



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

**AUSWIRKUNG VON EINSAMKEIT AUF DIE
GESUNDHEIT ÄLTERER MENSCHEN**

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

urn: nbn:de:gbv: 519-thesis2022-0479-5

Vorgelegt von: Axel Haase

Betreuer: *Prof. Dr. Claudia Vogel*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Kai Brauer*

Tag der Einreichung: *02.07.2022*

Inhaltsverzeichnis

1. Kapitel: Hinführung und Einleitung	1
2. Kapitel: Definitionen / Klärung / Begriffsbestimmung von Schlüsselwörtern	2
2.1 Die Einsamkeit	2
2.1.1 Einsamkeitsrisiko im Alter	3
2.1.2 Folgen von Einsamkeit im Alter	4
2.2 Die soziale Isolation	4
2.2.1 Das Risiko sozialer Isolation im Alter	5
2.2.2 Folgen sozialer Isolation im Alter	5
2.3 Das Alleinleben	6
2.4 Einzelgängertum und Zurückgezogenheit	7
2.5 Die älteren Erwachsenen	8
3. Kapitel: Die Gesundheit	8
3.1 Die funktionale Gesundheit	10
3.2 Die subjektive Gesundheit	11
3.3 Die psychische Gesundheit	13
3.4 Die sozial ökologische Determinante von Gesundheit	16
4. Kapitel: Konzeptualisierung der Messung von Einsamkeit bei älteren Menschen	19
4.1 Die gängigsten Skalen und Messverfahren	19
4.2 Die eindimensionale Skala	19
4.3 Die multidimensionale Skala	20
4.3.1 Die UCLA - Einsamkeitsskala	20
4.3.2 Die de Jong - Gierveld Einsamkeitsskala	22
4.3.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der UCLA – Skala und der de Jong - Skala	24
4.4 Der Deutsche Alterssurvey	25
5. Kapitel: Studien und Ergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Einsamkeit im Alter	28
5.1 Studie 1: Auswirkungen von sozialer Unterstützung und persönlichen Bewältigungsressourcen auf die Sterblichkeit im höheren Lebensalter	28
5.2 Studie 2: Alltagsdynamik der Erfahrung-Cortisol-Assoziationen in einer bevölkerungsbasierten Stichprobe älterer Erwachsener	30
5.3 Studie 3: Einsamkeit und das Risiko einer Alzheimer-Erkrankung	32
5.4 Studie 4. Einsamkeit, Gesundheit und Sterblichkeit im Alter	34
5.5 Weitere Ergebnisse von Studien	35
5.6 Probleme der Studien	35
6. Kapitel: Risikofaktoren für Einsamkeit und sozialer Isolation bei älteren Erwachsenen	37
6.1 Risikofaktoren	37

6.2 Erläuterung zu den Risikofaktoren	38
7.Kapitel: Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit.....	40
7.1 Innovative Projekte zur Bekämpfung von Einsamkeit.....	41
8.Kapitel: Schlussteil Ergebnis, Diskussion & Zusammenfassung	44
8.1 Ergebnis	44
8.2 Diskussion.....	44
8.3 Zusammenfassung.....	45
Quellenverzeichnis	46

1.Kapitel: Hinführung und Einleitung

Bedingt durch den demographischen Wandel in der Gesellschaft, einer steigenden Lebenserwartung und dem Renteneintritt der geburtsstarken Jahrgänge von 1955 bis 1969 in den kommenden Jahren, wird davon ausgegangen, dass der Bevölkerungsanteil der über 67-Jährigen bis zum Jahr 2030 um 18% zunimmt im Vergleich zu heute (Bundesministerium des Inneren und für Heimat, 2022, URL.). Im Jahr 2020 gab es in Deutschland 5,9 Millionen Alleinlebende in der Altersgruppe ab 65 Jahren (destasis (2), 2021, URL.). Aufgrund eines wachsenden Anteils älterer Menschen in der Bevölkerung, der Zunahme der Alleinlebenden im hohen Alter und das in der Gesellschaft vorherrschende Bild des einsamen alten Menschen, ist es notwendig, mögliche gesundheitliche Auswirkungen dieser Entwicklung näher zu betrachten. Aus diesem Grund werde ich mich in der hier vorliegenden Arbeit der Beantwortung folgender Frage widmen: Welche Auswirkungen hat Einsamkeit auf die Gesundheit älterer Menschen? Damit wird es möglich, die so entstehenden Problemlagen besser einschätzen zu können, welche auf die Lebensqualität und somit auf die Teilhabechancen der Senioren und Seniorinnen wirken. Somit kann diese Arbeit mit ihren Ergebnissen dabei behilflich sein, passende Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln, um die Folgen der Einsamkeit für die Gesundheit der alten Menschen in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft zu mildern.

Der erste Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit den Schlüsselbegriffen, welche zur Beantwortung der gestellten Frage von Bedeutung sind. Hierzu wird auf die gängigsten Definitionen geschaut, um somit eine aussagekräftige Begriffsbestimmung zu schaffen. Gleichzeitig wird das jeweilige Verhältnis zwischen den Begriffen und der Gruppe der älteren Menschen deutlich gemacht. Das folgende Kapitel dieser Arbeit behandelt das Thema der Gesundheit und dessen Auswirkungen im Alter. Dafür wird zu Beginn der allgemeine Begriff der Gesundheit behandelt. Im Anschluss werden die für Senioren und Seniorinnen wichtigen Kategorien der funktionalen Gesundheit, subjektiven Gesundheit und psychischen Gesundheit betrachtet. Danach wird die sozial ökologische Determinante von Gesundheit behandelt. Der nächste Abschnitt dieser Arbeit beschäftigt sich mit den vorhandenen Studien zum Thema Einsamkeit und Gesundheit im Alter. Hierfür werden die wichtigsten Messinstrumente zu diesem Thema betrachtet. Im Anschluss wird es darum gehen, die Frage dieser Arbeit mit Hilfe von verschiedenen wissenschaftlichen Studien zu bearbeiten und dabei auftretende Probleme zu besprechen. Anschließend werden die Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation bei älteren Erwachsenen erklärt. Im darauffolgenden Kapitel wird sich damit beschäftigt, welche Interventionsmöglichkeiten aufgrund der Ergebnisse für die soziale Arbeit bestehen und ein Ausblick auf innovative Projekte gegeben. Zum Schluss wird das Ergebnis präsentiert und ein Fazit gezogen.

2.Kapitel: Definitionen / Klärung / Begriffsbestimmung von Schlüsselwörtern

Zu Beginn dieser Arbeit wird es zunächst darum gehen die wichtigsten Begriffe: Einsamkeit, soziale Isolation, Alleinleben, Einzelgängertum und Zurückgezogenheit anhand von gängigen Definitionen näher zu erläutern. Es wird dargelegt, in welchem Umfang diese auf die Gruppe der älteren Erwachsenen verteilt sind. Danach wird der Begriff der Alten für die weitere Verwendung in dieser Arbeit geklärt, um so zu verdeutlichen, auf welche Altersspanne sich bezogen wird.

2.1 Die Einsamkeit

Zu Beginn wird es hier darum gehen, den Begriff der Einsamkeit zu klären und auszuwerten, in welchem Umfang sie in der Gruppe der Alten erlebt wird und welche Folgen sie für diese Gruppe hat.

Einsamkeit ist ein belastendes und unangenehmes Gefühl, welches als eine Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlichen sozialen Beziehungen, erfahren wird (Peplau & Perlman 1982, S.3 ff.). Die Anzahl an Beziehungen kann von Bedeutung sein, aber besonders der wahrgenommene Mangel an Qualität in den Beziehungen steht in direktem Zusammenhang mit Einsamkeit (Luo, Hawkey, Waite & Cacioppo 2012, S.3). Einsamkeit kann als emotionale oder als rationale Einsamkeit erlebt werden. Emotionale Einsamkeit beschreibt einen individuell erlebten Mangel an Wertschätzung, Herzenswärme und Nähe zu einem wichtigen oder intimen anderen Menschen. Bei rationaler Einsamkeit bezieht sich die belastende Erfahrung des Fehlens an Aufmerksamkeit und Zuneigung eher auf die Familie und enge Freunde (Ong, Uchino & Wethington 2016, S.444). Es werden drei Aspekte deutlich, welche immer wieder als Elemente bei den gängigen Definitionen von Einsamkeit benannt werden. So wird davon ausgegangen, dass Einsamkeit aus empfundenen Mängeln in den sozialen Beziehungen eines Menschen entsteht, und sie gilt als eine subjektive Wahrnehmung, welche individuell erfahren wird. Diese Erfahrung wird von der Person als ein belastendes und unangenehmes Gefühl empfunden (Kraus et al., 1993, S.37; Peplau & Perlman 1982, S.3). So beschreibt Einsamkeit die subjektiv empfundene soziale Isolation der Person und wird daher auch oft alternativ als wahrgenommene oder gefühlte soziale Isolation bezeichnet (Hawkey & Cacioppo 2010, S.219). Cacioppo und Hawkey bezeichnen Einsamkeit auch als einen sozialen Schmerz und vergleichen diesen mit dem körperlichen Schmerz. Genau wie die körperlichen Schmerzen uns dazu bewegen sollen, etwas zu unternehmen, um die Schädigung am Körper zu minimieren, soll uns der soziale Schmerz demzufolge dazu bringen, soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten oder nach einer Trennung wieder dazu antreiben nach neuen Partnern und Partnerinnen zu suchen

und so das Überleben unserer Gene zu gewährleisten (Hawkley & Cacioppo 2010, S.218; Cacioppo, & Hawkley, 2009, S.448/452).

2.1.1 Einsamkeitsrisiko im Alter

Bei der Betrachtung von Einsamkeit wird deutlich, dass sich das Ausmaß des Risikos von Einsamkeit betroffen zu sein, im Verlauf des Alters deutlich schwankt. So nimmt das Vereinsamungsrisiko in den mittleren Erwachsenenjahren eines Menschen, im Alter von 40 Jahren stetig ab und beginnt dann im Alter von 65 Jahren wieder zu steigen, bis es im Alter von 90 Jahren wieder beim Risikoniveau der 40-Jährigen ist (Hawkley & Cacioppo, 2010, S. 218; Huxhold & Engstler, 2019, S. 79). Genauso wie beim Verlauf des Alterungsprozess schwankt das Risiko von Einsamkeit betroffen zu sein auch zwischen den Geschlechtern. So berichten Huxold & Engstler darüber, dass in der Altersgruppe der 40-Jährigen das Einsamkeitsrisiko bei Männern (13 Prozent) höher ist als bei den Frauen (10 Prozent). Mit zunehmendem Alter wird dieser Unterschied geringer, bis es mit 65 Jahren dazu kommt, dass Frauen und Männer gleichauf liegen, was das Risiko für Einsamkeit betrifft. Der ab dem 65. Lebensjahr berichtete Anstieg des Einsamkeitsrisikos im Verlauf des Ruhestands, erfolgt stärker bei den Frauen als bei den Männern (Huxhold & Engstler, 2019, S. 79). So ist zu erkennen, dass es im Alter von 65 Jahren zu Veränderungen des Risikos für Einsamkeit kommt. Die Veränderungen in dem Lebensabschnitt, der für viele mit dem Eintritt in den Ruhestand verbunden ist, bringen auch ein gesteigertes Einsamkeitsrisiko mit sich. Dies ist bei Frauen stärker zu beobachten als bei Männern. Huxhold und Engstler benennen, mit Bezug auf verschiedene Untersuchungen hierzu, mehrere mögliche Ursachen. So kommt es im Verlauf des Alterungsprozesses zur Verkleinerung des sozialen Netzwerkes, ausgelöst durch Wegzug, Todesfälle sowie einen verschlechterten Gesundheitszustand (ebd., S. 84). Der Umstand, dass das Risiko für Einsamkeit sich mit 40 Jahren und 90 Jahren auf dem gleichen Niveau befindet wird damit erklärt, dass sich im hohen Alter Anforderungen an soziale Beziehungen verändern und sich das Interesse für den Inhalt der Beziehung mehr in Richtung eines emotionalen Austausches verlagert. Diese Verlagerung der persönlichen Bedürfnisse kann womöglich auch von nur einem oder zwei sozialen Kontakten erfüllt werden. Für den Unterschied bei den Geschlechtern wird als mögliche Ursache darauf verwiesen, dass Frauen mehr in soziale Beziehungen und Freundschaften investieren und diese länger pflegen. Ab dem Erreichen des 75. Lebensjahres scheint es wegen eines erhöhten Auftretens von gesundheitsbedingten Mobilitätseinschränkungen sowie durch das höhere Risiko für Frauen, die mit ihr in einer Partnerschaft oder Ehe lebende Person zu verlieren und so zur Witwe zu werden, den Vorteil des größeren sozialen Investments wieder zu neutralisieren (ebd., S. 84).

2.1.2 Folgen von Einsamkeit im Alter

Das Gefühl der Einsamkeit hat einen Einfluss auf die Gesundheit und das Sterberisiko der älteren Menschen. So haben verschiedene Untersuchungen gezeigt, dass sich Einsamkeit im Alter auf die funktionale Gesundheit, subjektive Gesundheit sowie auf chronische Krankheiten auswirkt, und dadurch die Mortalität beeinflusst (Sugisawa, Liang & Liu, 1994, S.10; Penninx et al., 1997, S.517). Einsamkeit gilt als ein wichtiger Risikofaktor für Depressionen, wodurch es zu einem beschleunigten funktionellen Verfall kommt und somit die Sterblichkeit erhöht wird (Singer, 2018, S.6). Verschiedene wissenschaftliche Analysen haben aufgezeigt, dass Einsamkeit ein Risikofaktor für eine Verschlechterung der kognitiven Prozesse, einen beschleunigten kognitiven Abbau sowie eine Verschlechterung der geistigen Steuerungsprozesse für das Verhalten, die Aufmerksamkeit und die Gefühle darstellt. Dies führt zu einer veränderten Wahrnehmung von sozialen Interaktionen. Diese werden als bedrohlicher empfunden, weshalb es zu einer wachsenden Vermeidung von sozialen Kontakten aus einem Interesse des Selbstschutzes kommt. Die so veränderte Wahrnehmung und Aufmerksamkeit beeinflusst Verhaltensweisen, Emotionen und Entscheidungen und soziale Beziehungen (Hawkley & Cacioppo 2010, S.219, S.220; Cacioppo, & Hawkley, 2009, S.447/452 f.). Das kann zur Folge haben, dass es zu einer verminderten Kontrolle und Selbstregulierung des Verhaltens, Veränderungen der Gehirnfunktionen und des physiologischen Systems sowie zu Morbidität und Mortalität kommt (Cacioppo, & Hawkley, 2009, S.453 f.). Somit wird deutlich, dass Einsamkeit ein Risikofaktor für eine Vielzahl von möglichen psychischen und physischen Erkrankungen sein kann und bei der Gruppe der älteren Erwachsenen sogar einen Hinweis auf die Mortalität geben kann.

2.2 Die soziale Isolation

Häufig werden die Begriffe Einsamkeit und soziale Isolation fälschlicherweise gleich verwendet. Menschen können allein sein, ohne sich einsam zu fühlen und anders herum ist es möglich, dass Menschen sich trotz einer Vielzahl von sozialen Kontakten einsam fühlen. Soziale Isolation beschreibt die objektive Isoliertheit einer Person (Hawkley & Cacioppo 2010, S.219). Sie ist also gekennzeichnet durch die objektiven Merkmale einer Situation in Bezug auf das Fehlen von Beziehungen zu anderen Menschen (Ong, Uchino & Wethington 2016, S.444). Zur Verdeutlichung wird von Einsamkeitsforschern unterschieden zwischen gefühlter subjektiver sozialer Isolation, die mit Einsamkeit gleich zu setzen ist und der objektiven sozialen Isolation (Hawkley & Cacioppo 2010, S.219). Die soziale Isolation „kann von außen beobachtet werden, unabhängig von der subjektiven Bedeutung für das Individuum“ (Huxhold & Engstler, 2019, S.72). Einerseits ist die soziale Isolation natürlich ein Risikofaktor für Einsamkeit, aber andererseits

ist eine Vielzahl von Personen auch mit einer kleinen Anzahl intensiver sozialer Kontakte zufrieden, wenn diese ihnen genügend emotionale Tiefe geben (Huxhold & Engstler, 2019, S.72).

2.2.1 Das Risiko sozialer Isolation im Alter

Das Risiko von sozialer Isolation betroffen zu werden, erhöht sich mit zunehmendem Alter. So ergab eine Analyse des Deutschen Alterssurvey (DEAS) von 1996 – 2017, dass das soziale Isolationsrisiko im Alter von 40 Jahren bei ungefähr vier Prozent liegt und dann bis zum Alter von 90 Jahren kontinuierlich bis auf etwa zweiundzwanzig Prozent steigt (Huxhold & Engstler, 2019, S. 77). Hierbei gibt es einen Unterschied bei den Geschlechtern. So verzeichnen Männer einen gleichmäßigen Anstieg zwischen 40 und 90 Jahren, dagegen ist der Anstieg der sozialen Isolation bei Frauen zu Beginn nicht so stark wie bei den Männern. Ab einem Lebensalter von ungefähr 60 Jahren wird das Risiko der sozialen Isolation dann aber stärker (ebd., S.77 f.). Ein weiterer Unterschied zeigte sich bei der Auswertung des DEAS auch bezüglich der verschiedenen Geburtskohorten. Bei der Betrachtung kam es zu einer Unterteilung in drei Geburtsjahrgänge von 1930 – 1939, 1940 – 1949 und 1950 – 1959 (ebd., S.78). In der Kohorte der Menschen, welche in den Jahren zwischen 1930 und 1939 Geboren wurden, kam es zu einem Anstieg des Risikos von sozialer Isolation betroffen zu werden bis zu einem Alter von Mitte 70 und blieb ab dann relativ stabil bis ins sehr hohe Lebensalter bei etwa 16 Prozent. Die nachfolgende Kohorte mit den Geburtsjahren von 1940 bis 1949, verzeichneten ein Ende des Anstieges des Isolationsrisikos schon mit etwa 70 Jahren und einem erreichten durchschnittlichen Höchstwert von etwa elf Prozent. Bei den jüngsten betrachteten Geburtsjahrgängen, der Jahre 1950 bis 1959, war ein Ende des Anstieges schon dem Erreichen des 65. Lebensjahres gegeben mit einem maximalen Risiko für soziale Isolation von neun Prozent (vgl. ebd., S. 78 f.). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern blieb trotz der Schwankungen beim Isolationsrisikos der verschiedenen Geburtenkohorten unverändert bestehen (ebd., S.79).

2.2.2 Folgen sozialer Isolation im Alter

Die Betrachtung verschiedener Studien, zu den Folgen von sozialer Isolation, von Cacioppo und Hawkey ergab, dass es eine Vielzahl von beobachteten Auswirkungen in Tierversuchen gab. So kommt es durch soziale Isolation zum Beispiel zu einer verkürzten Lebenserwartung bei der Fruchtfliege, die Fettleibigkeit und Typ-2-Diabetes bei Mäusen wird gefördert und es vergrößert die Gefahr des Infarkts, des Ödems und senkt die Überlebensrate nach einem experimentell ausgelösten Schlaganfall bei Mäusen, um nur Einige zu nennen (Cacioppo & Hawkey, (2009), S. 447). Aber auch bei Menschen hat die soziale Isolation Folgen. Untersuchungen zeigen, dass soziale Isolation ein ähnlicher Risikofaktor für Morbidität und Mortalität war wie Bluthochdruck, Fettleibigkeit, Rauchen und Bewegungsmangel (Cacioppo et al. 2011, S.17). Männer die „...sozial

Isoliert sind, also nicht verheiratet, weniger als sechs Verwandte oder Freunde haben und nicht Mitglied in einer sozialen oder religiösen Gruppe sind“ haben ein 90 Prozent höheres Risiko auf einen kardiovaskulären Tod sowie ein über 50 Prozent höheres Risiko für einen nicht tödlichen Herzinfarkt, Selbstmord oder Unfalltod (Singer, 2018, S.5). Weiter wird darüber berichtet, dass die Verbindung von sozialer Isolation mit Einsamkeit das Sterberisiko um bis zu 29 Prozent erhöhen kann, die Gefahr einer koronaren Erkrankung des Herzens um 29 Prozent steigert und mit einem um 32 Prozent erhöhten Risiko für einen Schlaganfall verbunden ist (ebd., S.6). Cacioppo et al. Berichten darüber, dass die Kombination aus objektiver Isolation und wahrgenommener Isolation in Verbindung mit der Erhöhung der Aktivität im sympathischen Nervensystem steht, für weniger Schlaf sorgen können sowie zu erhöhten Entzündungen führen kann. Hierdurch kann wiederum der Alterungsprozess des Gehirns und des Herz-Kreislauf-Systems vorangetrieben werden (Cacioppo et al., 2011, S. 19). Aus einer anderen Untersuchung geht hervor, dass es auch ohne das Einsamkeitsgefühl zu kardiovaskulären Risikofaktoren durch einen erhöhten Cholesterinspiegel bei sozial isolierten Männern kommen kann, aber nicht bei Frauen (Singer, 2018, S.6). Eine Studie bei Männern im Alter zwischen 42 und 77 Jahren bemerkte ein erhöhtes Risiko für die Gesamtsterblichkeit bei Männern mit geringer sozialer Integration. Diese Studie ging über 10 Jahre, und es zeigte sich, dass mehr Freunde und/oder eine erhöhte Teilnahme an religiösen und kulturellen Gruppen mit einem verringerten Sterberisiko verbunden waren (ebd., S.7). Die soziale Isolation des Menschen kann sich also negativ auf die Mortalität und Morbidität im Alter auswirken. Dieser Effekt wird in Verbindung mit der wahrgenommenen Isolation noch deutlicher, und es ist schwierig, die Auswirkungen dieser Ursachen bei Untersuchungen hierzu immer klar und deutlich von einander zu unterscheiden. Es gibt auch hier einen Unterschied zwischen den Geschlechtern, einmal in Bezug auf die verschiedene Zunahme des Isolationsrisikos im Altersverlauf und zum anderen bei den gesundheitlichen Risiken und der damit verbundenen erhöhten Gefahr für Männer auf eine kardiovaskuläre Erkrankung, einen Herzinfarkt, Unfalltod und ein gesteigertes Selbstmordrisiko.

2.3 Das Alleinleben

Auch der Begriff des Alleinlebens wird mit Einsamkeit und sozialer Isolation verbunden. So stehen Alleinsein und Einsamkeit zwar in einem engen Verhältnis miteinander, sind aber gleichzeitig auch zwei verschiedene Gefüge, auch wenn diese oft auch als sinngleich mit dem Alleinleben betrachtet werden (Ong, Uchino & Wethington 2016, S.444). Das Statistische Bundesamt definiert Alleinlebende, auf seiner Internetseite [destatis.de](https://www.destatis.de), kurz als: „...Personen, die in einem Einpersonenhaushalt leben. Unbedeutend ist hierbei der Familienstand der alleinlebenden Person“ (destatis 1, 2022, URL.). Aus einer veröffentlichten Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes vom 29.09.2021 geht hervor, dass die Anzahl, der in Deutschland

alleinlebenden über 65-Jährigen, in den vergangenen 20 Jahren um 17% von 5,1 Millionen auf 5,9 Millionen angestiegen ist (destatis 2, 2022, URL.). In verschiedenen Untersuchungen zur Isolation ist das Alleinleben eine Art Grundlage für die Definition. Jedoch sind nicht alle Personen, die alleine leben, sozial isoliert, aber beinahe alle, die von sozialer Isolation betroffen sind, leben alleine (Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott 1996, S.335). Das Alleinleben steht nicht direkt im Zusammenhang mit der Definition der Einsamkeit, aber sie tritt häufiger bei Menschen auf, die alleine leben (ebd. S.335). So kann Alleinleben zwar ein Indiz für eine mögliche gefühlte soziale Isolation sein, aber es ist kein klares Merkmal dafür, ob eine Person sich auch wirklich einsam fühlt (Perissinotto & Covinsky, 2014, S.1429). Es ist unbestritten, dass es durch zwischenmenschliche Interaktionen innerhalb einer Generation auch zu ungesundem Verhalten und sozialem Stress kommen kann, dennoch ist der gesundheitsfördernde Effekt gerade bei den älteren Menschen viel größer als die negativen Folgen. So haben ein positiv vorgelebtes Gesundheitsverhalten und soziale Kontakte eine schützende Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden im Alter (Singer, 2018, S.6).

2.4 Einzelgängertum und Zurückgezogenheit

Auch Begriffe wie Einzelgängertum und Zurückgezogenheit tauchen bei der Betrachtung von Einsamkeit auf. Sie beschreiben zwar auch eine Situation der sozialen Isolation einer Person, hierbei hat sich die Person aber selbst dafür entschieden, sich vom eigenen sozialen Netzwerk abzuwenden (Ong, Uchino & Wethington 2016, S.444). Aber nicht immer ist diese Form der auf den ersten Blick selbstgewählten sozialen Isolierung, auch wirklich eine bewusste freie Entscheidung. So beschreiben etwa Hawkey & Cacioppo mit ihrem Einsamkeitsmodell den aktiven Rückzug von in Frage kommenden Sozialpartnern als ein Folgeverhalten von Einsamkeit. Sie gehen davon aus, dass das Einsamkeitsgefühl dem Gefühl von Unsicherheit ähnelt. Dies löst in den von Einsamkeit betroffenen Personen eine erhöhte Wachsamkeit für soziale Bedrohungen aus und infolge dessen nehmen sie ihre eigene soziale Umwelt als bedrohlicher war. Durch die so entstehende negativ geprägte Erwartungshaltung, kann es dazu kommen, dass andere Menschen diese Grundannahme mit schlechtem sozialen Verhalten bestätigen, wodurch es zum zunehmenden Rückzug von in Frage kommenden sozialen Kontakten kommt (Hawkey & Cacioppo 2010, S.219, S.220). Die von Einsamkeit betroffene Person glaubt, dass der Grund für die Einsamkeit und die soziale Distanzierung außerhalb ihrer Kontrolle liegt und sieht die Ursache hierfür eher im Verhalten der Anderen (Newall et al. 2009, S.286). Der Mensch ist eine soziale Spezies. Mit Hilfe unserer sozialen Netzwerke konnten wir wachsen, überleben und uns entwickeln. Der evolutionäre Fortschritt und die damit verbundene Entwicklung von Verhaltensprozessen und körperlicher Mechanismen (hormonelle, zelluläre, neurale und genetische) welche Beziehungen und soziale Verhaltensweisen unterstützen, hat unser

Überleben als Spezies sichergestellt (Cacciopo et al., 2011, S. 17 ff.). Es ist aber natürlich auch menschlich, dass es eine Diversität in unseren Bedürfnissen und sozialen Interaktionen gibt. Durch eine psychologische und biologische Anpassung im Laufe der Evolution, benötigen wir soziale Netzwerke. Aus diesem Grund kann das Einzelgängertum einen biologischen und psychologischen Stress auslösen, was sich negativ auf unsere Mortalität und Morbidität auswirkt (Singer, 2018, S.4). Sich sozial zu isolieren, ist gerade für die älteren Erwachsenen gefährlich (siehe Einsamkeit und soziale Isolation).

2.5 Die älteren Erwachsenen

Da diese Arbeit sich mit der Frage beschäftigt „Wie sich Einsamkeit auf die Gesundheit älterer Menschen auswirkt?“, geht es nun darum, die Altersgruppe der Alten genauer zu klären. Das Bild des so genannten „Alten“ wird von der Gesellschaft oft durch verschiedene Faktoren beeinflusst. So hat sich der Begriff des Alten allein in den letzten Jahrzehnten schon anhand der gestiegenen Lebenserwartung durch z.B. verbesserte Lebensverhältnisse, medizinischen Fortschritt und bessere Arbeitsbedingungen verändert und verändert sich weiter. Es gibt medizinische Ansätze aus der Gerontologie wobei auf Dinge wie Morbidität, Genesungsfähigkeit oder Infektionsanfälligkeit geschaut wird. Im Laufe der Corona Pandemie wurde der Begriff des besonders schützenswerten Alten auch versucht, mehrmals zu klären. Andere betrachten die Altersgrenze des älteren Erwachsenen eher anhand der Umbrüche im Lebenslauf, welche mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und dem damit verbundenen Renteneintritt verbunden sind. Da zur Bearbeitung der Fragestellung dieser Arbeit mehrere durchgeführte Studien und Untersuchungen betrachtet wurden und die Altersspannen in diesen schwanken, wird mit dem Begriff der „Alten“ in dieser Arbeit eine Altersspanne von ca. 55 bis ca. 85 Jahren beschrieben. Der größte Fokus liegt hier auf einer Altersspanne ab dem Eintritt in den Ruhestand. Leider gibt es nur wenig Untersuchungen zu Personen im sehr hohen Alter von über 85 Jahren, da diese oft nicht mehr für Befragungen zur Verfügung stehen, aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes oder weil sie in Altersheimen oder anderen Pflegeeinrichtungen für Senioren und Seniorinnen leben.

3.Kapitel: Die Gesundheit

Um im weiteren Verlauf die Auswirkung von Einsamkeit auf die Gesundheit zu untersuchen, ist es zuerst einmal notwendig herauszufinden, was unter Gesundheit verstanden wird. Gesundheit

wird häufig als das Gegenteil von Krankheit erklärt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit in ihrer 1947 beschlossenen Satzung als: „... ein Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Bundesgesetzblatt Teil II. 1974, S.45). Weiter wird Gesundheit dort als ein Grundrecht eines jeden Menschen beschrieben. So wurde durch diese Definition der Begriff der Gesundheit von der WHO nicht nur als rein medizinisch, sondern vielmehr als ein dynamisches komplexes Stadium beschrieben, in welchem die körperliche, seelische und soziale Verfassung eine Sphäre bilden und in dieser aufeinander wirken (Franzkowiak & Hurrelmann, 2018, URL.). Diese in der Nachkriegszeit des II. Weltkriegs verfasste Definition der WHO wird aber auch kritisch betrachtet. Dazu schreibt Fröhlich, dass schon der Teil der Definition der WHO in dem „...nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ beschrieben wird als problematisch anzusehen ist. Hierzu macht er deutlich, dass sich auch Ärzte mit dem Begriff der Krankheit schwertun, da dieser eine diagnostische Grundlage benötige. Dies sei aber gerade am Beispiel von Neurosen oft nur schwer zu vollziehen, weil sie im Grunde nicht zu den diagnostizierbaren Krankheiten zählen (Fröhlich 2008, S.27). Im weiteren Verlauf zitiert Fröhlich die Kritik von Spaemann (1999) an der WHO Definition von Gesundheit, in dieser macht er deutlich, dass ein Arzt dieser Definition nur gerecht werden könne, indem er zu einem „politischen Funktionär wird“. Dies begründet er mit der multikomplexen Verantwortung für alles aus der Sicht des Arztes, laut der WHO Definition. So sei der Patient das Opfer von verschiedenen Faktoren wie zum Beispiel Arbeitsbedingungen und verschiedenen Umwelteinflüssen, welche beim Patienten ein Unwohlsein auslösen. Zugleich haben die Diagnosen und Krankschreibungen einen Einfluss auf den Arbeitsmarkt und die Krankenkassen (ebd. S.30 f.). In einem Artikel zu einer Studie, welche „Die Vorstellung von Gesundheit in Fachzeitschriften“ von Ärzten und Pflegefachkräften verglich, wurde festgestellt, dass die häufigste Kritik an der WHO Definition sich auf das Wohlbefinden richtet. Demzufolge wird dieses Wohlbefinden im Sinne der WHO als idealtypisch und zu utopisch betrachtet und danach alle Menschen krank sein (Schöppe, Neuber & Schwartz et al., 2003 S.19). Weiter wird Gesundheit in diesem Artikel auch beschrieben als: „...körperliche und seelische Leistungs- und Funktionsfähigkeit, ein geordnetes Zusammenspiel von Funktionsabläufen bzw. die Abwesenheit von funktionellen Störungen und Missempfindungen“ (ebd. S.20). Diese Beschreibung sowie die Definition der WHO machen deutlich, dass keine einfache und kurze Beschreibung des Begriffs der Gesundheit möglich ist. Es gibt viele unterschiedliche Blickwinkel bei der Betrachtung von Gesundheit. Zum einen geht es um die Funktionsfähigkeit im physischen und psychischen Sinn, gleichzeitig ist Gesundheit etwas individuell Empfundenes, und sie wird im Bezug zur sozialen Umwelt eines Individuums betrachtet. Aufgrund der Mehrdimensionalität des Gesundheitsbegriffs und dem Bezug zum

älteren Erwachsenen in dieser Arbeit, ist es im nun folgenden Teil der Arbeit notwendig, verschiedene Aspekte von Gesundheit gesondert zu betrachten.

3.1 Die funktionale Gesundheit

Die funktionale Gesundheit bezieht sich auf die körperliche Gesundheit und die damit verbundene Fähigkeit zur Bewältigung des täglichen Lebens, um so in der Lage zu sein, ein selbstverantwortliches und selbständiges Leben zu führen (Spuling, Cengia & Wettstein, 2019, S.36). Somit ist die funktionale Gesundheit eine wesentliche Grundlage für die Autonomie und die gesellschaftliche Teilhabe einer Person. Das Vorhandensein von Erkrankungen bedeutet aber nicht gleich, dass Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihr tägliches Leben selbständig zu bewältigen und in ihrer funktionalen Gesundheit eingeschränkt sind. Viele Menschen sind sogar trotz mehrerer Erkrankungen in der Lage dazu, ihr tägliches Leben uneingeschränkt und eigenständig zu bestreiten. Im höheren Alter nimmt die funktionale Gesundheit ab. Dies steht im Zusammenhang mit den körperlichen Alterungsprozessen (Spuling, Cengia & Wettstein, 2019, S.36 f.). So gälten chronische Erkrankungen sowie die Folgen von Erkrankungen bei älteren Menschen als primärer Grund für Beeinträchtigungen sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit (Menning & Hoffmann, 2009, S.62). Auch Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens treten bei älteren Menschen häufig auf. So lässt das Leistungsvermögen des Auges nach, wodurch die Wahrnehmung von Farben, Licht und Kontrasten sinkt (ebd., S.64). Durch Einschränkungen beim Hören kommt es häufig zu Kommunikationsproblemen, die wiederum dazu führen können, dass Menschen sich sozial isolieren oder psychische Probleme entwickeln (ebd., S.64). Einschränkungen beim Sehen und Hören haben einen Einfluss auf die Lebensqualität und gelten als Risikofaktoren für Unfälle, die wiederum weitere Einschränkungen nach sich ziehen können (ebd., S.64). Ein weiteres Problem für die Bewältigung des täglichen Lebens bei Älteren sind die zunehmenden Mobilitätseinschränkungen. Am häufigsten sind hier eine langsame Gehgeschwindigkeit, ein unsicherer Gang, Probleme beim Steigen von Treppen oder das Zurücklegen von mehr als einem Kilometer zu Fuß aufgeführt. Durch diese Unsicherheiten bei der Mobilität kann es schneller zu Stürzen und Unfällen kommen wodurch wiederum weitere Einschränkungen in der Mobilität entstehen können (Menning & Hoffmann, 2009, S.64 f.). Diese körperlichen Beeinträchtigungen im Alter führen also zu einer Abnahme der funktionalen Gesundheit, steigern das Risiko für weiterer Einschränkungen bei älteren Menschen und gehen einher mit einem Verlust an Autonomie. Eine weitere Auffälligkeit bei der Betrachtung der funktionalen Gesundheit ist der Geschlechterunterschied. Frauen sind im Alter häufiger von Einschränkungen der funktionellen Gesundheit betroffen als Männer und dies nimmt mit steigendem Alter zu (Spuling, Cengia & Wettstein, 2019, S.35; Menning & Hoffmann, 2009, S.63). Dies wird auf verschiedene Ursachen zurückgeführt. Zum einen kommt es im Lebensverlauf von

Frauen zu mehr biologischen Veränderungen durch Schwangerschaften, Geburten von Kindern sowie durch die Menopause (Menning & Hoffmann, 2009, S.63). Murtagh und Hubert machten mit ihrer Analyse zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bei körperlichen Behinderungen älterer Kohorten deutlich, dass Frauen trotz weniger chronischer Krankheiten, einer niedrigeren Sterblichkeitsrate und einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Diensten öfter über funktionelle Einschränkungen berichten sowie einen vergleichsweise höheren Grad an Behinderung zu beklagen haben (Murtagh & Hubert, 2004, S. 1406 ff.). In der Auswertung zu ihrer Analyse kamen sie zur Schlussfolgerung, dass nicht tödliche Erkrankungen wie Frakturen, Osteoporose, Rückenproblemen, Arthrose und Depressionen bei alternden Frauen häufiger vorkommen als bei Männern, wodurch es bei Frauen zu größeren Einschränkungen in der funktionalen Gesundheit kommt, was wiederum eine Verschlechterung der Lebensqualität nach sich zieht (ebd. S. 1406). Somit wird deutlich, dass die funktionale Gesundheit einen großen Einfluss auf die Lebensqualität hat, sich mit fortschreitendem Alter verschlechtert, und es einen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern bei älteren Menschen gibt.

3.2 Die subjektive Gesundheit

Wie in den vorangegangenen Abschnitten deutlich wurde, steht Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit der Fähigkeit seinen Alltag zu bewältigen. Die objektive Bewertung von Gesundheit wird in der Regel mit Hilfe von medizinischen Diagnosen vollzogen. Dagegen bezieht sich die subjektive Gesundheit darauf, wie der gesundheitliche Zustand in der persönlichen Wahrnehmung individuell empfunden wird (Spuling, Cengia & Wettstein, 2019, S.37). Der objektive Gesundheitszustand und die persönlich erlebte subjektive Gesundheit unterscheiden sich häufig voneinander. So wurde nachgewiesen, dass die subjektive Gesundheit ohne Frage durch den objektiven Gesundheitszustand beeinflusst wird, aber sie unterscheiden sich gerade im höheren Alter immer deutlicher voneinander. Im hohen Alter nehmen Erkrankungen, welche zu Einschränkungen führen, deutlich zu (siehe funktionale Gesundheit), wogegen eine gleichzeitige deutliche Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands in diesem Zusammenhang nicht zu beobachten ist. Es wurde nachgewiesen, dass sich gerade im höheren Lebensalter der objektive Gesundheitszustand und der subjektive Gesundheitszustand immer mehr voneinander unterscheiden als in jüngeren Lebensabschnitten (vgl. Wurm, Lampert & Menning, 2009, S. 79). Die subjektiv empfundene Gesundheit kann aber auch Aufschlüsse über die zukünftige Langlebigkeit sowie Sterblichkeit liefern. Hierzu untersuchten Idler und Benyamini 27 verschiedenen Community-Studien auf den Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheit und Mortalität mit der Feststellung, dass das individuelle Gesundheitsempfinden bessere Informationen über das Mortalitätsrisiko liefern kann als etliche objektive Bewertungen von Gesundheit (Idler & Benyamini, 1997, S.29 ff.). Es gibt verschiedene mögliche Ursachen

dafür, weshalb die subjektive Gesundheit eine solche Aussagekraft hat. So ist der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand eines Menschen eine sehr umfangreiche Beurteilung der eigenen Gesundheit. Bei der Einschätzung berücksichtigt die Person alle ihre aktuellen Krankheiten und Symptome hierzu können auch Dinge zählen, die durch objektive medizinische Diagnosen noch nicht erfasst werden können. Gleichzeitig hat die Person auch genauere Informationen über die eigene Familie als ein Arzt, und kann deshalb den eigenen Zustand besser mit aufgetretenen Erkrankungen bei ähnlicher Lebensführung in seiner Familiengeschichte vergleichen. Auch wird bei der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nicht nur der gerade vorherrschende Gesundheitszustand berücksichtigt, sondern es fließt auch der Verlauf früherer und aktueller Leiden mit in die Beurteilung, wodurch sie zu einer sehr lebendigen Beurteilung des Gesundheitszustandes wird (Idler & Benyamini, 1997, S.27 ff.). Hinzu kommt, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung auch einen Einfluss auf das Verhalten eines Menschen hat. So kann eine positive Bewertung der Gesundheit zu einer guten emotionalen Einstellung beitragen, was wiederum dabei hilft, den aktuell guten Gesundheitszustand zu erhalten. Genauso kann ein vergleichbar schlecht bewerteter eigener Gesundheitszustand dazu führen, dass Personen weniger an krankheitspräventiven Aktivitäten wie Sport teilnehmen, nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gehen und ihre Medikamente nicht nehmen. Eine vornehmlich schlecht eingeschätzte eigene Gesundheit wirkt negativ auf die Psyche des Menschen, dies kann Depressionen auslösen und zu einem belastenden emotionalen Zustand führen, wodurch es zu gesundheitsschädlichem Verhalten wie häufigem Rauchen oder übermäßigem Alkoholkonsum kommen kann (ebd., S.29 f.). Im höheren Alter, wenn die physische Funktionalität nachlässt und die Personen zunehmend auf Hilfen angewiesen sind, kann die subjektive Gesundheit einen Hinweis auf vorhandene oder fehlende soziale Ressourcen geben, durch welche die Auswirkungen eines sich verschlechternden funktionalen Gesundheitszustandes abgeschwächt werden könnten. Es wurde auch nachgewiesen, dass eine als schlecht bewertete eigene Gesundheit einen Einfluss auf das neuronale System hat. Hierdurch kann es zu Depressionen und einer Schwächung des Immunsystems kommen, was wiederum zu einem schlechteren Verlauf bei bereits bestehenden Erkrankungen führt und sich negativ auf Heilungsprozesse auswirkt (ebd., S.30 f.). Der subjektive Gesundheitszustand hat auch einen Einfluss auf die funktionale Gesundheit. So stellten Idler und Kasl fest, dass eine Verschlechterung der funktionalen Fähigkeiten bei älteren Menschen, welche 1982 über einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand klagten, nach 6 Jahren beinahe zweieinhalbmal so häufig auftrat, wie bei Personen welche 1982 einen ausgezeichneten Gesundheitszustand angaben. Dieses Ergebnis war bei Frauen und Männern gleich. Es war deutlicher ausgeprägt bei den jüngeren Alten und es wurde festgestellt, dass die Folgen bei Personen ohne aktuelle

Behinderungen zum Befragungsstart viel stärker waren. Sie machten auch deutlich, dass es keine Verbesserung der Funktionsfähigkeit gab bei Menschen, welche ihren Gesundheitszustand als gut bewertet hatten, sondern es gab eine größere Wahrscheinlichkeit dafür, dass es zu einer Verschlechterung der funktionalen Gesundheit für Personen mit einer negativen Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands kommt (Idler & Kasl, 1995, S.350). Somit wird deutlich, dass die subjektive Gesundheit einen wichtigen und zusätzlichen Indikator für die Gesundheit darstellt (Menning & Hoffmann, 2009, S.79). Sie liefert wichtige Informationen gerade für die zukünftigen Krankheitsverläufe älterer Menschen. Sie gibt einen Hinweis darauf, ob es an sozialer Unterstützung mangelt sowie zur Entstehung von psychischen Problemen und Depressionen. Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand ermöglicht auch eine Prognose über eine sich möglicherweise verschlechternde funktionale Gesundheit und somit zu erwartenden Einbußen in der Lebensqualität bei den Alten.

3.3 Die psychische Gesundheit

In den vorangegangenen Abschnitten wurde deutlich, dass es aufgrund von Veränderungen im Lebenslauf sowie Erkrankungen und damit in Verbindung zunehmenden körperlichen Einschränkungen im Alter, zu Belastungen für die psychische Gesundheit kommt. Aber was genau ist die psychische Gesundheit und welche Folgen entstehen durch eine eingeschränkte psychische Gesundheit im späteren Alterungsverlauf? In der Gesundheitsdefinition der WHO (siehe Gesundheit) wird die psychische Gesundheit (geistige Gesundheit) als ein wichtiger Teil der Gesundheit beschrieben, und es lässt sich daraus ableiten, dass mit der psychischen Gesundheit mehr beschrieben wird als die reine Abwesenheit von psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Die WHO definiert die psychische Gesundheit als: „...einen Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine eigenen Fähigkeiten erkennt, mit den normalen Belastungen des Lebens umgehen kann, produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag zu seiner Gemeinschaft zu leisten.“ Und sie ist „...von grundlegender Bedeutung für unsere kollektive und individuelle Fähigkeit als Menschen zu denken, zu empfinden, miteinander zu interagieren, unseren Lebensunterhalt zu verdienen und das Leben zu genießen“ (WHO 1, 2017, URL.). Die WHO versucht hier ein sehr allgemeines Bild zu zeichnen, was aber kritisiert wird. So gibt es zum Beispiel Bedenken bezüglich des Zustands des Wohlbefindens sowie des produktiven Arbeitens. Menschen geht es nicht immer gut, sie sind auch mal traurig, schlecht gelaunt oder wütend und trotzdem können sie psychisch gesund sein (Galderisi et al., 2015, S.231). Der Punkt der Definition der WHO, bei dem es um das produktive Arbeiten geht, kann so verstanden werden, dass falls Menschen hierzu nicht in der Lage sind, sie auch nicht psychisch gesund sein können. Dies ist aber oft auch aus ganz anderen Gründen nicht möglich. Zum einen gibt es Menschen, wie Migranten, die oft nicht arbeiten dürfen und zum anderen würden auch

alle Menschen im hohen Alter genauso wie Personen mit funktionellen Einschränkungen als nicht psychisch Gesund gelten (Galderisi, 2015, S.231). Einen anderen Weg zur Definition von psychischer Gesundheit haben Schlipfenbacher und Jacobi eingeschlagen. Sie glauben, dass dies am ehesten durch die klare Trennung von psychischer Krankheit und psychischer Gesundheit funktioniert. Hierzu nutzen sie das Krankheitsmodell von Schulte (1998) und kommen so zu folgender Erklärung „Psychisches Gesundsein bezeichnet nicht den Normalzustand, sondern vielmehr einen psychischen Idealzustand. Psychisches Gesundsein und psychisches Kranksein können als die Extrempole eines Kontinuums verstanden werden. Im mittleren, neutralen Bereich kann der durchschnittlich Normale angesiedelt werden. Das Verständnis von Normalität ist stark kulturabhängig und auch nicht als unabänderlich zu betrachten“ (Schlipfenbacher & Jacobi, 2014, S.2). Sie orientieren sich eher an dem psychischen „Normalzustand“ und sagen, dass dieser durch die jeweiligen vorherrschenden kulturellen Ideale festgelegt wird. Dadurch, dass sich laut dieser Definition die Normalität irgendwo zwischen psychisch gesund und psychisch krank bewegt, entspricht kein normaler Mensch dem Ideal von psychisch gesund, sondern eher dem jeweiligen gesellschaftlichen Bild von psychisch normal. Einen anderen Ansatz zur Definition von psychischer Gesundheit sind Galderisi et al. gegangen und schreiben: „Psychische Gesundheit ist ein dynamischer Zustand des inneren Gleichgewichts, der es dem Einzelnen ermöglicht, seine Fähigkeiten im Einklang mit den universellen Werten der Gesellschaft zu nutzen. Grundlegende kognitive und soziale Fähigkeiten; wie die Fähigkeit, eigene Emotionen zu erkennen, auszudrücken und zu modulieren sowie sich in andere einzufühlen; Flexibilität und die Fähigkeit, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen und in sozialen Rollen zu funktionieren sowie eine harmonische Beziehung zwischen Körper und Geist stellen wichtige Komponenten der psychischen Gesundheit dar, die in unterschiedlichem Maße zum Zustand des inneren Gleichgewichts beitragen“ (Galderisi et al., 2015, S.231 f.) (eigene Übersetzung). Dieser Erklärungsansatz beschreibt die psychische Gesundheit als einen Zustand der geistigen, seelischen und körperlichen Balance. Sie ist je nach Gefühlslage und Lebenssituationen Schwankungen ausgesetzt und beinhaltet das Vermögen eines Menschen, diese im Rahmen der jeweiligen gesellschaftlich geltenden Normen und Werten zu bewältigen. Aber auch die soziale Funktionsfähigkeit innerhalb der eigenen Rolle und in der Interaktion mit der sozialen Umwelt des Menschen werden hier mit aufgezählt als Merkmale für psychischen Gesundheit. Die hier erwähnten Fähigkeiten sind demnach bei jedem geistig gesunden Menschen vorhanden und sorgen in einer individuell unterschiedlich starken Ausprägung für das innere Gleichgewicht zwischen Körper und Geist des Individuums. Die Formulierung „produktiv arbeiten“ aus der Definition der WHO (siehe oben) wurde hier nach kritischer Betrachtung (siehe oben) (Galderisi et al., 2015, S.231) entschärft, und als in der Lage dazu sein, die eigenen

Fähigkeiten zu nutzen mit eingeflochten. Bei der Betrachtung dieser durchaus verschiedenen Ansätze zur Definition der psychischen Gesundheit wird die Komplexität dieser deutlich. Aber es gibt auch gemeinsame Merkmale, die deutlich machen, was die psychische Gesundheit eines Menschen ausmacht. Demnach handelt es sich um einen geistigen Zustand, in dem der Mensch dazu in der Lage ist, seine individuellen Fähigkeiten zu nutzen, zu sozial angemessenen Interaktionen in der Lage ist, es schafft, die unterschiedlich herausfordernden Situationen des Lebens sowie die damit einhergehenden Gefühle zu bewältigen und das alles im Rahmen der jeweils gängigen kulturellen und gesellschaftlichen Normen und Werte, durch welche dieser Zustand definiert wird. Laut WHO sind über 20% der älteren Erwachsenen (älter als 60 Jahre) auf der Welt von einer psychischen oder neurologischen Störung betroffen. Das ist gut jeder 5. Mensch in dieser Altersgruppe. Bei den von einer Behinderung betroffenen über 60-Jährigen, wird davon ausgegangen, dass 6,6% auf psychische und neurologische Ursachen zurück zu führen sind. Demenz und Depressionen führen die Liste in dieser Altersgruppe an und dicht dahinter folgen Angststörungen sowie Substanzkonsumprobleme welche bei alten Personen oft nicht bemerkt oder falsch diagnostiziert werden (WHO 2, 2017, URL.). Gleichzeitig ist erschreckend, dass ungefähr 25% der Todesfälle durch Selbstschädigung weltweit, in der Gruppe der über 60-Jährigen vorkommen (ebd., URL.). Wie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben (siehe Gesundheit, funktionale Gesundheit, subjektive Gesundheit) ist das hohe Alter mit zusätzlichen Risiken für psychische Erkrankungen verbunden. So ist die Gruppe der Alten durch die mit dem Alterungsprozess verbundene Verschlechterung der Fähigkeiten, Einschränkungen bei den funktionellen Fähigkeiten und der damit verbundenen schlechteren Mobilität sowie einer Zunahme beim Auftreten von chronischen Schmerzen, mit zusätzlichen Risikofaktoren für psychische Erkrankungen konfrontiert. Erschwerend kommt hinzu, dass es zu Umbrüchen im Lebenslauf kommt, wie durch den Eintritt in den Ruhestand ausgelöste Veränderungen im sozioökonomischen Status, eine höhere Chance für Verlusterfahrungen Aufgrund eines Trauerfalls sowie das Angewiesen sein auf Pflege. Hierdurch steigt das Risiko für Vereinsamung und sozialer Isolation, welche wiederum zu einem vermehrten Auftreten von psychischen Erkrankungen führen können (ebd., URL.). Demenz führt die Liste der psychischen Erkrankungen im Alter an. Die WHO definiert Demenz als: „ein Syndrom, das in der Regel chronisch oder fortschreitend ist und bei dem es zu einer Verschlechterung des Gedächtnisses, des Denkens, des Verhaltens und der Fähigkeit, alltägliche Aktivitäten auszuführen, kommt. Sie betrifft vor allem ältere Menschen, obwohl sie kein normaler Bestandteil des Alterns ist“ (ebd., URL.). Einer Schätzung der WHO zufolge sind momentan etwa 50 Millionen Menschen weltweit von Demenz betroffen. Es wird davon ausgegangen, dass sich diese Zahl bis 2030 auf gut 82 Millionen erhöht und bis 2050 sogar bis auf 152 Millionen Menschen ansteigen wird (ebd., URL.).

Diese Zahl ist erschreckend! Der Anstieg steht in vielen Teilen im Zusammenhang mit einer älter werdenden Gesellschaft und verdeutlicht den wachsenden Einfluss der psychischen Erkrankungen auf die Gesellschaft sowie die Gesundheitssysteme. Die Depressionen sind eine weitere sehr verbreitete psychische Erkrankung bei den über 60-Jährigen. Diese Krankheit wird bei älteren Menschen oft übersehen, da sie oft in Verbindung mit anderen Problemen auftritt (WHO 2, 2017, URL.). Laut Bernard ist: „Die Depression ist eine multifaktorielle Störung, die mit einer Reihe spezifischer verhaltensbezogener oder motorischer Symptome einhergeht (Unruhe oder motorische Verlangsamung, Selbstmordversuche, allgemeine Hemmung, Weinen, schlechter Sprache, Süchte, Anzeichen von Hoffnungslosigkeit und Traurigkeit im Gesicht, Selbstaggression, negative Äußerungen, Beschwerden und unordentliches Erscheinungsbild), kognitive Symptome (negative Einschätzung des Selbst, der Umwelt und der Zukunft), soziale Symptome (Zunahme der Abhängigkeit von anderen und Vermeidung von Freizeit und sozialer Interaktion) und biologische Symptome (Gewichtszunahme/-abnahme, Schlaflosigkeit oder Hypersomnie, Müdigkeit, Energie- und Appetitverlust, veränderte sexuelle Funktion, diffuses körperliches Unbehagen, Asthenie, Muskel- und Gelenkschmerzen und Unruhe), was dazu führt, dass die betroffene Person die Unterstützung durch die Umwelt verliert, wodurch es zu Einschränkungen in der täglichen Funktionsfähigkeit kommt“ (Bernard, 2018, S.7). Durch Komorbiditäten sind Ältere öfter von Depressionen betroffen als gesunde Menschen (WHO 2, 2017, URL.). Bei der Auswertung des Deutschen Alterssurvey (DEAS) stellten Wettstein und Spuling fest, dass es einen Unterschied beim Auftreten von Depression zwischen Frauen und Männern in der Gruppe der Alten gibt. So war ab einem Alter von ungefähr 64 Jahren die Wahrscheinlichkeit von „klinisch auffälligen depressiven Symptomen“ betroffen zu sein, bei Frauen höher als bei Männern und es zeigte sich, dass dieser Unterschied mit steigendem Alter weiter zunahm (Wettstein & Spuling, 2019, S. 61 f.). So wurde deutlich, dass die psychische Gesundheit einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben kann und andersherum genauso. Es wurde gezeigt, dass bei älteren Menschen aufgrund der physischen und soziokulturellen Umbrüche sowie der Auswirkungen von Isolation und Einsamkeit, eine Vielzahl von Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung vorhanden sind. Mit dem Blick auf die Depressionen wurde gezeigt, dass es Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, die Frauen häufiger von „klinisch auffälligen depressiven Symptomen“ betroffen sind als Männer und dass dieser Unterschied in der Erkrankungswahrscheinlichkeit im zunehmenden hohen Alter immer deutlicher wird.

3.4 Die sozial ökologische Determinante von Gesundheit

In den vorangegangenen Abschnitten wurden Einsamkeit, soziale Isolation, Alleinleben, Einzelgängertum und die damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die verschiedenen

Aspekte der Gesundheit im Alter beschrieben. Einen weiteren wichtigen Einflussfaktor auf das Wohlbefinden, die Teilhabe sowie die Gesundheit der älteren Erwachsenen bildet die sozial ökologische Determinante. Mobilitätseinschränkungen im Verlauf des höheren Alters können Folge und/oder Auslöser von Einsamkeit und sozialer Isolation zugleich sein (siehe Einsamkeit und soziale Isolation). Hierdurch wird der Mensch in seiner aktiven Teilhabe an seiner sozialen Umwelt eingeschränkt, was besonders für Ältere mit einem Verlust an Unabhängigkeit und Lebensqualität einhergeht (siehe funktionale Gesundheit). Ein Teil der gesundheitlichen Konsequenzen, die das Altern mit sich bringt, können in Wirklichkeit die Folgen einer nicht angepassten Umwelt sein, so ist etwa ein Großteil der urbanen Umwelt für jüngere Menschen gestaltet, wodurch das Leistungsniveau der Mobilität der Älteren eingeschränkt wird (Lawton, 1974, S.257). Es ist wichtig, das Problem der eingeschränkten Mobilität als einen multidimensionalen Zustand zu verstehen: „bei dem mehrere Ebenen von persönlichen und umweltbedingten Faktoren miteinander verbunden sind“ (Yeom, Fleury & Keller, 2008, S.133). Die sozialökologische Betrachtung liefert verschiedene Risikofaktoren als mögliche Ursachen für eine eingeschränkte Mobilität im fortgeschrittenen Alter. Diese werden in Untersuchungen aufgeteilt in: „die interpersonellen, intrapersonellen, umweltbezogenen und organisatorischen Risikofaktoren für Mobilitätseinschränkungen“ (ebd., S.133). Zu den interpersonellen Einflüssen auf die Mobilität bei den Älteren zählen die Anzahl an soziale Aktivitäten sowie die Größe des sozialen Netzwerkes (ebd., S.136). In die Gruppe der persönlichen Risikofaktoren für die eingeschränkte Mobilität gehören fortgeschrittenes Alter, weibliches Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status, Komorbidität, mangelnde Motivation bedingt durch eine abhängige Persönlichkeit und/oder eine verminderte Selbstwirksamkeit, Lebensstilfaktoren wie ein „sitzender Lebensstil“, Rauchen, Fettleibigkeit und individuellen physiologische Faktoren wie z.B. Vitamin-D-Mangel, Entzündungen und ein schlechter Ernährungszustand (ebd., S.135). Die umweltbezogenen Risikofaktoren beinhalten das häusliche Umfeld eines Menschen mit all seinen Umweltressourcen und Barrieren. Der Zustand der Wohnung, ihre Zugänglichkeit und die damit verbundene Wohnzufriedenheit haben einen Einfluss auf die individuellen Kompetenzen der Menschen im Alter (ebd., S.136). Entscheidende Voraussetzung für ein verbessertes Mobilitätsniveau sind leicht zugängliche Wohnräume, Zugang und Verfügbarkeit von Dienstleistungen in der Umgebung hierzu zählen z.B. Supermarkt, Apotheke, Ärzte und Banken, das Gefühl der Sicherheit, die geografische Lage, Jahreszeiten, angebotene Bewegungsprogramme, die Struktur des Wohnviertels z.B. Gehwege, Parks, die Struktur öffentlicher Plätze, Verkehrssicherheit und Luftverschmutzung (Yeom, Fleury & Keller, 2008, S.136). Aber auch organisatorische oder politische Gestaltungsmittel des öffentlichen sozialen Raums, wirken als Einflussfaktoren auf die Mobilität im hohen Alter. Hierzu werden z.B.

Stadtplanung, Verkehrsvorschriften, aber auch Dinge wie Sozialpolitik gezählt. So kann z.B. durch eine barrierefreie Planung von Wohnquartieren oder die Kostenübernahme für Mobilitätshilfen das Mobilitätsniveau der Alten gesteigert werden (Yeom, Fleury & Keller, 2008, S.137). Somit wird deutlich, dass es auch eine Vielzahl von sozial ökologischen Einflüssen auf das Altern gibt. Die dadurch entstehenden Auswirkungen auf das Leistungsniveau der Mobilität können eine Art von Ausgrenzung bewirken, was zu einem zunehmenden Rückzug und der damit verbundenen Abnahme von sozialen Aktivitäten und Kontakten führt. Hierdurch wird das Risiko für die Zunahme von sozialer Isolation und dem Gefühl von Einsamkeit gesteigert.

4.Kapitel: Konzeptualisierung der Messung von Einsamkeit bei älteren Menschen

Es gibt verschiedene Wege auf denen experimentelle Studien, Querschnitts- und Längsschnittstudien angefangen haben die Zusammenhänge und die Auswirkungen zwischen sozialer Isolation, Einsamkeit und der Gesundheit älterer Erwachsener zu untersuchen (Cacioppo, 2009, S.447). Hierbei kamen die unterschiedlichsten Messverfahren, Skalen und Maße zur Anwendung. Diese werden nun in dem nächsten Abschnitt dieser Arbeit genauer betrachtet, um die verschiedenen Ansätze und ihre Ergebnisse besser zu verstehen. Aber auch die Probleme, die dabei auftreten, werden hier Erwähnung finden.

4.1 Die gängigsten Skalen und Messverfahren

Zur Messung der verschiedenen subjektiven Wahrnehmungen von Einsamkeit werden eindimensionale Skalen, welche nur eine Frage verwenden wie z.B. „Fühlen sie sich einsam?“ (aus der langen Variante der Depressionsskala des Center for Epidemiologic Studies (CESD) (direkte Messung) eingesetzt (Ong et al., 2016, S.444). Sowie Messungen mit multidimensionalen Maßeinteilungen mit mehreren Fragen ohne direkten Bezug zur Einsamkeit. Mit ihnen wird versucht, das subjektive Gefühl zu ermitteln wie z.B. „Wie oft fühlen Sie sich allein?“, „Wie oft fühlen Sie sich ausgegrenzt?“ und „Wie oft fühlen Sie sich einer Gruppe von Freunden zugehörig?“ (Russell, 1996, S.23) (indirekte Messung) aus der UCLA Loneliness Scale Version 3 (vgl. Ong et al., 2016, S.444).

4.2 Die eindimensionale Skala

Die Messung von Einsamkeit mit der eindimensionalen Skala und der Verwendung des Wortes „Einsamkeit“ wird als direkte Messung bezeichnet, weil hierbei ganz gradlinig nach dem Einsamkeitsempfinden gefragt wird. Sie ist eine verbreitete und durchaus erprobte Methode um Einsamkeit zu bewerten (Ong et al., 2016, S.444). Das direkte Messverfahren wurde in vielen großen Bevölkerungsstudien (z.B. Routasalo et al., 2006; Sundström et al. 2009) zur Einsamkeit und Gesundheit verwendet (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012, S.574). In ihrer vergleichenden Untersuchung zur direkten und indirekten Messung des Gefühls der Einsamkeit, machen Shiovez-Ezra und Ayalon anhand von mehreren fachliterarischen Texten deutlich, dass es trotz alledem mehrere Kritikpunkte an der direkten Einsamkeitsmessung gibt. So kommt es aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung, negativeren Wahrnehmung und der geringeren sozialen Akzeptanz von einsamen Menschen dazu, dass die interviewten Personen dies aus Scham oft nicht angeben (ebd. S. 574 f.; Russell et al., 1980, S.473). Im weiteren Verlauf wird darauf hingewiesen, dass es durch diese gesellschaftliche Diffamierung des einsamen Menschen und

der daraus möglichen Entstehung falscher Angaben, bei der direkten Methode die Eventualität einer „Unterschätzung der Einsamkeit“ besteht (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2012, S. 575). Das Vergleichen und Auswerteten von Studien wird durch das Fehlen eines universellen Einsamkeitsitems weiter erschwert.

4.3 Die multidimensionale Skala

Die multidimensionale indirekte Methode bietet einen anderen Weg zur Messung von Einsamkeit. Hier werden zwei Skalen mit multiplen Positionen am häufigsten verwendet, um die wahrgenommene soziale Isolation festzustellen, zum einen die überarbeitete UCLA Loneliness Scale und zum anderen die in Europa landläufige De Jong Gierveld Loneliness Scale (Ong et al., 2016, S.444).

4.3.1 Die UCLA - Einsamkeitsskala

Die University of California Los Angeles Loneliness Scale (UCLA-Loneliness Scale) wurde im Laufe der Jahre seit ihrer Entstehung mehrmals angepasst. 1978 veröffentlichten die Einsamkeitsforscher Russell, D., Peplau, L. A., und Ferguson, M. L. eine erste Ausführung der der UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1978, S.291 f.). Bei ihrer Forschung zur Einsamkeit ist ihnen immer wieder aufgefallen, dass keine einfache und zugleich zuverlässige Bewertungsmethode zu dieser Thematik existierte. Zwar gab es schon unterschiedliche Versuche von anderen Forschenden, z.B. Versuche einer allgemeinen Skala für Einsamkeit generell (Bradley, 1969), oder Versuche einzelne Variationen von Einsamkeit herauszufinden (Belcher, 1973), allerdings wurden diese nie wirklich als Messinstrumente für Einsamkeit anerkannt. Sie bestanden aus zu vielen Items und die Generalisierbarkeit sowie Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse dieser Studien waren zu schwach (Russell et al., 1978, S.290). Weshalb sich die Forschenden um Russell zur Entwicklung einer eigenen Einsamkeitsskala entschlossen. Sie entwickelten ein 20 Items umfassendes Ermittlungsinstrument, wovon sich jedes direkt auf das Einsamkeitsempfinden bezieht (ebd., S.291 f.). Zur Beantwortung der 20 Punkte entschieden sie sich für eine Likert-Skala mit vier Antwortmöglichkeiten: „O – I often feel this way, S – I sometimes feel this way, R – I rarely feel this way, N – I never feel this way“ (ebd., S.290). Diese Antworten zeigen an, wie häufig jede der 20 Aussagen bei den Interviewten vorkommt (oft, manchmal, selten oder nie). Zu Beginn ihrer Arbeit bestand die Skala noch aus 25 Aussagen. Die daraus entwickelte Gesamtskala für Einsamkeit wurde durch die Berechnung des Cronbach-Alpha-Indexes zur Überprüfung der internen Konsistenz kontrolliert. Anschließend wurde das Gesamtergebnis mit Werten einer Klinikstichprobe und einer Vergleichsstichprobe korreliert. Auf der Grundlage dieser Überprüfung wurden 5 Items aus der Skala entfernt, weil diese eine geringere Korrelation zum Gesamtwert (aus Summe der Antworten auf alle 25 Items) aufwiesen

(Russell et al., 1978, S.290). Die übrigen 20 Items wurden 1978 von Russell et al. Als UCLA – Einsamkeitsskala veröffentlicht. Zwei Jahre später 1980 veröffentlichten Russell et al. eine zweite, überarbeitete Version der UCLA Loneliness Scale. Zwar stellte die Version von 1978 ein geeignetes Messinstrument für Einsamkeit da, dennoch wurden drei Probleme an dieser Skala festgestellt. Das größte Problem war, dass alle 20 Items der Skala in dieselbe Richtung formuliert wurden, dadurch könnte eine extreme Beantwortung in eine Richtung zur Beeinflussung des Gesamtwertes führen. Aus diesem Grund wurden in der neuen Version von 1980, 19 neue Items von den Autoren verfasst und die Richtung von 10 der Items in die entgegengesetzte Richtung von Einsamkeit angepasst, so dass nun 10 die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen anzeigten und die anderen 10 die Unzufriedenheit darstellten (Auné et al., 2022, S, 1214; Russell et al., 1980, S.473). Ein weiteres Problem betraf die diskriminante Validität der Skala, wodurch die Notwendigkeit deutlich wurde, nachzuweisen inwiefern sich Einsamkeit von verwandten Konstrukten wie Depression und geringem Selbstwertgefühl unterscheidet (Russell et al., 1980, S.473). Der dritte Problempunkt entstand durch die gesellschaftliche Stigmatisierung der Einsamkeit (siehe oben). Dies könnte zu einer Untertreibung bei den Angaben führen, da Personen eventuell der Stigmatisierung entgehen wollen und lieber besser dastehen wollen (ebd., S.473). Auch wurde für Forschende, die eher eine Skala mit weniger Items bevorzugten, eine verkürzte Version der UCLA Einsamkeitsskala mit 4 ausgewählten Items entworfen (ebd., S.474). Mit der Hilfe, von der auch im Jahr 1980 veröffentlichten Untersuchung zweier Studien (Russell et al. 1980), wurde die Validität der neu entwickelten UCLA - Skala nachgewiesen und zugleich die diskriminante Validität der Skala zur Ermittlung der sozialen Erwünschtheit, depressiver Symptomatik und weiterer Persönlichkeitseigenschaften bewiesen (Auné et al., 2022, S, 1214; Russell et al., 1980, S.475 ff.). Eine weitere überarbeitete Variante der UCLA – Skala wurde 1996 veröffentlicht (Russell, 1996). Als Überarbeitungsgrund wurden die für ältere Menschen zu verwirrenden Formulierungen einzelner Aussagen und Antwortmöglichkeiten angegeben. Im speziellen berichtete Russell, dass es bei der Beantwortung zu doppelten Verneinungen bei einigen Items kommen konnte (z.B. Antwort: „never“ zu der Aussage „I do not feel alone“), was gerade bei älteren Interviewten zu Verwirrung führte, und es somit zu Problemen bei der Verwendung der Skala kam (Russell, 1996, S.21). Zusätzlich berichteten einige Forschende über Probleme mit einzelnen schwer verständlichen Begriffen, die bei Befragungen an Studenten auftraten (ebd., S.22). In der UCLA – Skala (Version 3), präsentierte Russell deshalb einen einfacheren Wortlaut für die Formulierung der Items. So beginnen in der neuen Variante der UCLA – Skala alle Items mit dem gleichen Satz „Wie oft fühlen Sie...?“ (Original: „How often do you feel...?“), diese Vereinfachung sollte auch die Befragung per Telefon erleichtern (ebd., S.22). Um diese neue einfache Formulierung umzusetzen, war es notwendig, bei einem der

Items (Nr.4) die Ausrichtung von positiv (zufrieden mit den sozialen Beziehungen) zu negativ (unzufrieden mit den sozialen Beziehungen) zu tauschen, wodurch es in der 3.Version der UCLA – Einsamkeitsskala elf negativ verfasste Items und neun positiv verfasste Items gibt (Russell, 1996, S.22; Auné et al., 2022, S, 1214). Es wurde der Anpassung Indizes unterschiedlicher Modelle anhand konfirmatorischer Faktoranalysen (CFA) untersucht, um herauszufinden, welches Schema am genauesten mit den Antworten aus früheren UCLA Einsamkeitsskalen übereinstimmt. Das so entstandene Schema beinhaltet einen globalen Faktor von Einsamkeit, sowie zwei methodische Faktoren, welche mit den positiven (zufrieden mit den sozialen Beziehungen) und negativen (unzufrieden mit den sozialen Beziehungen) Tendenzen der Antwortmöglichkeiten der Items übereinstimmen (Auné et al., 2022, S, 1214). Russell erklärt, dass: „die Entwicklung der Skala ist ein ständiger Prozess, bei dem die Instrumente ständig geändert werden, wenn neue Informationen verfügbar werden“ (Russell, 1996, S.37). Die UCLA – Loneliness Skala ist eins der weitverbreitetsten Messinstrumente für Einsamkeit, andere Wissenschaftler entwarfen Versionen dieser Skala für etliche Länder und Sprachen z.B. Süd Afrika (Pretoirus, 1993), spanische Version für Argentinien (Sacchi & de Minzi 1997), Deutschland (Bilsky & Hosser, 1998), Taiwan (Wu & Yao, 2008), Türkei (Durak & Senol-Durak, 2010) und Italien (Boffo, Mannarini & Munari, 2012) und viele weitere (Boffo et al., 2012, S.347). Die große Verbreitung dieser Arbeit verdeutlicht ihren Nutzen für die wissenschaftliche Erforschung von Einsamkeit und somit auch der Forschung zu den gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit im Alter.

4.3.2 Die de Jong - Gierveld Einsamkeitsskala

Ein weiteres, besonders in Europa weit verbreitetes Messinstrument für Einsamkeit ist die von de Jong-Gierveld und Kollegen entwickelte de Jong-Gierveld (djG) Einsamkeitsskala. Ziel von de Jong-Gierveld war es, ein Messinstrument für Einsamkeit zu entwickeln, welches zugleich den Anforderungen einer Rasch-Skala standhält (de Jong-Gierveld, & Kamphuls, 1985, S.289). Auf der Grundlage der Gedanken zu Einsamkeit von Weiss (Weiss, 1974, S.33 ff.) und der Analyse von 114 Berichten (de Jong-Gierveld, 1984), welche von einsamen Frauen und Männern über ihre Erfahrungen mit Einsamkeit geschrieben wurden, differenzierte de Jong-Gierveld zusammen mit ihren Kollegen drei Dimensionen von Einsamkeit (de Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985, S.290). Die erste Dimension beinhaltet die Art der Deprivation, hier geht es um „die Art und Intensität der fehlenden Beziehungen“ (ebd., S.290). Die zweite Dimension betrachtet die zeitliche Perspektive des Erlebens von Einsamkeit und ob Menschen sie als unveränderlich oder vorübergehend erleben. Bei der dritten Dimension, geht es um die emotionalen Merkmale. Hier wird der Fokus auf das Ausbleiben von positiven Gefühlen und Präsenz von negativen Gefühlen gelegt (ebd., S.290). Auf der Basis dieser drei Dimensionen wurde eine 34 Items umfassende

Skala entwickelt und mit Hilfe von persönlichen Interviews an 556 zufällig ausgewählten, alleinstehenden, verheirateten sowie verwitweten Menschen getestet. Eine Auswertung ergab, dass die Skala mit ihren 34 Items in erster Linie nur schwere Einsamkeitsgefühle misst. Dies war nicht befriedigend, da de Jong-Gierveld eine Skala entwickeln wollte, mit der sie dazu in der Lage wäre, schwere und leichte Einsamkeitsgefühle zu messen, die aus negativen und positiven Items bestehe sowie ein zusammenhängendes Bild von Entbehrungen liefern würde. Zugleich sollte die Skala aber auch den Anforderungen des dichotomen logistischen Rasch-Modells standhalten (de Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985, S.290). Nach weiteren Anpassungen und Analysen wurde eine neu 40 Items umfassende Skala erstellt. Eine Jury von 20 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus der Abteilung für Forschungsmethoden von der Freien Universität Amsterdam half bei der Bewertung der Items mittels verschiedener Ausschlussverfahren, mit dem Ergebnis, dass 28 Items übrigblieben (ebd., S.292). Diese Items wurden in einer durch die niederländische Regierung beauftragten Studie, zum Vergleich des finanziellen, sozialen und emotionalen Wohlbefindens von Arbeitslosen, Menschen mit Einschränkungen und angestellten Personen, im Anschluss an die Interviews mittels selbstauszufüllendem Fragebogen überprüft. An dieser Studie in den Jahren 1982 bis 1983 nahmen mehr als 1600 Frauen und Männer teil (ebd., S.292 f.). Nach der Auswertung der Daten, wurden die Items in Bezug auf ihre Einheitlichkeit überprüft und neu bewertet. Anhand der so gewonnenen Ergebnisse wurde eine 11 Items umfassende Skala entwickelt, fünf der Items wiesen eine positive Formulierung auf und sechs Items waren negativ formuliert (ebd., S.294). Diese wurde durch weitere Kontrollberechnungen geprüft, mit dem Ergebnis, dass es de Jong-Gierveld gelungen ist, ein Messinstrument für Einsamkeit zu erstellen, welches aus positiv und negativ formulierten Items besteht und auch die Rasch-Annahmen erfüllt (ebd., S.297). So entstand eine Einsamkeitsskala, mit der es möglich ist, die emotionale sowie die soziale Ausbreitung von Einsamkeit zu registrieren (Ong et al., 2016, S.444). In der emotionalen Einsamkeit, geht es für de-Jong-Gierveld um den Mangel an einer intimen Bindung (Partnerin, Geschwister, enge Vertraute), mit der sozialen Einsamkeit wird ein Defizit bezogen auf eine größere Gemeinschaft im Sinn eines sozialen Netzes (Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn) beschrieben (de Jong-Gierveld & Kamphuls, 1985, S.290 ff.; Ong et al., 2016, S.444). Ähnlich wie bei Russell und der von ihm entworfenen UCLA – Skala, taucht das Wort Einsamkeit auch bei de Jong-Gierveld in keinem der Items auf, weshalb auch diese Skala ein indirektes Messverfahren darstellt. Im Jahr 2006 veröffentlichten de Jong-Gierveld und van Tilburg eine Arbeit, in der sie auch eine verkürzte Variante der de-Jong Einsamkeitsskala präsentierten (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 2006). Angesichts des normalen Umfangs der Skala (11 Items) gestaltete sich ihre Anwendung in größeren Erhebungen als schwierig. Aus diesem Grund entwarfen sie eine kürzere nur 6 Items umfassende Variante und unterzogen

diese empirischen Tests anhand von Daten aus zwei Umfragen, um ihre Aussagekraft sicher zu stellen (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 2006, S.582). Bei der Konstruktion der verkürzten Skala wurde darauf geachtet, dass die emotionalen und sozialen Subskalen der 11 Items Variante auch in der verkürzten Einsamkeitsskala vertreten sind. Dazu wurden 3 Items zur emotionalen Einsamkeit und 3 Items zur sozialen Einsamkeit ausgewählt. Im Verlauf des Auswahlprozesses der Items, wurden die folgenden drei Kriterien angewendet: 1. „eine optimale enge Korrelation zwischen den Indikatoren für emotionale oder sozialen Einsamkeitsindikatoren“ 2. eine „optimale Abdeckung des breiten Spektrums des Schwierigkeitsgrads der Items“ und 3. wurde auf eine „optimale Formulierung und Wortwahl des Item Satzes“ wertgelegt (ebd., S.588 f.). Genau wie bei der 11 Items umfassenden de Jong Einsamkeitsskala, welche 6 Items für emotionale und 5 Items für soziale Einsamkeit enthält (ebd., S. 584), kann auch mit der kürzeren Variante der de Jong Skala die soziale beziehungsweise emotionale Einsamkeit separat ermittelt werden, mit Hilfe der einzelnen Verwendung der jeweiligen 3 Items der Skala (ebd., S.593). Es wurde auch nachgewiesen, dass die kurze de Jong Skalar (6 Items) für alle Altersgruppen anwendbar ist (ebd., S.591). Somit wurde auch für die de Jong Einsamkeitsskala eine kürze Version geschaffen, welche sich „aus Gründen der Kosteneffizienz und in Bezug auf Validität und Zuverlässigkeit“ gut für die multidimensionale Messung der Einsamkeit in groß angelegten Befragungen eignet (ebd., S.594). Sie ist somit ein weiteres Instrument zur Messung der Einsamkeit und findet Anwendung bei der Erforschung der Folgen der Einsamkeit bei alten Menschen.

4.3.3 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der UCLA – Skala und der de Jong - Skala

Sowohl die UCLA – Skala als auch die de Jong-Gierveld – Einsamkeitsskala haben kein Zeitlimit zum Ausfüllen des Ermittlungsbogens. In keiner der beiden Skalen, wird der Begriff „Einsamkeit“, im Wortlaut der Items verwendet (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 2006, S. 586; Russell, 1996, S.23). Ein Unterschied zwischen den beiden liegt in der Betrachtungsweise von Einsamkeit. Bei Russell und der von ihm und Kollegen entworfenen UCLA – Skala wird Einsamkeit vorrangig „als globales eindimensionales Konstrukt“ angesehen, wogegen Einsamkeit in der de Jong – Skala „als vielschichtiges Phänomen mit separaten emotionalen und sozialen Komponenten“ gesehen wird (Ong et al., 2016, S.444). Beide Theorien sind als Messinstrument zur Erhebung von Informationen zur Einsamkeit anerkannt und wurden in etlichen Studien eingesetzt. Zur Erforschung der Einsamkeit und ihrer Folgen sind diese zwei Skalen somit von sehr großer Bedeutung für die Wissenschaft.

4.4 Der Deutsche Alterssurvey

Um die in dieser Arbeit gestellte Frage: „Welche Auswirkungen hat Einsamkeit auf die Gesundheit älterer Menschen?“ zu beantworten, ist es aber notwendig, die gesundheitlichen Veränderungen bei den von Einsamkeit betroffenen älteren Menschen über einen längeren Zeitraum hinweg immer wieder zu betrachten, denn nur so ist es möglich, genaue Aussagen zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Einsamkeit im Alter zu treffen. Ein wesentliches Instrument um dies zu prüfen, sind methodisch angelegte Langzeituntersuchungen. Eine der umfangreichsten Langzeituntersuchungen zum Thema Alter in Deutschland ist der Deutsche Alterssurvey (DEAS) des Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA). Dabei handelt es sich um „eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden (d. h. 40 Jahre und älter sind)“ welche durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wird (DZA, 2022, URL.). In den letzten 24 Jahren gab es insgesamt sieben Datenerhebungen in den Jahren 1996, 2002, 2008, 2011, 2014, 2017, sowie 2020 (ebd., URL.). Im Abstand von sechs Jahren (1996, 2002, 2008 und 2014) wurden Daten von der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung, für eine das Bundesgebiet abbildende Stichprobe erhoben. Hierzu wurden Personen, welche zum Erhebungszeitpunkt im Alter zwischen 40 und 85 Jahren waren, zufällig aus dem Einwohnermeldeamtsregister ausgewählt (Klaus, Engstler & Vogel, 2019, S.19). Die in diesen Querschnittstichproben gewonnenen Informationen dienen als Ausgangspunkt für Längsschnittstichproben. Im Rahmen dieser Längsschnittstichprobe werden die Interviewten in regelmäßigen Abständen wiederholt befragt, um so einen Einblick in die mit dem Altern verbundenen Veränderungen und Entwicklungen zu erhalten (ebd., S. 19). Begonnen wurde mit dieser Langzeituntersuchung im Jahr 2002, die nächste erfolgte im Jahr 2008 und seitdem werden die Befragungen alle 3 Jahre durchgeführt. Für die wiederholte Befragung ist eine Einverständniserklärung der Befragten notwendig. Die Zustimmung zu den Wiederholungsbefragungen nahm mit den Jahren deutlich zu. Von 56 Prozent 1996 stieg die Bereitschaft auf 76 Prozent im Jahr 2014 an (ebd., S.21). Zur Anpassung der so gewonnenen Daten, zur Gewinnung eines möglichst repräsentativen Abbilds der deutschen Bevölkerung wurde eine Randanpassung vorgenommen. Dies geschah anhand der drei Merkmale Geschlecht, Altersgruppe (40-54, 55-69 und 70-85 Jahre) und Region (Ost- und Westdeutschland) (ebd., S.20). Zu Beginn der Studie wurden hohe Ausfallzahlen zwischen Erst- und Zweitbefragungen deutlich. Weshalb im Jahr 2008 die Erhebungsintervalle auf drei Jahre verkürzt wurden. Dadurch war es möglich, die hohen Ausfallzahlen zwischen Erst- und Zweitbefragung zu verringern (ebd., S.21). Zusätzlich werden die Befragten seit 2012 einmal pro Jahr zum Adressenabgleich, Studienbindung sowie dem Versand von Infobroschüren kontaktiert, um die Zahl der Ausfälle

weiter zu minimieren (Klaus, Engstler & Vogel, 2019, S. 23). Für die hohen Ausfallquoten zwischen den ersten beiden Befragungen werden verschiedene Ursachen benannt. Zum einen gibt es einen Alterseffekt, da in der ältesten Gruppe der Ausfall am größten war. Es wurden zwei Gründe für den Alterseffekt gefunden. Zum einen ist die natürliche Mortalität in der ältesten Teilnehmergruppe am höchsten, zugleich führt eine hohe Morbidität in der Gruppe der Ältesten dazu, dass eine Folgebefragung durch die Verbindung von steigender Pflegebedürftigkeit, Krankenhaus- und Heimaufhalten erschwert wird (ebd., S.23). Auch in der jüngsten Teilnehmergruppe (40-54 Jahre) zeigte sich zwischen den Jahren 2008 und 2014 eine geringere Beteiligung an den Zweitbefragungen. Hier wurde vermutet, dass es an „einer steigenden räumlichen Mobilität sowie (zeitgleicher) beruflicher und familienbezogener Verpflichtungen“ liegt welche speziell im Alter zwischen 40 und 54 häufiger auftreten und „wodurch Erreichbarkeit, Teilnahmemöglichkeiten und -motivation“ sich weiter an der Studie zu beteiligen gemindert werden könnten (ebd., S. 23). Um möglichst ausführliche Informationen der Befragten zu erhalten, werden diese ausgiebig zu ihrer objektiven sowie subjektiven Lebenssituation interviewt. Somit wird versucht, das gesamte Kontinuum des Altersverlaufs ab dem 40. Lebensjahr, in all seinen Entwicklungen bezogen auf die Erhebungsschwerpunkte zu erfassen (ebd., S. 26). Die Befragungsschwerpunkte werden zu einem großen Teil, zwecks Vergleichbarkeit und zur Ermöglichung einer längsschnittlichen Analyse, seit der Erstbefragung im Jahr 1996 weiter übernommen. Aufgrund aktueller Ereignisse und eines sich ständig weiterentwickelnder und verändernder Forschungsschwerpunkte wird das Messinstrument in einigen Skalen angepasst und vergrößert wie z.B. 2020 wurden Fragen zur Corona Pandemie ergänzt (DZA 2, 2022, URL). Bei Menschen die sich zum wiederholten Mal an der Studie beteiligen, wird die Skala verkürzt, da sich zeitlich nicht verändernde Items weggelassen werden (DZA 2, 2022, URL). Der Deutsche Alterssurvey beinhaltet verschiedene Fragen zu den Themenpunkten: „1. Arbeit und Ruhestand, Übergänge, Alterssicherung; 2. Einkommen, Vermögen, Altersarmut, Erbschaften; 3. Freiwilliges Engagement, Ehrenamt, Partizipation; 4. Digitalisierung und Technik; 5. Soziale Beziehungen: Familie, Partnerschaft, Freund*innen, Einsamkeit; 6. Informelle Hilfe, Unterstützung und Pflege durch Angehörige; 7. Gesundheit, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und 8. Altersbilder, Altersdiskriminierung, Einstellungen“ (ebd., URL). Durch die umfangreiche Datenerhebung zu vielen unterschiedlichen Inhalten der Lebenswelt der Befragten, entsteht ein interdisziplinäres Geflecht an Antworten, welches Forschenden „die Bearbeitung und Verknüpfung von Fragestellungen aus verschiedenen Disziplinen, insbesondere der Gerontologie, Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Public Health und Sozialpolitikforschung“ ermöglicht (Klaus, Engstler & Vogel, 2019, S.27). Beim Aufnehmen der Daten kommen unterschiedliche Verfahren zum Einsatz. Am Anfang wird anhand eines

vorgegebenen Fragebogens eine persönliche Befragung durchgeführt. Im Jahr 2008 wurde die elektronische Form des Fragebogens (CAPI) eingeführt, damit die Interviews computergestützt geführt werden können (Klaus, Engstler & Vogel, 2019, S.27). Zusätzlich zu den persönlichen Interviews wird mittels verschiedener Tests das geistige Leistungsvermögen und der physische Gesundheitszustand ermittelt. Die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit wird mit einem im Jahr 2002 eingeführten „Zahlen-Zeichen-Test“ gemessen, ein Lungenfunktionstest wird seit 2008 „als objektiver Indikator für die körperliche Gesundheit“ angewendet (ebd., S.27). Im Anschluss an die Befragungen bekommen die Interviewten noch einen Fragebogen zum Selbstausfüllen. Die Fragen beinhalten persönliche Dinge zu denen es keine besondere Form der Fragestellung braucht, wie Einkommen und Gesundheit. Seit 2017 besteht die Möglichkeit, für Befragte mit Internetzugang, diesen Fragebogen Online auszufüllen (ebd., S.27 f.). Seit 2002 können die Befragten durch eine Vertrauensperson während der Interviews unterstützen lassen. Dies diente zuerst zur Hilfe nicht deutscher Muttersprachler, wurde aber auch von Älteren Studienteilnehmern mit gesundheitlichen Einschränkungen genutzt. Für Personen, die gesundheitlich so stark eingeschränkt sind, dass sie nicht selbst an den Befragungen teilnehmen können, wurde 2017 die Möglichkeit eingeführt, sich durch eine Person vertreten zu lassen, die in ihrem Namen antwortet (ebd., S.27). So ist der Deutsche Alterssurvey mit seinen umfangreichen Langzeitstudien und der großen Themenvielfalt rund um den individuellen Lebensverlauf in der zweiten Lebenshälfte eine bedeutende Datenquelle für Politik und Forschung.

5.Kapitel: Studien und Ergebnisse zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Einsamkeit im Alter

In dem folgenden Abschnitt dieser Arbeit wird es nun darum gehen, verschiedene Studien zu den gesundheitlichen Auswirkungen durch Einsamkeit im Verlauf des Alterns zu präsentieren, um so genügend Punkte zur Beantwortung der Frage dieser Arbeit zu liefern.

5.1 Studie 1: Auswirkungen von sozialer Unterstützung und persönlichen Bewältigungsressourcen auf die Sterblichkeit im höheren Lebensalter

Im Jahr 1997 veröffentlichten Penninx, van Tilburg, Kriegsman, Deeg, Boeke, & van Eijk eine Studie mit dem Namen: „Effects of Social Support and Personal Coping Resources on Mortality in Older Age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam“ (Penninx et al., 1997). In dieser untersuchten sie, welchen Einfluss die soziale Unterstützung und die persönlichen Bewältigungsressourcen auf die Sterblichkeit älterer Menschen in den Niederlanden haben. Zu diesem Zweck untersuchten sie Daten der „Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)“ (ebd., S.510). Dies ist eine Langzeitstudie aus den Niederlanden, die seit 1992 regelmäßige Befragungen an älteren Menschen durchführt. Hierzu werden durch die Alten Fragen zu ihrem physischen, sozialen, emotionalen und kognitiven Gesundheitszustand beantwortet. Zusätzlich zu den Fragen werden auch körperliche und kognitive Untersuchungen anhand von Tests durchgeführt (LASA, 2022, URL.). Für ihre Studie verwendeten Penninx et al. Daten aus einer Stichprobe von 2.829 noch in der eigenen Häuslichkeit lebenden älteren Personen (55-85 Jahren), welche sich in den Jahren von 1992 bis 1995 an den Befragungen zur LASA beteiligt hatten. Die Daten zur Feststellung der Sterblichkeit wurden über einen Nachbeobachtungszeitraum von 29 Monaten gesammelt (Penninx et al., 1997, S.510). Zu Beginn lagen Daten von 3.805 Menschen vor. Bei der Analyse der Teilnehmerzahlen wurde ein Rückgang deutlich. Dies hatte den Autoren der Studie zufolge verschiedene Ursachen: „insgesamt 126 (3,3 Prozent) waren verstorben, bevor sie angesprochen wurden, 44 (1,2 Prozent) konnten nicht erreicht werden, 134 (3,5 Prozent) waren zu krank oder kognitiv beeinträchtigt, um befragt zu werden, und 394 (10,4 Prozent) wollten wegen mangelnden Interesses nicht an der Befragung teilnehmen“ (ebd., S.511). Personen in Einrichtungen (z.B. Pflegeheim) wurden von der Befragung ausgeschlossen. Der Grund hierfür besteht in einer unmöglichen Vergleichbarkeit der sozialen Unterstützung von Menschen in Einrichtungen mit Alleinlebenden. Des Weiteren mussten Personen ausgeschlossen werden, welche nicht dazu in der Lage waren, den Erhebungsbogen auszufüllen. Diese Personen waren oft von chronischen Krankheiten betroffen. Schließlich blieben noch 2.829 Teilnehmer für die Studie übrig (ebd., S.511). In dieser Studie wurde zur Messung der Einsamkeit die de Jong-Gierveld Skala mit ihren

fünf positiven Items (Zugehörigkeitsgefühl) und sechs negativen Items (fehlende Beziehungen) gemessen. Zur besseren Bearbeitung wurden die individuellen Bewältigungsressourcen mit Hilfe der persönlichen Merkmale Beherrschung, Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl dargestellt und anhand verschiedener Skalen bewertet (Penninx et al., 1997, S.512). Nach der Analyse und Bearbeitung der vorliegenden Daten kamen Penninx et al. zu dem Ergebnis, dass die Größe des sozialen Netzwerks sowie die wahrgenommene Einsamkeit einen Zusammenhang mit dem Sterberisiko haben. So hatten Menschen, die über ein großes soziales Netzwerk berichteten, genauso wie Interviewte mit einem sehr niedrigen Wert von Einsamkeit ein geringeres Sterberisiko als Leute, die über ein sehr kleines soziales Netzwerk verfügten und solche, mit einem höheren Einsamkeitswert (ebd., S.513). Ältere Erwachsene, welche über die größte Einsamkeit berichteten, hatten ein 1,89-mal so hohes Sterberisiko wie die Alten mit dem geringsten Wert auf der Einsamkeitsskala (ebd., S.516). Bei den persönlichen Bewältigungsressourcen wurde nur für die Beherrschung ein Zusammenhang zur Sterblichkeit gefunden. Mit der Beherrschung wird beschrieben, inwiefern eine Person ihre „Lebenschancen unter eigener Kontrolle“ sieht (ebd., S.512). So hatten Menschen, welche ein größeres Gefühl der Beherrschung hatten, ein geringeres Sterberisiko. Bei den Personen mit dem höchsten Wert auf der Beherrschungsskala, war das Risiko zu sterben 0,57-fach geringer als bei Denjenigen mit dem niedrigsten Wert (ebd., S.516). Sie nahmen an, dies geschieht dadurch, dass das Gefühl der Kontrolle über die eigenen Lebenschancen einen positiven Effekt auf die Moral der Person hat (ebd., S.517). Als ein weiteres Ergebnis der Studie zeigte sich, dass eine höhere instrumentelle Unterstützung im Zusammenhang mit einem erhöhten Sterberisiko steht (ebd., S.513). Eine mögliche Ursache besteht ihrer Meinung nach darin, dass der Bedarf an instrumentaler Unterstützung auch immer mit gesundheitlichen Gründen dafür verbunden ist (ebd., S.517). Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung von Penninx et al. zeigte sich bei der emotionalen Unterstützung. So zeigte sich, dass ältere Menschen, welche viel emotionale Unterstützung bekommen, dadurch ein geringeres Sterberisiko aufweisen (ebd., S.513). Die Auswertung der Daten in dieser Studie zeigte auch, dass ein großes soziales Netzwerk nur in Analysen mit einer Variablen gesundheitsfördernd war, nicht aber in multivariaten Analysen. Als eine mögliche Erklärung hierfür fügen sie an, dass eine geringe Anzahl an sozialen Kontakten die Folge eines schlechten Gesundheitszustands sein kann (ebd., S. 517). Der in dieser Studie nachgewiesene Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Einsamkeit und dem Sterblichkeitsrisiko bei älteren Erwachsenen liefert somit einen Beweis zur Beantwortung der mit dieser Arbeit gestellten Frage, da ein erhöhtes oder verringertes Risiko zu sterben klar eine gesundheitliche Auswirkung darstellt.

5.2 Studie 2: Alltagsdynamik der Erfahrung-Cortisol-Assoziationen in einer bevölkerungsbasierten Stichprobe älterer Erwachsener

Eine andere Studie untersuchte den Cortisol Spiegel in einer bevölkerungsbezogenen Stichprobe älterer Erwachsener. Die von Adam et al. im Jahr 2006 veröffentlichte Arbeit genutzten Daten wurden in einer Reihung von drei Tagen erhoben. Dabei wurden die täglichen Veränderungen des Cortisol-Tagesrhythmus von 156 älteren Erwachsenen betrachtet. Ausgewählt wurden die Studienteilnehmer aus der Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. Dies ist eine Langzeitstudie von älteren Erwachsenen, die in den Jahren von 1935 bis 1952 geboren wurden, verschiedenen Ethnien (afroamerikanische, hispanische und weiße Menschen) angehören und ihren Lebensmittelpunkt im Cook County, Illinois (USA) haben (Adam et al., 2006, S.1762). Einhundertsiebzig Probanden aus dem ersten Jahr der Langzeitstudie sendeten ihre Speichelcortisolwerten an die Forschenden. Aufgrund von nicht vollständig übermittelten Daten eines durch die Arbeitszeiten veränderten Tag- Nachtrhythmus sowie Steroidbasierter Arzneimittel konnten die Daten von 14 Personen nicht verwendet werden. So lag die finale Studienteilnehmerzahl bei 156 Probanden mit einer relativ gleichmäßigen Geschlechterdurchmischung und einer Altersspanne von 50 bis 68 Jahren (ebd., S.1762). Über 60 Prozent der Teilnehmer*innen waren verheiratet oder lebten in einer festen Beziehung, der Rest lebte getrennt, war geschieden, verwitwet oder nie verheiratet. Die größten Unterschiede zwischen den Menschen dieser Studie gab es bei den Themen Bildung und Einkommen. So waren 12 Prozent ohne High-School Abschluss, 32 Prozent der Teilnehmer*innen besaßen einen High-School Abschluss beziehungsweise ein General Education Diplom, 23 Prozent besuchten ein College, 16 Prozent hatten einen Collegeabschluss und 17 Prozent der Probanden besuchten eine Graduiertenschule nach dem College (ebd., S.1762). Das Haushaltseinkommen lag im Jahr zwischen 15.000\$ und mehr als 200.000\$ bei einem Mittelwert von 53.750\$ pro Haushalt (ebd., S.1762). Die Probanden und Probandinnen mussten drei Tage infolge vor dem zu Bett gehen ihre täglichen psychosozialen, emotionalen sowie körperlichen Verfassungen schriftlich protokollieren. Am Folgetag mussten sie drei Selbsttests zur Messung des Speichelcortisolspiegels bei sich machen. Der erste Test wurde direkt nach dem Aufwachen (vor dem Aufstehen) gemacht, der zweite 30 Minuten später und der letzte sollte abends zur normalen Schlafenszeit durchgeführt werden (ebd., S. 1758). Die teilnehmenden Personen erhielten die Instruktion sich 30 Minuten vor der Testentnahmen nicht die Zähne zu putzen, nichts zu Essen und zu trinken (bis auf Wasser) sowie nicht zu rauchen. Der genaue Zeitpunkt der Speichelentnahme wurde in einem extra dafür vorhandenen Formular notiert (ebd., S.1762). Die Einhaltung der genauen Speichelprobenentnahmezeit wurde bei 52 Prozent der Versuchspersonen elektronisch überwacht, ohne dass diese darüber informiert wurden. Bei

einem später durchgeführten Vergleich zeigte sich, dass die Nichteinhaltung der Zeiten, einen Einfluss auf die Schätzungen der Diurnal-Cortisol-Parameter hatte (Adam et al., 2006, S.1762). Zur Auswertung wurden die entnommenen Proben an die Universität Göttingen gesendet. Dort wurden sie im Labor für Stress-Überwachung unter Anwendung eines RIA-Protokolls auf Cortisol untersucht und mit Hilfe verschiedener Tests auf ihre Konsistenz geprüft (ebd., S.1762). Die täglich zu erstellenden Berichte zur Ermittlung der emotionalen, psychosozialen und körperlichen Verfassung, bestanden aus einer 22 Adjektive umfassenden Skala, die durch die Versuchspersonen durch Antworten auf einer 5- stufigen Skala (von „überhaupt nicht bis sehr stark“) bewertet wurden (ebd., S.1762). Damit die Validität der gemessenen Cortisolwerte der Probanden und Probandinnen nicht durch demografische Merkmale, Gesundheit oder Gesundheitsverhalten beeinflusst wird, wurden diese Variablen anhand von einem Fragebogen erhoben. Die erfragten demografischen Informationen beinhalteten das Alter der Person, ihr Geschlecht, die absolvierten Bildungsjahre, ihr aktueller Familienstand und die ethnische Zugehörigkeit. Zu den Informationen über die Gesundheit sowie das Gesundheitsverhalten der Versuchspersonen zählten: aktuelle physische und psychische Krankheiten, nicht diagnostizierte erwähnte depressive Symptome, die durchschnittliche Menge von Alkohol, Koffein und Nikotin pro Tag, aktuelle Steroidhaltige sowie Steroidfrei Arzneien, der Body-Mass-Index, sowie die Informationen zu den normalen Schlafgewohnheiten (ebd., S.1762). Durch die Nutzung einer mehrstufigen Wachstumskurvenmodellierung versuchten Adam et al. Cortisolprofile für alle Probandinnen und Probanden zu erstellen. Diese bestanden aus den Kenngrößen Aufwachniveau, Diurnale-Steigerung und der Cortisolreaktion beim Erwachen, welche „gleichzeitig aus den Erfahrungen des Vortages und des gleichen Tages vorhergesagt wurden“ (ebd., S.1758). Nach der Auswertung der gemachten Messdaten und der Kontrolle der beobachteten Bewegung zwischen den protokollierten Erfahrungen und des gemessenen Cortisolspiegels am Folgetag waren Adam et al. dazu in der Lage nachzuweisen, dass die täglich gemessenen Cortisol-Parameter mit den am Vortag gemachten Erfahrungen beziehungsweise mit den am gleichen Tag zu erwartenden Erfahrungen zusammenhängen (ebd., S.1760). Somit fanden sie mit ihrer Studie heraus, dass wahrgenommene Gefühle von Einsamkeit und Überforderung mit dem deutlich höheren Cortisolwerten am darauffolgenden Tag in Verbindung stehen (ebd., S.1760). Weiter besteht die Möglichkeit, dass durch anhaltende Gefühle von Einsamkeit somit eine dauerhaft verschobene Cortisolgrundlinie entstehen kann, was wiederum die Gesundheit und das Funktionieren beeinflusst (ebd., S.1761). Dazu fanden andere Forschende heraus, dass durch einen höheren Cortisolspiegel bei älteren Menschen mit Herzerkrankungen das Mortalitätsrisiko steigt (Güder et al., S.1754). Somit zeigt auch die Studie von Adam et al., dass Einsamkeit Auswirkungen auf die Gesundheit älterer Menschen hat.

5.3 Studie 3: Einsamkeit und das Risiko einer Alzheimer-Erkrankung

Wilson et al. publizierten im Jahr 2007 die Ergebnisse ihrer Längsschnittstudie, über den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und der Alzheimer-Krankheit. Mit dieser Untersuchung wollten sie die Hypothese prüfen, dass Einsamkeit mit einem erhöhten Risiko verbunden ist, an Alzheimer zu erkranken (Wilson et al., 2007, S.234). Die Probanden dieser Studie waren ältere Menschen die am Rush Memory Aging Project teilnahmen. Dies ist eine Untersuchung zur Erforschung der Zusammenhänge zwischen Gedächtnis und Altern der Rush University in Chicago, Illinois (Rush University, 2022, URL.). Um an der Studie teilzunehmen, mussten einige Grundvoraussetzungen erfüllt werden. Es durfte vor Beginn der Studie keine klinische Demenz-Diagnose bestehen, die Studienteilnehmer mussten ihre Zustimmung zu einer jährlich stattfindenden klinischen Untersuchung geben sowie damit einverstanden sein, nach dem sterben ihr Gehirn zu Untersuchungszwecken zu spenden (Wilson et al., 2007, S.235). Die Probanden der Studie stammten aus der Region Chicago. Von ihnen lebten 66 % in Altersheimen, 30% wohnten in Einfamilienhäusern und 4 % waren in betreuten Wohneinrichtungen oder Pflegeheimen untergebracht (ebd., S.236). Zum Anfang standen 1023 Studienteilnehmer zur Verfügung, von denen 67 Personen aufgrund einer Demenzerkrankung ausgeschlossen, 23 Menschen fielen aus, da sie vor der ersten Nachuntersuchung verstarben und weitere 76 Probanden brachen die Teilnahme an der Studie vor der ersten Folgeuntersuchung ab. Damit lag die Gesamtzahl der Studienteilnehmer bei 857 Personen. Von denen nahmen 92,3 Prozent an mindestens einer jährlichen Nachuntersuchung teil, wobei der Durchschnitt bei rund 3 Untersuchungen pro Teilnehmer lag (ebd., S.236). Zum Start der Studie lag das Durchschnittsalter der Personen bei $80,7 \pm 7,1$ Jahren, ihr Bildungsniveau betrug im Schnitt $14,5 \pm 3,0$ Jahre, das Geschlecht der Probanden war zu 75,7 Prozent weiblich und die überwiegende Teilnehmerzahl war mit 91 Prozent weiß (ebd., S.236). Die Erhebung der Daten für diese Studie fand zwischen dem 30.11.2000 und dem 05.05.2006 statt (ebd., S.236). Zur Bewertung der Einsamkeit verwendeten sie eine leicht abgeänderte Form der de Jong-Gierveld Skala. Die 5 Items zur Messung der sozialen Einsamkeit wurden weggelassen, da der Fokus zur Bewertung der Einsamkeit in ihrer Studie auf der emotionalen Einsamkeit lag. Außerdem verbanden sie zwei Items miteinander und änderten den Wortlaut leicht ab. Für eine genauere Auswertbarkeit wurden eine 5-Punkte Antwortskala statt der ursprünglichen dichotomen Antwortmöglichkeit verwendet. Somit ergaben sich die folgenden 5 Items zur Bewertung der emotionalen Einsamkeit: „Ich empfinde ein allgemeines Gefühl der Leere“, „Ich vermisse es Menschen um mich zu haben“, „Ich habe das Gefühl, nicht genug Freunde zu haben“, „Ich fühle mich oft verlassen“ sowie „Ich vermisse es, einen wirklich guten Freund zu haben“ (ebd., S.235). Zur Bewertung der kognitiven Funktionen der Studienteilnehmer wurden im Rahmen der

jährlichen klinischen Untersuchungen 20 kognitive Tests durchgeführt. Zur besseren Übersicht wurde zu Beginn ein Mini-Mental-Status-Test (Schnelltest für Demenz und Alzheimer) durchgeführt. Des Weiteren wurde das episodische Gedächtnis anhand von verschiedenen Tests geprüft. Es gab Wortlistentests, 3 verschiedene Tests zum semantischen Gedächtnis, Arbeitsgedächtnistests und Tests mit Ziffernspannen sowie Ziffernreihenfolgen, die Wahrnehmungsgeschwindigkeit wurde getestet, einen mündlichen Symbol-Digit Modalities Test, um die kognitiven Fähigkeiten zu prüfen, 2 Teile aus einem angepassten neuropsychologischen Stoop Screening-Test, ein neuropsychologischer Test der Linienorientierung und die 17 Items umfassende Version des Progressiven Matrices als Intelligenztest (Wilson et al., 2007, S.235). Zusätzlich gab es beim Tod eines Studienteilnehmers eine einheitliche postmortale Untersuchung des Gehirns, wobei es eine Prüfung der Alzheimer Pathologie in verschiedenen Teilen des Gehirns gab sowie einer gleichzeitigen Untersuchung auf bestehende Hirninfarkten (ebd., S.236). Die mit Hilfe dieser Tests erhobenen Daten wurden für Berechnungen und verschiedenen Analyseverfahren verwendet, um die aufgestellten Hypothesen zu prüfen. Im Verlauf der Nachbeobachtungszeit entwickelten 76 Teilnehmer der Studie eine Demenz, welche die medizinischen Anforderungen einer Alzheimerdiagnose erfüllten. Es zeigte sich, dass die Gruppe der erkrankten Probanden in einem hohen Alter war, zum größten Teil aus Männern bestand, die über ein geringeres durchschnittliches Haushaltseinkommen verfügten, niedrigere kognitive Funktionen hatten, sowie bei den Tests ein höheres Maß an Einsamkeit aufwiesen, mehr von körperlichen Einschränkungen betroffen waren und gleichzeitig ein verhältnismäßig kleineres Maß an sozialer und kognitiver Aktivität hatten (ebd., S.236). Nach der Kontrolle des Ergebnisses mit einem Cox Proportional-Hazards Model für Alter, Bildung sowie Geschlecht wuchs die Gefahr an einer klinischen Alzheimer Demenz zu erkranken um 51 Prozent für jeden Punkt auf der Einsamkeitsskala (ebd., S.236). Anhand von verschiedenen Messungen wurde außerdem deutlich, dass Einsamkeit einen beschleunigenden Einfluss auf die Verschlechterung der allgemeinen Wahrnehmung, des semantischen Gedächtnisses, Wahrnehmungsgeschwindigkeit und der visuell-räumlichen Fähigkeiten hatte (ebd., S.237). Abschließend ist festzuhalten, dass Wilson et al. nachgewiesen haben, dass das Risiko für die Entwicklung einer Alzheimererkrankung bei einsamen alten Menschen gut doppelt so hoch ist, wie bei nicht einsamen (ebd., S.236). Dabei blieb bei den Untersuchungen unklar wie eine Alzheimererkrankung durch Einsamkeit entsteht, da es bei den Untersuchungen keinen Zusammenhang zwischen Einsamkeit und pathologischen Alzheimer und Demenz Befunden sowie Hirninfarkten gab (ebd., S. 238). Es wurde Anhand von verschiedenen Modellen zu den erhaltenen Daten verdeutlicht, dass Einsamkeit kein frühes Anzeichen einer Demenz ist und auch nicht als Reaktion auf den Beginn einer Alzheimer-Demenzerkrankung gesehen werden

kann (Wilson et al., 2007, S.238). Die Anzahl an sozialen Interaktionen sowie die Qualität der sozialen Beziehungen haben laut Studie einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Alzheimer-Demenzerkrankung älterer Personen (ebd., S.239). Auch diese Studie zeigt einen deutlich negativen Einfluss der Einsamkeit auf die Gesundheit im Alter.

5.4 Studie 4. Einsamkeit, Gesundheit und Sterblichkeit im Alter

Im Jahr 2012 veröffentlichten Luo, Hawkey, Waite, & Cacioppo eine Arbeit zu dem Thema Einsamkeit, Gesundheit und Sterblichkeit im Alter (Luo et al., 2012). Inhalt dieser Untersuchung war es, den Zusammenhang zwischen Einsamkeit, Gesundheit und Sterblichkeit zu betrachten, mit Hilfe der Daten aus einer Langzeitstudie in den USA. Ein Ziel der Analyse war es, eine bessere Bewertung der wechselseitigen Wirkungszusammenhänge zwischen Einsamkeit, depressiven Symptomen und Gesundheit zu erhalten (Luo et al., 2012, S.2 ff.). Die Datenquelle für diese Untersuchung war die Health and Retirement Study (HRS) der University of Michigan in den Vereinigten Staaten von Amerika. Hierbei handelt es sich um eine Längsschnittpanelstudie mit Stichproben zu etwa 20.000 Menschen aus den USA im Alter von 55 Jahren (in der Arbeit von Luo et al. noch 50 Jahre und älter, Änderung in der Datenerhebung seit 2008) und älter (HST, 2022, URL.). Bei den von Luo et al. verwendeten Daten handelt es sich um Befragungsergebnisse von 2.101 ältere Personen ab 50 Jahren aus den Erhebungswellen der Jahre 2002, 2004 und 2006 sowie zusätzlichen Mortalitätszahlen aus dem Jahr 2008 (Luo et al., 2012, S. 1 & 7). Die Daten der 2.101 alten Erwachsenen der Studie stammen aus fünf Geburtskohorten aus den Jahren 1890-1923, 1924-1930, 1931-1941, 1942-1947 und 1948-1953. Nachdem Personen in die HRS-Befragung aufgenommen wurden, sind sie sowie ihre Ehepartnerinnen und Ehepartner alle zwei Jahre erneut befragt worden (ebd., S.7). Die Fragen zur Einsamkeit wurden, mit Hilfe der überarbeiteten UCLA-Einsamkeitsskala, überwiegend im Rahmen von persönlichen (Face to Face) Interviews gestellt, ab 2006 kam auch ein selbstauszufüllender Fragebogen dazu (ebd., S.8). Durch die Analyse dieser Längsschnittdaten mithilfe verschiedener Techniken wie z.B. einer Strukturgleichungsmodellierung waren Luo et al. dazu in der Lage, das Wirkungsverhältnis zwischen Einsamkeit und Gesundheit genau zu beurteilen (ebd., S.18). Sie fanden heraus, dass das Gefühl der Einsamkeit mit einem erhöhten Sterberisiko in den folgenden sechs Jahren zusammenhängt. In der Gruppe der Alten mit dem größten Einsamkeitsgefühl ist laut ihren Ergebnissen die Wahrscheinlichkeit in den folgenden sechs Jahren zu sterben sogar 2,21-mal höher als bei der Gruppe mit dem geringsten Einsamkeitsempfinden. Es zeigte sich, dass diese Auswirkungen der Einsamkeit auf die Sterblichkeit wesentlich durch den Einfluss und die Folgen des Einsamkeitsgefühls auf „sozialen Aktivitäten, das Gesundheitsverhalten sowie auf die körperliche und emotionale Gesundheit“ bewirkt wurden (ebd., S.19). In ihrer Studie konnten sie auch eine Beziehung zwischen Einsamkeit und der selbst eingeschätzten sowie funktionalen

Gesundheit feststellen. So ließ sich durch eine schlecht selbst eingeschätzte Gesundheit eine Zunahme des Einsamkeitsgefühls in den folgenden zwei Jahren voraussagen, gleichzeitig hatte die Einsamkeit einen über 2 Jahre verzögerten Effekt auf die Funktionsfähigkeit (Lou et al., 2012, S.16). Das heißt, dass bei älteren Menschen, die sich über eine Zeit von zwei Jahren einsam fühlen, ein erhöhtes Risiko für Einschränkungen der funktionalen Gesundheit besteht. Einsamkeit hatte auch einen signifikanten Effekt auf die Schlafqualität, wodurch es wiederum zu Einschränkungen des Regenerationsprozess während der Schlafphasen kommt. Dies wirkt sich indirekt auch negativ auf die Gesundheit aus (ebd., S.22 f.). Somit gelang es Luo, Hawkey, Waite, & Cacioppo mit ihrer Studie einen direkten sowie indirekten Einfluss von Einsamkeit auf die Sterblichkeitsvorhersage sowie die Gesundheit bei älteren Menschen nachzuweisen.

5.5 Weitere Ergebnisse von Studien

Dies sind nur einige Studien, in denen gesundheitliche Folgen von Einsamkeit für die Gesundheit älterer Erwachsener gefunden wurden. Es haben sich viele weitere Studien mit den Auswirkungen von Einsamkeit befasst. So steht Einsamkeit in Verbindung mit dem Rückgang von körperlicher Aktivität (Hawkey, Thisted, & Cacioppo, 2009), mit einem Anstieg des Gefäßwiderstandes (Hawkey, Berntson, Burleson, & Cacioppo, 2003), einem gestörten Schlaf mit gestörtem Tag- Nachtrhythmus (Cacioppo, Hawkey, Berntson, Ernst, Gibbs, Stickgold et al., 2002a), und veränderte Immunität (Pressman et al., 2005; Lou et al., 2012, S.2).

5.6 Probleme der Studien

In den vorangegangenen Studien wurden viele Daten gesammelt anhand derer belegt wurde, dass Einsamkeit einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit älterer Menschen ausübt. So wurde durch die vorgestellten Studien bewiesen, dass es Zusammenhänge zwischen dem Gefühl der Einsamkeit und dem Sterblichkeitsrisiko bei älteren Erwachsenen gefunden wurden, Einsamkeit zu einem Anstieg des Speichelcortisolspiegels führt, durch anhaltende Einsamkeit das Risiko steigt an Alzheimer zu erkranken und es einen Einfluss auf die Funktionalität sowie funktionale Gesundheit gibt.

Aber beim Vergleichen der Studien zeigen sich auch Probleme, welche kritisch betrachtet werden müssen. Es ist bei der Analyse der verschiedenen Untersuchungen deutlich geworden, dass es kein Einheitsmaß zur Messung des Einsamkeitsgefühls gibt. Die weiter oben vorgestellten De-Jong-Skala und UCLA-Skala sind zwar weit verbreitet und haben auch schon in etlichen Studien ihre Korrektheit gezeigt, es wurde aber auch deutlich, dass es im Bereich der Einsamkeit bei den Alten viele Einflussfaktoren gibt, welche mit berücksichtigt werden müssen wie z.B. alle Gefühle, Umgebung soziale Netzwerke und gesundheitliche Einflussfaktoren (Ong

et al., 2016, S.447 f.). So braucht es auf diesem Gebiet eine weitere Vereinheitlichung der Messinstrumente, wodurch Studien weltweit besser miteinander verglichen werden könnten (Bath et al., 2010, S. 1419). Ein weiterer Punkt ist die uneinheitliche Variable der Gruppe der Alten. Zwar gibt es die Vergleiche der Geburtskohorten, dennoch ist es schwierig, die Ergebnisse der verschiedenen internationalen Studien miteinander zu vergleichen, da diese sich häufig im Alter der Probanden und Probandinnen unterscheiden, z.B. ältere Personen ab 50 Jahren (Lou et al.2012), Durchschnittsalter der Personen bei $80,7 \pm 7,1$ Jahren (Wilson et al., 2007), Alterspanne von 50 bis 68 Jahren (Adam et al., 2006) und ältere Personen 55-85 Jahren (Penninx et al., 1997). Bei der Auswahl der Teilnehmenden für Studien zu Einsamkeit wird häufig die Gruppe der Menschen in Pflegeheimen, Altersheimen, Wohngruppen und anderen Institutionen nicht mit betrachtet. Was gerade in Zeiten, in denen eine wachsende Zahl älterer Menschen in betreuten Wohneinrichtungen leben (Statistisches Bundesamt, 2020, URL.), eine große Gruppe von Studien ausschließt, zu denen auch gerade die empfindliche Gruppe der Ältesten gehört. Es ist auch noch nicht wirklich klar geworden, durch welche genauen Verfahren die Einsamkeit die funktionalen Einschränkungen sowie die Sterblichkeit beeinflusst (Ong et al., 2016, S.448). Der Unterschied zwischen gelegentlicher zeitweiser Einsamkeit und langanhaltender Einsamkeit konnte auch nicht klar definiert werden, nur die verschiedenen Auswirkungen. Somit ist festzuhalten, dass es zwar schon viele Forschungsarbeiten zu den Auswirkungen gibt, aber es noch offene Fragen und kaum erforschte Gebiete gibt.

6.Kapitel: Risikofaktoren für Einsamkeit und sozialer Isolation bei älteren Erwachsenen

Im nun folgenden Abschnitt wird es darum gehen, die verschiedenen Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation im Alter zu klären. Hierzu werden diese im ersten Teil dieses Kapitels benannt und kurz darauf eingegangen. Im zweiten Teil wird etwas genauer auf die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeit und sozialer Isolation bei Senioren und Seniorinnen geblickt.

6.1 Risikofaktoren

Dass der Aufbau und Erhalt eines persönlichen Netzwerkes gelingt und somit das Risiko für Einsamkeit sinkt, hängt besonders bei den älteren Erwachsenen von verschiedenen Faktoren ab. Der erste Faktor hierfür ist das Alter selbst, er kann diese Ausgangssituation den Zugang zu den unterstützenden und zusammenführenden gesellschaftlichen Strukturen erschweren (Holmé et al., 1994, S.16 ff.). Ein weiterer Risikofaktor für Einsamkeit ist das Geschlecht und die damit verbundenen unterschiedlichen Einsamkeitsverläufe im Alter (Huxhold & Engstler, 2019, S.73). Die Art der Zusammensetzung des Haushaltes, in dem alte Personen leben wirkt ebenfalls als ein Risikofaktor für Einsamkeit und soziale Isolation. So haben Untersuchungen ergeben, dass es einen Unterschied macht, ob alte Menschen mit oder ohne Partner leben (verwitwet, geschieden, getrennt, nie verheiratet) und ob sie mit Kindern zusammenleben oder alleine (Dykstra, 1993, S.362 ff.; de Jong Gierveld & van Tilburg, 1995, S.168 ff., URL.). Der gesundheitliche Allgemeinzustand und besonders das Vorhandensein einer chronischen oder tödlichen Erkrankung, zählt auch zu den Risikofaktoren für das subjektive Einsamkeitsempfinden und die objektive soziale Isolation bei älteren Erwachsenen (Huxhold & Engstler, 2019, S. 84; de Jong Gierveld & van Tilburg, 1995, S.167, URL.). Es gibt auch eine sozial ökologische Determinante welche einen Einfluss auf mögliche Einsamkeit hat, hier sind vor allem der städtische oder ländliche Wohnort und die damit verbundenen Ressourcen (siehe oben sozial ökologische Determinante von Gesundheit) gemeint (Lawton, 1974, S.257; Yeom, Fleury & Keller, 2008, S.133). Als ein weiteres Kennzeichen der Risikofaktoren für Einsamkeit gelten die Verhältnisse zwischen der familiären Gruppe und der außerfamiliären Gruppe z.B. „die Scheidung eines Kindes oder die Langzeiterkrankung des Partners“ (de Jong-Gierveld, 1998, S.75). Auch die in einer Gesellschaft herrschenden Normen und Werte sowie die damit verbundenen sozialen oder kulturellen Erwartungen gegenüber der Rolle von älteren Menschen, können Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit darstellen (ebd., S.75). Zusätzlich können auch die individuellen Einschränkungen der sozialen Eigenschaften eine Gefahr dafür

darstellen, von Einsamkeit und sozialer Isolation betroffen zu werden. Dazu zählen „Selbstwertgefühl, Ohnmacht, Gefühle der Ablehnung, Erwartungen an die eigene Wirksamkeit, selbst empfundener Mangel an Offenheit gegenüber anderen - und Persönlichkeitsmerkmale“ (de Jong-Gierveld, 1998, S.75). Materielle Umstände wie Armut, begrenzte Bildung und geringes Haushaltseinkommen sind ebenfalls Einflussfaktoren (Wilson et al., 2007, S.236). Die Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation lassen sich in fünf Gruppen aufteilen 1. die materiellen Umstände, 2. die gesundheitlichen Ressourcen, 3. die soziodemographischen Ressourcen, 4. die sozialen Ressourcen und 5. die individuellen Persönlichkeitsmerkmale der alten Menschen (Victor et al., 2005, S.359).

6.2 Erläuterung zu den Risikofaktoren

Die objektive soziale Isolation und das subjektiv empfundene Gefühl der Einsamkeit sind durch verschiedene Faktoren welche zugleich auch als Merkmale dienen gekennzeichnet. Hierzu zählen „die vorhandenen Beziehungen, die vorhanden sind und die Beziehungen, die nicht (oder nicht mehr) vorhanden sind; die Bedeutung der vermissten Beziehungen; die zeitliche Perspektive und die Möglichkeiten, die man sieht, um das eigene Beziehungsnetz zu erweitern; Persönlichkeitsmerkmale wie Schüchternheit, soziale Fähigkeiten und Durchsetzungsvermögen; und das Selbstkonzept“ (de Jong-Gierveld, 1998, S. 74). Durch die individuelle Bewertung dieser Merkmale werden diese zu den bestimmenden Faktoren für die subjektive Empfindung von Einsamkeit und des persönlichen Netzwerkes (ebd., S.74). Aber es gibt natürlich nicht nur individuelle Einflussfaktoren der persönlichen Ressourcen, denn es wirken auch externe Faktoren wie der gesellschaftliche Einfluss durch die sozialen Normen und Werte auf das persönliche Netzwerk (ebd., S.74). Zu den bedeutsamsten gesellschaftlichen Einflussfaktoren zählen die Beziehung zu einem intimen Partner (Ehe) und natürlich die Familie. Weitere Formen zusammenführender gesellschaftlicher Strukturen sind Kirchenzugehörigkeit, Beteiligung am Erwerbsleben, Freiwilligenarbeit und die Mitgliedschaft in Vereinen (de Jong-Gierveld & Van Tilburg, 1995, S.156). Ergänzend werden diese durch das Geflecht vertraulicher enger Verbindungen (z.B. Freundschaften), durch welche der Mensch ein Zugehörigkeitsgefühl, Zusammenhalt erfährt und Schutz vor Einsamkeit erfährt (de Jong-Gierveld, 1998, S. 74). Die meisten Einflussfaktoren oder Auslöser der Einsamkeit wirken wechselseitig, und es ist schwierig die verborgenen Zusammenhänge zu entschlüsseln. So beeinflusst Einsamkeit beispielsweise die körperliche und geistige Gesundheit (siehe oben Abschnitt 1 & 2), aber der Gesundheitszustand wirkt gleichzeitig auch auf die Einsamkeit und auf die soziale Integration. Es besteht die Möglichkeit, „dass soziale Integration und Abwesenheit von Einsamkeit die Gesundheit schützen“ (ebd., S.75). Um diese undurchsichtigen Strukturen zwischen den körperlichen, geistigen, demografischen sowie soziostrukturellen Verbindungen erklärbarer zu machen,

haben verschiedene Forscher und Forscherinnen Modelle sowie Theorien dazu erstellt (Peplau & Perlman, 1982; Creecy et al., 1985). Dabei geht es meistens darum, wie es Menschen möglich ist, schlüssige funktionierende soziale Netzwerke aus engen und entfernten Kontakten zu kreieren (de Jong-Gierveld, 1998, S.75). Hier wird von der Annahme ausgegangen, dass die älteren Menschen es selbst in den Händen hätten, und es von den persönlichen Entscheidungen abhängig wäre, inwiefern sie sich um Zugehörigkeit, ein Ehrenamt, den Aufbau und die Pflege von Beziehungen bemühen und somit ihr soziales Netzwerk gestalten möchten. Begründen ließe sich dies damit, dass sich der ältere Mensch oder das Paar „sich freiwillig für eine bestimmte Kombination von Gütern und häuslichen Dienstleistungen (Privatsphäre, Autonomie, Gesellschaft) entscheiden“ (ebd., S.75). Dagegen spricht die große Zahl von externen Risikofaktoren (siehe oben) für objektive soziale Isolation und subjektiv empfundene Einsamkeit. So zeigt sich, dass eine große Anzahl von Faktoren einen Einfluss ausüben, diese oft miteinander verbunden sind, oft wechselseitig wirken und gleichzeitig Indikatoren für ein produktives Altern und Teilhabe im Alter darstellen.

7.Kapitel: Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die Themen der Einsamkeit der sozialen Isolation und ihre gesundheitlichen Folgen anhand von Definitionen und Forschungsprojekten erläutert. Der nun folgende Teil beschäftigt sich damit, welche Interventionsmöglichkeiten für die soziale Arbeit bestehen. Damit Menschen im hohen Alter möglichst viel Lebensqualität und Teilhabe genießen können und die Auswirkungen von Einsamkeit bekämpft werden. Die weiter oben deutlich gemachten Auswirkungen der Einsamkeit zeigen wie wichtig es ist, die Risiken für Einsamkeit sowie die Folgen zu minimieren. Ein wichtiger Punkt der durch die Soziale Arbeit weiter fokussiert werden muss, besteht darin, dieses Problem weiterhin in den Blickpunkt der Politik zu bringen und somit Forschungen auf diesem Gebiet zu ermöglichen und den einsamen Menschen eine Stimme zu verschaffen, wodurch die Öffentlichkeit weiter für dieses Thema sensibilisiert wird. Weiter sollten Projekte geschaffen werden, in denen die Barrieren, welche durch gesundheitliche Einschränkungen im Alter entstehen, abgebaut werden können. Durch einen sozialräumlichen Blick können die verschiedenen sozialen Dienstleister in Quartieren sich besser vernetzen und gemeinsam gegen die Vereinsamung agieren. Es wird in Zukunft auch weiterhin eine große Aufgabe sein, die ambulanten Hilfsstrategien weiter auszubauen, damit mehr alte Menschen länger in der eigenen Häuslichkeit ein selbst bestimmtes Leben führen können. Mit Hilfe der Gemeinwesenarbeit kann es gelingen, intergenerationelle sowie interkulturelle Projekte zu unterstützen, wodurch mehr ehrenamtliche Projekte zur Förderung der Teilhabe älterer Menschen geschaffen werden könnten. Es sollten auch mehr Bewegungsangebote, kulturelle Angebote und Ausflüge, welche auch für ältere Menschen mit funktionalen Einschränkungen zu bewältigen sind, geschaffen werden, damit die Auswirkungen durch eine eingeschränkte körperliche Gesundheit im Alter gemindert werden können, wodurch sie länger in der Gemeinschaft aktiv bleiben können und somit mehr Möglichkeiten für soziale Kontakte bekommen. Auch durch das Schaffen von mehr Einrichtungen zum Treffen und kostengünstiger Versorgung mit regelmäßigen Mahlzeiten kann dabei helfen soziale Kontakte zu knüpfen. Dort könnte auch durch niederschwellige Hilfen bei der Beantragung von Hilfen zur Unterstützung im Alltag geholfen werden, um Hürden abzubauen und mehr Teilhabe zu ermöglichen. Intergenerationelle Wohnprojekte sollten auch weiter vorangebracht werden, zur besseren Versorgung der Alten und sie so direkt in nachbarschaftliche Gemeinschaften einzubinden. Der Fokus sollte also auch in Zukunft darauf liegen, möglichst viele Angebote zu schaffen, um entstehende Hürden abzubauen, eine bessere und längere gesellschaftliche Integration zu fördern und durch Einflussnahme auf die Politik und die Gesellschaft eine gerechtere Versorgung zu schaffen.

7.1 Innovative Projekte zur Bekämpfung von Einsamkeit

In Zusammenarbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft der -Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO) und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurde der Bundesweitewettbewerb „Einsam? Zweisam? Gemeinsam!“ durchgeführt. Es beworben sich 600 innovative Projekte und Initiativen aus denen 2019 schließlich 15 Gewinner ausgewählt wurden und sich Preisgelder im Gesamtwert von 22.500€ teilen durften (BAGSO, URL.). Einige der Projekte nutzen neue und alte Medien, um Senioren und Seniorinnen mehr Wege der Teilhabe und Kontakte zu ermöglichen. Ein sehr niedrigschwelliges Projekt wurde in Bad Bergzabern durch das örtliche protestantische Dekanat ins Leben gerufen. Der Name des Projekts lautet „Telefonring“. Die angemeldeten Personen werden hier in kleine Gruppen zwischen 4 und 6 Menschen eingeteilt und rufen sich zu vereinbarten Zeiten einmal pro Tag nacheinander an, bis der Ring wieder geschlossen ist. Die Idee war zu schauen, ob es allen gut geht, aber es hat sich weiter entwickelt zu gemeinsamen Unternehmungen und Treffen (BAGSO Themenheft, 2021, S.6, URL.). Es haben sich ähnliche Projekte in anderen Städten gegründet und der Verein Silbernetz ev. Vermittelt mittlerweile Teilnehmer in ganz Deutschland. Auch rund um den Computer und das Internet sind Angebote geschaffen worden um älteren Menschen den Weg ins Internet zu ebnen, durch spezielle Kurse (mit Aufklärung zu den Gefahren) oder Kontaktgruppen in sozialen Netzwerken um Gleichgesinnte zu treffen (ebd., S. 7 f.). Andere Projekte haben den Fokus auf dem Thema Wohnen. Sie gründen Genossenschaften für eigens geplante Wohnprojekten, wo verschiedene Generationen in einer engen Gemeinschaft leben und sich gegenseitig unterstützen. Es gibt Projekte, wo junge Menschen Ältere bei den täglichen Erledigungen und anfallenden Arbeiten unterstützen, Projekte, in denen Kommunen und Wohnungsgenossenschaften um Wohnquartiere barrierefrei zu gestalten und kurze Wege zu Hilfen zu ermöglichen und es sind Projekte entstanden, in denen Auszubildenden und Studenten direkt bei den älteren Menschen mit einziehen und diese in einer Art WG leben und statt Miete zu zahlen ein Kontingent an Arbeitsstunden zur Hilfe und Unterstützung ableisten. Diese Projekte versuchen durch die Schaffung einer möglichst barrierefreien Umgebung, den Alten ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen und dies in Verbindung mit einer guten sozialen Integration (BAGSO Themenheft, 2021, S.9 ff., URL.). Um gerade den älteren Bewohnerinnen und Bewohnern von sehr ländlichen Regionen zu helfen, haben Gemeinden Projekte geschaffen, in denen begleitete Shuttel-Service alte Menschen zu Einkäufen fahren und sie dabei begleiten. Dies beseitigt die Barrieren welche durch einen schlechten oder zu beschwerlichen öffentlichen Nahverkehr entstanden sind und steigert damit die Teilhabe und Lebensqualität der älteren Landbevölkerung (ebd., S.12 ff.). Bei wieder anderen Projekten steht das Zusammenkommen im Mittelpunkt. Dort wird sich getroffen, um über

aktuelle Themen der Alten zu sprechen und gemeinsame Ausflüge geplant und unternommen, wer nicht mehr dazu in der Lage ist die eigene Wohnung zu verlassen, wird von der Gruppe mit Kaffee, Kuchen und Gesangsbuch Zuhause besucht. Es gibt Initiativen, in denen öffentliche Parks und Friedhöfe von gemischten ehrenamtlichen Gruppen gepflegt werden. Andere haben Creative Ansätze, mit denen sie sich über die Biografien mit Hilfe von Texten, Comics, Collagen und Liedern austauschen oder basteln und diskutieren zum Kennenlernen (BAGSO Themenheft, 2021, S.13 ff.). Solche Ansätze unterstützen beim Kennenlernen und dem Schaffen einer Gemeinschaft als Gegenpol zur Einsamkeit. Ein weiteres Mittel zur Bekämpfung der Einsamkeit sind Bürgertreffs, Nachbarschaftsgruppen und Suppenküchen. In diesen Projekten geht es ums Kochen und Essen in der Gemeinschaft, wobei die Menschen schnell miteinander ins Gespräch kommen. Hier gibt es verschiedenen Ansätze, die von Suppenküchen und Bewohnertreffs, in denen kostengünstig gegen eine kleine Spende Mittag gegessen werden kann, bis zu nachbarschaftlich organisierten Internationalen Kochevents, wo Menschen aus verschiedenen Ländern und aus verschiedenen Altersgruppen zusammen kommen und Gerichte aus ihrer Heimat präsentieren und kosten können (ebd., S.18 ff.). Andere Initiativen haben einen kulturellen Ansatz, um Menschen miteinander zu verbinden. Hier gibt es Angebote wie Malkurse in der Gemeinschaft, gemeinsame Besuche von Ausstellungen und Hilfen beim Besuch von Theater, Kino oder Bibliothek (ebd., S. 21 ff.). Um Bewegung an der frischen Luft geht es bei eher sportlichen Ansätzen, wo sich Gruppen von Älteren treffen, um gemeinsam in der Öffentlichkeit aktiv zu sein z.B. Nordic Walking, Boole spielen, Tanzkurse oder niederschwellige Bewegungsangebote zur Aufrechterhaltung der Mobilität (ebd., S.24 ff.). Einen anderen Weg zur besseren Integration und Teilhabe alter Menschen geht der Verein Zeitbankplus-Lörrach. Dieses Projekt setzt auf gegenseitige ehrenamtliche Unterstützung von Jung und Alt, Menschen die Hilfe bei einer Sache brauchen die sie nicht alleine schaffen, werden von anderen Bürgern dabei unterstützt und diese bekommen dafür so genannte „Zeitschecks“, welche sie wiederum bei einem Hilfebedarf einlösen können. Zum Beispiel helfen junge Menschen Älteren im Garten oder mit dem Computer und diese wiederum unterstützen bei der Kinderbetreuung oder durch Backen eines Geburtstagskuchens (ebd., S.27 ff., URL.). Solche und andere Projekte setzen auf das Prinzip der gegenseitigen Hilfe und helfen so dabei, ältere Menschen intergenerational zu vernetzen, ihnen ein Gefühl zu geben, weiterhin ein produktives und wichtiges Mitglied der Gesellschaft zu sein und schaffen so mehr Lebensqualität und Teilhabe. Es gibt viele weitere interessante und innovative Ansätze zur Bekämpfung der Einsamkeit und sozialen Isolation. Die Projekte dieses Wettbewerbs machen deutlich, dass sehr viel Potential im Ehrenamt und sozialen Initiativen steckt und die Politik mit Wettbewerben und Preisen sowie anderen

Förderprogrammen diese weiterhin unterstützen und voranbringen muss, um die gesellschaftliche Integration und Teilhabe alter Menschen weiter zu fördern.

8.Kapitel: Schlussteil Ergebnis, Diskussion & Zusammenfassung

8.1 Ergebnis

Die Frage dieser Arbeit: „Welche Auswirkungen hat Einsamkeit auf die Gesundheit älterer Menschen?“ konnte beantwortet werden. Im Laufe der Bearbeitung wurde gezeigt, dass es zu erheblichen gesundheitlichen Auswirkungen durch Einsamkeit im Alter kommen kann. Es wurde gezeigt, dass sich Einsamkeit im Alter auf die funktionale Gesundheit, die subjektive Gesundheit sowie auf chronische Krankheiten auswirkt und dadurch die Mortalität beeinflusst (Sugisawa, Liang & Liu, 1994, S.10; Penninx et al., 1997, S.517; Luo et al., 2012;). Einsamkeit gilt als ein wichtiger Risikofaktor für Depressionen, wodurch es zu einem beschleunigten funktionellen Verfall kommt und somit die Sterblichkeit erhöht wird (Singer, 2018, S.6). Es wurde ein erhöhtes Risiko für eine Erkrankung an Alzheimer Demenz mit Einsamkeit in Verbindung gebracht (Wilson et al., 2007) und dass durch anhaltende Gefühle von Einsamkeit eine dauerhaft verschobene Cortisolgrundlinie entstehen kann, was wiederum die Gesundheit und das Funktionieren beeinflusst (Adam, 2006, S.1761). Dazu fanden andere Forschende heraus, dass durch einen höheren Cortisolspiegel bei älteren Menschen mit Herzerkrankungen das Mortalitätsrisiko steigt (Güder et al., S.1754). Wodurch die Frage umfangreich und deutlich beantwortet werden konnte.

8.2 Diskussion

Es wurde aber auch deutlich, dass gerade die große Vielfalt der Einsamkeitsgefühle und deren Auswirkungen in zukünftigen Forschungen weiter untersucht und geklärt werden müssen. So gab es viele Unterschiede in den Studien bei der Messung, der untersuchten Gruppen und der Auswirkungen von Einsamkeit. Die großen gesundheitlichen Veränderungen im Alterungsprozess und die negative Verstärkung dieser durch das Empfinden der Einsamkeit wurde deutlich. So ist hier ein ernstzunehmendes Risiko für ältere Menschen deutlich geworden, an dessen Minderung in Zukunft mit einem größeren Fokus weitergearbeitet werden muss. Mit weiteren Langzeitstudien sollte das Problem der gesundheitlichen Auswirkungen von Einsamkeit noch intensiver untersucht werden, da weiteres Wissen über Einsamkeit sehr wichtig ist, um die negativen Auswirkungen einschränken zu können, mehr Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln und den politischen Fokus gerade mit Blick auf eine immer älter werdende Gesellschaft noch mehr auf dieses Problem zu legen. Gleichzeitig sollte mehr in die Vorsorge gegen Einsamkeit investiert werden und das ehrenamtliche Engagement in diesem Bereich noch mehr gefördert werden, da diese Ausgaben sich vermutlich durch spätere Einsparungen im Gesundheitsbereich wieder amortisieren werden. Es konnte nicht genau nachgewiesen werden,

über welche Wege die Einsamkeit auf die funktionale Gesundheit, die psychische Gesundheit und das Sterberisiko wirkt. Hier konnten nur Folgen der Einsamkeit erforscht werden. Somit bleibt die Frage: „Über welche Wege die Einsamkeit die hier zusammengeführten gesundheitlichen Folgen verursacht?“ offen und bildet somit einen Auftrag an zukünftige Forschungen zu diesem Thema.

8.3 Zusammenfassung

Am Anfang dieser Arbeit wurden die wichtigsten Begriffe: Einsamkeit, soziale Isolation, Alleinleben, Einzelgängertum und Zurückgezogenheit anhand von gängigen Definitionen herausgearbeitet. Es wurden die verschiedenen Dimensionen, Auftreten und Folgen der Einsamkeit auf die Gruppe der alten Menschen aufgezeigt. Die soziale Isolation wurde von der Einsamkeit abgegrenzt und es wurden die wechselseitigen Beziehungen und die Auswirkungen für die Gruppe der Alten aufgezeigt. Im Anschlusskapitel wurde das Thema der Gesundheit und dessen Auswirkungen im Alter beschrieben. Dafür wurde zu Beginn der allgemeine Begriff der Gesundheit behandelt. Im Anschluss wurden die für Senioren und Seniorinnen wichtigen Kategorien der funktionalen Gesundheit, subjektiven Gesundheit und psychischen Gesundheit betrachtet. Hier wurden die durch den Alterungsprozess bedingten körperlichen und geistigen Abbauprozesse beschrieben sowie die damit verbundenen Folgen für alte Menschen dargelegt. Danach wurde die sozial ökologische Determinante von Gesundheit und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Morbidität und Lebensqualität für Senioren und Seniorinnen behandelt. Der nächste Abschnitt dieser Arbeit beschäftigte sich mit den vorhandenen Messinstrumenten und Studien zum Thema Einsamkeit und Gesundheit im Alter. Hierfür wurden die 3 wichtigen Messinstrumente UCLA-Skala, de Jong Skala und der Deutsche Alterssurvey zu diesem Thema betrachtet und näher erklärt. Im Anschluss wurde die Frage dieser Arbeit mit Hilfe von verschiedenen wissenschaftlichen Studien bearbeitet, welche deutliche Ergebnisse für die negativen gesundheitlichen Folgen der Einsamkeit lieferten. Danach ging es darum, Probleme der Studien und Messungen zu benennen. Im Anschluss wurden die Risikofaktoren für Einsamkeit und soziale Isolation bei älteren Erwachsenen herausgearbeitet und die Zusammenhänge zwischen den Faktoren und dem Entstehen von Einsamkeit genauer erläutert. Im darauffolgenden Kapitel wurde sich damit beschäftigt, welche Interventionsmöglichkeiten, aufgrund der gefundenen Ergebnisse für die soziale Arbeit bestehen und ein Ausblick auf innovative Projekte gegeben. Zum Schluss wurde das Ergebnis präsentiert und diskutiert.

Quellenverzeichnis

- Adam, E. K., Hawkley, L. C., Kudielka, B. M., & Cacioppo, J. T. (2006). Day-to-day dynamics of experience–cortisol associations in a population-based sample of older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *103*(45), 17058-17063. <https://doi.org/10.1073/pnas.0605053103>
- Auné, S. E., Abal, F. J. P., & Attorresi, H. F. (2022). Modeling of the UCLA loneliness scale according to the multidimensional item response theory. *Current Psychology*, *41*, 1213-1220. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00646-y>
- BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (2021). *Gemeinsam statt einsam – Initiativen und Projekte gegen soziale Isolation im Alter*. Stand 25 Juni 2022. https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2019/BAGSO_Themenheft_Gemeinsam_statt_einsam_barrierefrei.pdf
- Bath, P., Deeg, D., & Poppelaars, J. (2010). The harmonisation of longitudinal data: A case study using data from cohort studies in The Netherlands and the United Kingdom. *Ageing and Society*, *30*(8), 1419-1437. <https://doi:10.1017/S0144686X1000070X>
- Belcher, M. (1973). *The measurement of loneliness: A validation study of the Belcher Extended Loneliness Scale (BELS)*. (Publication No. 7416990) [Doctoral dissertation, Illinois Institute of Technology]. Proquest Dissertations Publishing.
- Bernard, J. E. R. (2018). Depression: A review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, *5*(1), 6-7. <https://doi.org/10.15406/mojamt.2018.05.00082>
- Bilsky, W., & Hosser, D. (1998). Soziale Unterstützung und Einsamkeit: Psychometrischer Vergleich zweier Skalen auf der Basis einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Journal of Differential and Diagnostic Psychology*, *19*(2), 131-145. URL: <https://d-nb.info/1190724855/34>
- Boffo, M., Mannarini, S., & Munari, C. (2012). Exploratory structure equation modeling of the UCLA loneliness scale: A contribution to the Italian adaptation. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, *19*(4), 345-363. <https://doi:10.4473/TPM19.4.7>
- Bradley, R. (1969). *Measuring loneliness*. [Unveröffentlichte Dissertation]. Washington State University.

- BAGSO - Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (2019). *Wettbewerb „Einsam? Zweisam? Gemeinsam!“ Die Preisträger*. Stand 22 Juni 2022. <https://www.bagso.de/themen/einsamkeit/preistraeger-wettbewerb/>
- Bundesgesetzblatt Teil II. (1974). Satzung der Weltgesundheitsorganisation vom 22.07.1947. Hrsg. Bundesanzeiger GmbH, Köln. Nr.4, (S.45-63). URL: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl274s0043.pd
- Bundesministerium des Inneren und für Heimat. (2022). *Heimat & Integration, Demographie Radar*. Stand 28 Juni 2022. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/demografie/demografie-radar/demografie-radar-node.html>
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., & Boomsma, D. I. (2013). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 1-19. <https://doi:10.1080/02699931.2013.837379>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R., & Hobson, J. A. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13(4), 384–387.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>
- Creecy, R. F., Berg, W. E., & Wright, R. Jr. (1985). Loneliness among the elderly: a causal approach. *Journal of Gerontology*, 40(4), 487–493. <https://doi.org/10.1093/geronj/40.4.487>
- de Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (1995). Social relationships, integration, and loneliness. In C. P. M. Knipscheer, J. de Jong Gierveld, T. G. van Tilburg, & P. A. Dykstra (Eds.), *Living arrangements and social networks of older adults* (pp. 155-172). Amsterdam: VU University Press. <https://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/lsn/1995%20LSN%20chap%209.PDF>

- de Jong-Gierveld, J., & van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging, 28*(5), 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- de Jong-Gierveld, J. (1984). *Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek*. <https://research.vu.nl/ws/files/73664616/de%20Jong%20Gierveld%201984>
- de Jong-Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concepts and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology, 8*, 73-80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- de Jong-Gierveld, J., & Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement, 9*(3), 289–299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- Destatis (1), Statistisches Bundesamt. (2022). *Haushalte und Familien: Alleinlebende*. Stand 8 Mai 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Glossar/alleinlebende.html#:~:text=Alleinlebende%20sind%20Personen%20%20die%20in,sind%20eine%20Untergruppe%20der%20Alleinstehenden>
- Destatis (2), Statistisches Bundesamt. (2022). *Pressemitteilung Nr. N 057 vom 29. September 2021*. Stand 8 Mai 2022. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_N057_12411.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20\(Destatis,es%20noch%205%20C1%20Millionen](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_N057_12411.html#:~:text=Wie%20das%20Statistische%20Bundesamt%20(Destatis,es%20noch%205%20C1%20Millionen)
- Durak, M., & Senol-Durak, E. (2010). Psychometric qualities of the UCLA Loneliness Scale-Version 3 as applied in a Turkish culture. *Educational Gerontology, 36*, 988-1007. <https://doi:10.1080/03601271003756628>
- Dykstra, P. A. (1993). The differential availability of relationships and the provision and effectiveness of support to older adults. *Journal of Social and Personal Relationships, 10*(3), 355–370. <https://doi.org/10.1177/0265407593103004>
- DZA (Deutsches Zentrum für Altersfragen). (2022). *Forschung Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Stand 17 Juni 2022. <https://www.dza.de/forschung/deas>

- DZA 2 (Deutsches Zentrum für Altersfragen). (2022). *Deutscher Alterssurvey (DEAS) Befragungsschwerpunkte*. Stand 18 Juni 2022.
<https://www.dza.de/forschung/deutscher-alterssurvey/befragungsschwerpunkte>
- Franssen, T., Stijnen, M., Hamers, F. et al. (2020). Age differences in demographic, social and health-related factors associated with loneliness across the adult life span (19–65 years): a cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Public Health*, *20*, 1118.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09208-0>
- Franzkowiak, P., & Hurrelmann, K., (2018). *Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. <https://doi:10.17623/BZGA:224-i023-1.0>
- Fröhlich, G. (2008). Kritik der Gesundheit. In T. Kingreen, & B. Laux, B. (Eds.), *Gesundheit und Medizin im interdisziplinären Diskurs*. Springer.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2), 231–233.
<https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Güder, G., Bauersachs, J., Frantz, S., Weismann, D., Allolio, B., Ertl, G., Angermann, C. E. & Störk, S. (2007). Complementary and incremental mortality risk prediction by cortisol and aldosterone in chronic heart failure. *Circulation*, *115*(13), 1754-1761.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.653964>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(2), 218–227.
<https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hawkley, L. C., Burleson, M. H., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(1), 105–120.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.1.105>
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2009). Loneliness predicts reduced physical activity: cross-sectional & longitudinal analyses. *Health Psychology*, *28*(3), 354–363.
<https://doi.org/10.1037/a0014400>

- Holmé, K., Ericsson, K., & Winblad, B. (1994). Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22(1), 15–19.
<https://doi.org/10.1177/140349489402200103>
- HRS University of Michigan. (2022). *HRS: The University of Michigan Health and Retirement Study*. Stand 19 Juni 2022. URL: <https://hrs.isr.umich.edu/about>
- Huxhold, O., & Engstler, H. (2019). Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Eds.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (pp. 71-89). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_5
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(3), 21-37.
<https://doi.org/10.2307/2955359>
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1995). Self-ratings of health: Do they also predict change in functional ability? *The Journals of Gerontology B*, 50(6), 344–353.
<https://doi.org/10.1093/geronb/50B.6.S344>
- Klaus, D., Engstler, H. & Vogel, C., (2019). Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Eds.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (pp. 17-34). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_2
- Kraus, L. A., Davis, M. H., Bazzini, D., Church, M., & Kirchman, C. M. (1993). Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of social provisions. *Social Psychology Quarterly*, 56(1), 37–53. <https://doi.org/10.2307/2786644>
- Amsterdam UMC. (2022) *Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)*. Stand 19 Juni 2022.
<https://lasa-vu.nl/>
- Lawton, M. P. (1974). Social ecology and the health of older people. *American Journal of Public Health*, 64(3), 257-260.
<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.64.3.257>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74(6), 907–914.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>

- Menning, S., Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese, T. (Eds.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (pp. 63-78). Robert Koch-Institut, Berlin.
https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf?sequence=1
- Murtagh, K. N., Hubert, H. B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health, 94*(8), 1406-1411.
<https://doi:10.2105/ajph.94.8.1406>
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., Clifton, R. A., Perry, R. P., Swift, A. U., & Ruthig, J. C. (2009). Causal beliefs, social participation, and loneliness among older adults: A longitudinal study. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*(2-3), 273-290.
<https://doi.org/10.1177/0265407509106718>
- Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology, 62*(4), 443-449.
<https://doi.org/10.1159/000441651>
- Penninx, B. W., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J., & van Eijk, J. T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology, 146*(6), 510–519. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009305>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons, Wiley-Interscience.
- Perissinotto, C.M., & Covinsky, K.E. (2014). Living alone, socially isolated or lonely: What are we measuring?. *Journal of General Internal Medicine, 29*, 1429–1431.
<https://doi.org/10.1007/s11606-014-2977-8>
- Pressman, S. D., Cohen, S., Miller, G. E., Barkin, A., Rabin, B. S., & Treanor, J. J. (2005). Loneliness, social network size, and immune response to influenza vaccination in college freshmen. *Health Psychology, 24*(3), 297–306. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>

- Pretorius, T. B. (1993). The metric equivalence of the UCLA Loneliness Scale for a sample of South African students. *Educational and Psychological Measurement*, 53(1), 233–239. <https://doi.org/10.1177/0013164493053001026>
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – A population-based study. *Gerontology*, 52, 181-187. <https://doi.org/10.1159/000091828>
- Rush University. (2022). *Memory and Aging Project*. Stand 20 Juni 2022. <https://www.rushu.rush.edu/research/departamental-research/memory-and-aging-project>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. [https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Russel Peplau Ferguson 78.pdf](https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Russel%20Peplau%20Ferguson%2078.pdf)
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.39.3.472>
- Sacchi, C., & Richaud de Minzi, M. C. (1997). La escala revisada de soledad de UCLA: Una adaptación argentina. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 6(1), 43–53.
- Schlipfenbacher, C. & Jacobi, F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum*, 22(1), 2-5. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.012>
- Schöppe, S., Neuber, A., Schwartz, F., Fischer, C., Flick, U. & Walter, U. (2003). Vorstellungen von Gesundheit in Fachzeitschriften. *Public Health Forum*, 11(1), 19-20. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2003-1947>
- Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2012). Use of direct versus indirect approaches to measure loneliness in later life. *Research on Aging*, 34(5), 572–591. <https://doi.org/10.1177/0164027511423258>

- Singer, C. (2018). Health effects of social isolation and loneliness. *Journal Aging Life Care*, 28, 4-8.
https://www.aginglifecare.org/ALCA_Web_Docs/journal/ALCA%20Journal%20Sp18_FINAL.pdf#page=4
- Spuling, S. M., Cengia, A., & Wettstein, M. (2019). Funktionale und subjektive Gesundheit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Eds.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (pp. 35-52). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_3
- Statistisches Bundesamt. (15 Dezember 2020). *Anzahl der zu Hause sowie in Heimen versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland in den Jahren 1999 bis 2019*. In Statista Zugriff. Stand 26. Juni 2022.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36438/umfrage/anzahl-der-zu-hause-sowie-in-heimen-versorgten-pflegebeduerftigen-seit-1999/>
- Sugisawa, H., Liang, J., & Liu, X. (1994). Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, 49(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1093/geronj/49.1.S3>
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6(4), 267-275.
<https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>
- Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(6), 357-375. <https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332>
- Weiss, R. S. (1974). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge MA: MIT Press.
- Wenger, G., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society*, 16(3), 333-358.
<https://doi:10.1017/S0144686X00003457>
- Wettstein, M., & Spuling, S. M., (2019). Lebenszufriedenheit und depressive Symptome bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In C. Vogel, M. Wettstein, & C. Tesch-Römer (Eds.), *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte* (pp. 55-70). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_4

- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Steven E. Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*(2), 234–240. <https://doi:10.1001/archpsyc.64.2.234>
- World Health Organization (WHO 1). (2017). *Mental health strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (WHO 2). (2017). *Mental health of older adults*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Wu, C., & Yao, G. (2008). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-8) in Taiwanese undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, *44*, 1762-1771. <https://doi:10.1016/j.paid.2008.02.003>
- Wurm, S., Lampert, T., Menning, S. (2009). Subjektive Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese (Eds.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter* (pp. 79-91). Robert Koch-Institut, Berlin. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf?sequence=1
- Yeom, H. A., Fleury, J., & Keller, C. (2008). Risk factors for mobility limitation in community-dwelling older adults: a social ecological perspective. *Geriatric Nursing*, *29*(2), 133-140. <https://www.academia.edu/download/48774531/j.gerinurse.2007.07.00220160912-11773-1kgmq9m.pdf>