgruppen ▪ Drop-out, n= 0
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alle nicht verblindet ▪ Verblindung nicht möglich ▪ Durchführungsbias möglich
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine signifikanten Unterschiede in der Tabelle ersichtlich
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kein Behandlungsunterschied der Untersuchungsgruppen erkennbar ▪ Unwahrscheinlichkeit des Ergebniseinflusses durch andere Faktoren
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Gruppenwechsler ▪ keine Verfälschung bei der Auswertung

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stichprobe, n= 150/ 75 Personen je Behandlungsgruppe ▪ 150 ausgewertet ▪ Keine Fallberechnung, jedoch statistisch sehr signifikante Ergebnisse
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ähnliche Ergebnisse in anderen Untersuchungen
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorhandensein ausgeprägter Behandlungseffekte
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ p-Wert < 0,001 ▪ Zufallsergebnisse sehr unwahrscheinlich
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfidenzintervalle nicht angegeben
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf Bewohner*innen mit den gleichen Merkmalen mit ähnlicher Intervention und im gleichen Setting übertragbar
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine negativen Effekte berichtet ▪ Keine präzisen Angaben zur Adhärenz
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Kosten-Nutzen-Analyse beschrieben
Betonung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Tabelle 6: Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Metaanalyse**Quelle:** Yen et al., 2024**Titel:** Die Auswirkung sozialer Roboter auf Depression und Einsamkeit älterer Bewohner*innen in Langzeitpflegeeinrichtungen: Eine Meta-Analyse von RCTs.

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine eigenständige Fragestellung, jedoch im Titel und in der Zielsetzung deutlich erkennbar ▪ Titel und Zielsetzung klar und präzise formuliert und genug eingegrenzt
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. ▪ Studiendesign; RCT inklusiv Cluster-RCT ▪ Intervention: konkrete Formen von SCRs mit physischer Manifestation als psychosoziale Intervention, keine Serviceroboter ▪ Population: ältere Pflegeheimbewohner*innen ab 65 Jahren ▪ Outcome: Depression oder Einsamkeit oder beides
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sechs Datenbanken: PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, MEDLINE and CINAHL plus in August 2023 ▪ keine Handsuche ▪ keine Befragung von Expert*innen
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. ▪ Fünf Domäne: Randomisationsprozess, Abweichungen von beabsichtigter Intervention, fehlende Ergebnisdaten, Messung des Ergebnisses und Auswahl der berichteten Ergebnisse

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berechnung der Gesamtrisiken ▪ Einstufung: geringeres Risiko, etwas besorgniserregend oder hohes Risiko
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quellen angegeben
6. Stimmt die Beurteilung der verwendeten Studien überein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Getrennte Bewertung der Qualität inkludierter RCTs in Übereinstimmung mit dem Cochrane Risk of Bias Tool 2.0 ▪ Modulatoranalyse für Einsamkeit wegen limitierter inkludierter Studien (n=3) nicht erfolgt ▪ Daher kein K-Wert
7. Waren die Studien ähnlich?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drei Studien für Einsamkeit: ähnliche Population und Intervention, Studiendesign (RCT) ▪ moderate Heterogenität ▪ Q-Wert= 9,824, p= 0,07 und I²= 79.643%.
Aussagekraft	
8. Was sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamteffekt; Hedge g= -1. 210, Z= -2.251 & p= 0, 023 ▪ große Effektgröße
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ KI= 95% ▪ Studien wurden gewichtet
Anwendbarkeit	
10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf ähnliche Bewohner*innen in dem gleichen Setting übertragbar
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nebenwirkungen und Adhärenz in inkludierten Studien nicht angegeben

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	▪ Keine Kosten- Nutzen- Analyse in ursprünglichen Studien berechnet
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Tabelle 7: Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Metaanalyse**Quelle:** Beogo et al., 2023**Titel:** Stärkung des Sozialkapitals zur Bekämpfung von Isolation und Einsamkeit in Langzeitpflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie: Systematisches Review der Forschung zu Informations- und Kommunikationstechnologien.

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragestellung bereits im Titel und in der Zielsetzung genannt ▪ Zielsetzung und Titel klar formuliert und genug eingegrenzt ▪ Keine eigenständig formulierte Fragestellung
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. ▪ Population: ältere Pflegeheimbewohner*innen ab 65 Jahren ohne schwere psychische Beeinträchtigung ▪ Intervention: IT-Anwendungen, die die Internetnutzung umfassen, keine Telekommunikationsanwendungen für medizinische(s) Assessment und Therapie ▪ Komparator und Design: quantitative, qualitative und mixed-methods Designs ▪ Primäre Outcomes: SIL ▪ Ausführliche Beschreibung
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Datenbanken: Ovid-MEDLINE, ACM Digital Library, CINAHL-EBSCO, Cochrane Library, Web of Science, PsycINFO-Ovid, Scopus, DirectScience, Communication and Mass Media Complete und IEEE Xplore, CNKI, WanFang, Weipu (VIP) und SinoMed

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. Critical Appraisal Checklist; Specialist Unit for Review Evidence (SURE) verwendet
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. Quellen angegeben/ vier Studien
6. Stimmt die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. Bewertung der Studien durch Mehrere Personen
7. Waren die Studien ähnlich?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja. Ähnliche Population, Intervention und Studiendesign: quantitative und partizipatorische Designs
Aussagekraft	
8. Was sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beschreibung der Ergebnisse
9. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konfidenzintervalle nicht angegeben
Anwendbarkeit	
10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auf ähnlichen Patienten*innen und Umgebung übertragbar
11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negative Effekte nicht betont
12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Kosten-Nutzen-Analyse
Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Tabelle 8: Beurteilung einer qualitativen Studie**Quelle:** Paque et al., 2018**Titel:** Leben in einem Pflegeheim: Eine phänomenologische Studie zur Exploration der Einsamkeit und anderen Gefühle der Bewohner*innen.

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert ▪ Ziel klar und deutlich formuliert ▪ keine Interpretationsspielräume
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Phänomenologisches, interviewbasiertes Design zur Exploration der Einsamkeitsgefühle der NH-Bewohner*innen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ geeignete Ein- und Ausschlusskriterien ▪ keine direkte Begründung, jedoch ausführliche Beschreibung der Auswahl
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevante Charakteristika für die Studie ausreichend beschrieben
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In-depth-Interviews ▪ ausreichende Beschreibung
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretative phänomenologische Analyse (IPA) verwendet
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N= 11 aus drei NH ▪ Datensättigung unmöglich
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ direkte Narrative-Zitaten interviewter Bewohner*innen ▪ klare Themenbildung

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsens im Forscherteam über die gesamten Studienergebnisse bestehen ▪ Keine Validation durch MemberCheck
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, ausführlich beschrieben
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, Pflege einsamer Bewohner*innen
Betonung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Tabelle 9: Beurteilung einer qualitativen Studie**Quelle:** Wijesiri et al., 2019**Titel:** Einsamkeit bei älteren Menschen, die in Pflegeheimen in Sri Lanka leben.

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klare Diskussion des Forschungsthemas ▪ klare Zielsetzung
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Querschnittsdesign ▪ qualitativer Ansatz: Einzelinterviews mit offenen Fragen
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswahl anhand geeigneter Ein- und Ausschlusskriterien ersichtlich
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnehmer*innen, Umfeld und Perspektive der Forschenden ausreichend beschrieben
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Offene Interviews ▪ detaillierte Beschreibung ▪ Zeitpunkt der Datensammlung nicht erwähnt
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transkription der Interviews in englischer Sprache ▪ Analyse mittels induktiver Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman (2004)
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N= 15 aus drei NH ▪ Sättigung unmöglich
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transparenter Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung der Themen ▪ Zitate der Proband*innen angegeben

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussionen und Konsens im Forscherteam bestehen ▪ keine Validation durch Membercheck
Anwendbarkeit	
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, Pflege einsamer Bewohner*innen in NH
Betonung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung)	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Tabelle 10: Beurteilung einer qualitativen Metasynthese in Anlehnung an Möhler (2016)**Quelle:** Zhang et al., 2023**Titel: Einsamkeit in Pflegeheimen: Eine qualitative Meta-Synthese der Erfahrungen älterer Menschen**

1. Fragestellung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine eigenständige Formulierung der Fragestellung, jedoch im Titel und Ziel deutlich erkennbar ▪ Titel und Ziel klar, präzise und nach SPIDER- Schema formuliert
2. Ein- und Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geeignet zur Beantwortung der Fragestellung ▪ Festlegung nach dem empfohlenen PICOS-Model von JBI Centre for Evidence-Based Health Care in Australien ▪ Keine Einschränkung bzgl. der Studiendesigns
3. Literaturrecherche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Systematische Literaturrecherche in multiplen geeigneten Datenbanken (n= 8) bis 20 März 2023
4. Studienauswahl und Datenextraktion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch zwei Forschende unabhängig voneinander ▪ Diskussionen und Assessment durch dritte Forschende bei Meinungsunterschieden ▪ Konsens im Forscherteam besteht ▪ Eingeschlossen, n= 13
5. Qualitätsbewertung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ JBI-Qualitätsassessment-Tool für qualitative Forschung verwendet ▪ Qualitätsbewertung durch zwei Forschende unabhängig voneinander ▪ Assessment durch dritte Forschende bei Meinungsunterschieden
6. Datenanalyse und -synthese	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dreistufiger Ansatz von Thomas und Haddens für die schematische Synthese verwendet ▪ Erster Kodierungsprozess durch zwei Forschende unabhängig voneinander

	<ul style="list-style-type: none">▪ Deskriptive und analytische Themen durch dritte Forschende▪ Konsistenz und Angemessenheit schematischer Interpretation durch ganzes Forscherteam
7. Bewertung der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none">▪ Diskussion der Ergebnisse und Darstellung der Bedeutung für die Praxis und Forschung ersichtlich

Tabelle 11: Übersicht des Notenschlüssels

%	86-100	85- 71	70- 56	55- 50	49- 45	<45
Note	1	2	3	4	5	6
Beschreibung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend

Glossar

Altenhilfe: Gesamtheit aller Aktivitäten und Hilfeleistungen, die dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken (SGB XII, § 71, Abs. 1).

Altenpflege: Gesamtheit aller kranken- und sozialpflegerischen Tätigkeiten für pflegebedürftige alte Menschen. Altenpflege ist inzwischen Teil der Altenhilfe“ (Böhme-Breuer, 2020, S.6).

Attrition Bias: Ungleicher oder sehr hohe Verlust in einer Untersuchungsgruppe, z.B. auffallend mehr Drop-outs (Behrens & Langer, 2022, S. 389).

Betreutes Wohnen: eigenständige Wohnung ggf. mit Anschluss an einen ambulanten Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung mit umfassenden Serviceleistungen (Neubert & Neubert, 2022, S. 16).

Bias: systematischer Fehler im Studiendesign, der die Ergebnisse der Studie in eine falsche Richtung beeinflussen kann, sodass die Ergebnisse der Untersuchung stark vom wahren Wert abweichen können (Behrens & Langer, 2022, S. 389).

Coping (Bewältigung): Bezeichnung für Methoden zur Behebung von Stresssituationen, zur Lösung von Problemen und zur Entscheidungsfindung. Dieser Copingprozess umfasst sowohl eine kognitive als auch eine nicht kognitive Komponente. Die kognitive Komponente beinhaltet den Denk- und Lernprozess, die zur Identifikation der Stressursache benötigt wird (Dröber et al., S. 225).

Drop-Outs (Stichprobenausfälle): Personen, die anfangs in die Studie aufgenommen, aber dann die Studie verlassen haben (Behrens & Langer, 2022, S. 391).

Effektmaß: Errechneter Wert, mit dem der Therapieeffekt beschrieben werden kann, z.B. Median, Mittelwert oder NNT (Behrens & Langer, 2022, S. 391).

Effektstärke: Maß für die Stärke von Einflüssen, z.B. die Beziehung zwischen zwei Merkmalen oder die Unterschiede zwischen zwei Gruppen (Behrens & Langer, 2022, S. 391).

Heterogenität: Im Rahmen systematischer Übersichtskarten und der Meta-Analysen bezeichnet die Unterschiede zwischen den inkludierten Studien z.B. in Bezug auf das Studiendesign, Pflegebedürftigen oder die Intervention (Behrens & Langer, 2022, S. 393).

Informed Consent (informierte Zustimmung): Entscheidung der Pflegebedürftigen zur Teilnahme an der Studie nach Aufklärung möglicher Vor- und Nachteile (Behrens & Langer, 2022, S. 393).

Interventionsstudien: Oberbegriff von Forschungsansätzen, bei denen kausale Zusammenhänge, d.h. die Auswirkungen von Interventionen auf eine Zielvariable überprüft werden (Brandenburg et al., 2023, S. 443).

Interventionsgruppe: Gruppe, die die zu untersuchende Intervention erhält (Brandenburg et al., 2023, S. 442).

Kontrollgruppe: Gruppe, die nicht die zu untersuchende Intervention (Manipulation) erhält (Brandenburg et al., 2023, S. 444).

Konfidenzintervall: gibt eine Vorstellung davon, wie präzise der wahre Wert anhand des Ergebnisses einer Studie geschätzt wurde (Behrens & Langer, 2022, S. 213).

Kosten-Nutzen-Analyse: eine wirtschaftliche Bewertung, bei der die Kosten für eine Intervention mit den wirtschaftlichen Vorteilen der Intervention verglichen werden (Behrens & Langer, 2022, S. 395).

Methode der Phänomenologie: qualitatives Forschungsdesign. Zielt darauf ab, die gemeinsame Bedeutung individueller Erfahrungen bzgl. eines Phänomens zu erforschen, ein Phänomen detailgetreu und umfassend zu beschreiben und die Perspektiven von Menschen, ihrer Wirklichkeit und Sicht auf ein Phänomen zu erfassen (Fringer & Schrems, 2023, S. 90).

Mittelwert: Die Summe der einzelnen Messwerte geteilt durch ihre Anzahl (Behrens & Langer, 2022, S. 395).

Median: Der mittlere Wert in der geordneten Reihe der Messwerte (Behrens & Langer, 2022, S. 395).

Meta-Synthese: Ergebnisse mehrerer qualitativen Studien zu einer bestimmten qualitativen Fragestellung werden narrativ zusammengefasst. Dabei wird die Erreichung einer stärker abstrahierenden bzw. höheren Analyseebene angestrebt (Möhler, 2016, S. 71).

Meta- Analyse: eine systematische Übersichtsarbeit, in der mit statistischen Methoden die Ergebnisse zusammengefasst werden (Behrens & Langer, 2022, S. 395).

Numbers Needed to Treat (NNT): Die Anzahl an Pflegebedürftigen, die eine Pflegemaßnahme erhalten müssen, um einen weiteren Pflegebedürftigen mit dem gewünschten Ergebnis zu bekommen (Behrens & Langer, 2022, S. 212).

Outcome (Ergebnismaß/Endpunkt): Merkmal, mit dem ein Unterschied zwischen Interventionen oder zwischen dem Vorhandensein von Risikofaktoren gemessen werden soll (Behrens & Langer, 2022, S. 396).

Pflegeheime: Selbständig wirtschaftende stationäre Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt

werden und zudem vollstationär oder teilstationär untergebracht und gepflegt werden (SGB XI, § 71, Abs. 2).

Pflege: Inhärent ist die Achtung der Menschenrechte einschließlich der kulturellen Rechte, des Rechts auf Leben und Wahlfreiheit, das Recht auf Würde und respektvolle Behandlung (ICN, 2021, S. 4).

Pflegebedürftigkeit: Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen haben oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen (SGB XI, §14, Abs. 1).

Pflegefachperson: eine Person, die eine grundlegende generalisierte Pflegeausbildung absolviert hat und von der zuständigen Aufsichtsbehörde in ihrem Land zur Ausübung der Pflege berechtigt ist (ICN, 2021, S. 28).

P-Wert: Die Wahrscheinlichkeit, dass die gewonnenen Messwerte auf einen Zufall zurückzuführen sind. Ein $P < 0,05$ ist statistisch signifikant (Ergebnisse sind nicht auf Zufall zurückzuführen) (Behrens & Langer, 2022, S. 396).

Performance Bias (Durchführungsbias): Die Teilnehmenden in den Untersuchungsgruppen werden unabhängig von der zu untersuchenden Intervention zusätzlich systematisch behandelt (Behrens & Langer, 2022, S. 396)

Publikationsbias: Systematische Verzerrung der Ergebnisse einer Meta-Analyse durch unterschiedliche Veröffentlichungsverfahren, z.B. Studien mit nichtsignifikanten Ergebnissen werden häufig wenig publiziert (Behrens & Langer, 2022, S. 396).

Phänomen: Beschreibung beobachtbarer oder sichtbarer Tatsachen, Ereignisse oder Umstände (Brandenburg et al., 2023, S. 446).

Qualitative Forschung: Forschungsansatz, der nach Bedeutungen, Phänomenen, Beschreibungen, Werten und Verstehen sucht (Brandenburg et al., 2023, S. 447).

Quasi-experimentelle Studie: Dabei fehlt eine Kontrolle und/ oder eine Randomisierung (Panfil & Mayer, 2023, S. 111)

Querschnittsstudie: Zu einem Zeitpunkt wird eine Gruppe von Personen untersucht und verschiedene Merkmale werden in Beziehung zu einem interessierenden Merkmal gesetzt (Behrens & Langer, 2022, S. 188).

Randomisierte kontrollierte Studie (RCT): Experimentelle Studie, bei der die Teilnehmenden per Zufallsauswahl einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeordnet werden, sodass jede Teilnehmende die gleiche Chance hat, in eine der Gruppen zu gelangen (Behrens & Langer, 2022, S. 185).

Reliabilität: Drückt die Zuverlässigkeit einer Studie aus und gibt somit Antwort auf die Frage, ob eine Wiederholung der Studie die gleichen Ergebnisse liefern würde oder lieferte (Behrens & Langer, 2022, S. 397).

Randomisierung (Zufallszuweisung): Dabei hat jede Studienteilnehmende die gleiche Chance in eine der Interventionsgruppe zu gelangen. Dadurch wird sichergestellt, dass sich die Behandlungsgruppen in allen bekannten und nicht bekannten Merkmalen nicht unterscheiden (Behrens & Langer, 2022, S. 204).

Systematische Übersichtsarbeiten (systematische Reviews): Eine Forschungsmethode zur Zusammenfassung der Studienergebnisse z.B. von RCTs auf einem Gebiet zusammenzufassen und übergreifende Schlüsse zu ziehen (Behrens & Langer 2022, S. 194)

Selektionsbias (Auswahl-Bias): Die Ergebnisse werden durch systematische Unterschiede in der Art der Auswahl der Teilnehmenden oder in der Art der Zuweisung der Teilnehmenden zu den Untersuchungsgruppen verzerrt (Behrens & Langer, 2022, S. 389).

Selbstbestimmung: Das Recht, dass die eigenen Entscheidungen respektiert werden. Selbstbestimmung ist nicht absolut. Sie kann durch kognitive oder affektive Unfähigkeit, Minderjährigkeit, die Gefahr, sich oder andere zu schädigen oder die Freiheit anderer zu beeinträchtigen, eingeschränkt werden (ICN, 2021, S. 29).

Viktimisierung: häufiges Ziel von aggressivem Verhalten und Abwertung in Gruppen (Schalek & Stefan, 2018, S. 385).

Validität: Gültigkeit bzw. Generalisierbarkeit einer Studie. Validität antwortet auf die Frage, ob die Studie wirklich misst, was sie messen soll, und ob die Ergebnisse auch auf die Population außerhalb der Stichprobe übertragbar sind (Behrens & Langer, 2022, S. 400).

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Ich erkläre mein Einverständnis damit, dass meine Bachelorarbeit in der Hochschulbibliothek der EHB bereitgestellt wird. Die Leser*innen sind berechtigt, persönliche Kopien für wissenschaftliche und nicht kommerzielle Zwecke zu erstellen (§ 53 UrhG). Jede weitere Nutzung bedarf meiner ausdrücklichen vorherigen schriftlichen Genehmigung.

Berlin, 04.02.2025

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Ich erkläre mein Einverständnis damit, dass meine Bachelorarbeit in der Hochschulbibliothek der EHB bereitgestellt wird. Die Leser*innen sind berechtigt, persönliche Kopien für wissenschaftliche und nicht kommerzielle Zwecke zu erstellen (§ 53 UrhG). Jede weitere Nutzung bedarf meiner ausdrücklichen vorherigen schriftlichen Genehmigung.

Berlin, 04.02.2025

Unterschrift 