



KOMPETENZNETZ
EINSAMKEIT

KNE Expertise 13/2023

KONZEpte GEGEN EINSAMKEIT IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Prof. Dr. Claus Wendt

www.kompetenznetz-einsamkeit.de

|2|

Vorwort

Das Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) setzt sich mit den Ursachen, Erlebensweisen und Folgen von Einsamkeit auseinander und fördert die Erarbeitung und den Austausch über mögliche Präventions- und Interventionsmaßnahmen in Deutschland. Dazu verbindet das KNE Forschung, Netzwerkarbeit und Wissenstransfer.

Darüber hinaus unterstützt und begleitet das KNE das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) bei der Erarbeitung einer Strategie gegen Einsamkeit sowie bei der Organisation eines breiten Beteiligungsprozesses in diesem Zusammenhang. Die Strategie gegen Einsamkeit umschließt alle Altersgruppen und alle Menschen, die aufgrund ihrer Lebensführung in bestimmten Lebensphasen von Einsamkeit betroffen sein können. Ziel ist, Einsamkeit stärker zu beleuchten und zu begegnen.

Im Rahmen der KNE Expertisen wird das vorhandene Wissen zu ausgewählten Fragestellungen zur Vorbeugung und Bekämpfung von Einsamkeit durch ausgewiesene Expert*innen gebündelt und einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Die Erkenntnisse der Expertisen sollen einen fachlichen Diskurs und die evidenzbasierte Weiter-/ Entwicklung von Maßnahmen gegen Einsamkeit fördern und dienen nicht zuletzt auch als wichtige Informationsquelle für die Arbeit des KNE.

Bei Fragen und Hinweisen zu den KNE Expertisen treten Sie gerne mit uns in Kontakt. Nähere Informationen zum KNE, den einzelnen Expertisen und zu den Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter: www.kompetenznetz-einsamkeit.de

Das KNE ist ein Projekt des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS e.V.) und wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Inhalt

Vorwort	3
1 Einleitung	7
2 Soziodemografie und -geografie von Einsamkeit im internationalen Vergleich	9
3 Folgen von Einsamkeit im internationalen Vergleich	18
4 Ursachen von Einsamkeit im internationalen Vergleich	27
4.1 Einkommen	30
4.2 Armut	31
4.3 Arbeitslosigkeit	32
4.4 Bildung	33
4.5 Pflegebedürftigkeit	34
4.6 Gesundheit	35
5 Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Einsamkeit im internationalen Vergleich	38
5.1 Indirekte und institutionelle Maßnahmen gegen Einsamkeit	39
5.1.1 Kinderbetreuung	41
5.1.2 Schulen	42
5.1.3 Vereine	42
5.1.4 Gesundheitssystem	44
5.1.5 Pflegesystem	46
5.1.6 Einsamkeit im Wohlfahrtsstaat	47

5.2 Direkte Maßnahmen gegen Einsamkeit	49
5.2.1 Internationale und nationale Organisationen	49
5.2.2 Nationale und lokale Strategien und Maßnahmen	51
5.2.2.1 Programme für ältere Menschen	54
5.2.2.2 Programme bei mentalen Problemen	60
5.2.2.3 Nachbarschaftsprogramme	62
5.2.2.4 E-Interventionen	64
5.2.2.5 Typen von Interventionen	66
6 Evaluation von Maßnahmen gegen Einsamkeit	69
7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Einsamkeit	73
8 Literaturverzeichnis	81
Impressum	95

Prof. Dr. Claus Wendt ist Professor am Lehrstuhl für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems an der Universität Siegen. Zu seinen Forschungsthemen gehören die international vergleichende Wohlfahrtsstaats-, Gesundheitssystem-, Gesundheits- und Ungleichheitsforschung.

1 Einleitung

Einsamkeit hat mehrere Dimensionen und gravierende individuelle sowie gesellschaftliche Folgen (Cacioppo et al. 2015; Yanguas et al. 2018; Sandu et al. 2021). Bei der emotionalen Dimension lautet die Frage, ob sich Menschen als einsam empfinden. Bei der strukturellen oder sozialen Dimension ist der Fokus darauf gerichtet, ob Menschen systematisch vom gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen werden. Zu den Folgen gehören Belastungen der Gesundheit und dadurch des Gesundheitssystems sowie eine Schwächung des sozialen Zusammensinns in der Gesellschaft, die mit einer abnehmenden Akzeptanz sozialer Sicherungssysteme einhergehen kann und dazu beiträgt, dass sich weitere Mitglieder aus der Gesellschaft zurückziehen. Außerdem können die Innovationskraft und Kreativität, die im Austausch mit anderen Menschen entstehen, sinken (Yang/Victor 2011; Yang 2019). Diese Beispiele zeigen, wie wichtig es ist, sich wissenschaftlich, politisch und gesellschaftlich mit dem Thema der Einsamkeit zu beschäftigen und Konzepte zur Prävention sowie Reduktion von Einsamkeit zu entwickeln.

Dieser Beitrag befasst sich damit, welche Programme und Konzepte verschiedene Länder und internationale Organisationen entwickelt und z.T. implementiert haben, um Lösungen für das Problem der Einsamkeit und ihrer Folgen anzubieten. Es wird auch gefragt, ob es erste Hinweise dazu gibt, welche Maßnahmen sich als erfolgreich erwiesen haben. Es werden somit „best practice“-Beispiele aus einer international vergleichenden Perspektive vorgestellt.

Für die Entwicklung von Lösungen ist es wichtig, die Ursachen und Folgen von Einsamkeit zu verstehen. Deshalb werden in den Abschnitten 2 bis 4 zunächst die Soziodemografie der Einsamkeit sowie ihre Ursachen und Folgen aus einer international vergleichenden Perspektive skizziert. Dies ist wichtig, um einschätzen zu können, ob die vorgeschlagenen Lösungen an der richtigen Stelle ansetzen oder ob sie möglicherweise nur Symptome behandeln.

Der fünfte Abschnitt bildet den Kern dieses Beitrags. Bei den Maßnahmen gegen Einsamkeit wird zunächst aufgezeigt, welche institutionellen Regelungen bereits bestehen, mit denen Einsamkeit wirksam eingedämmt werden kann, ohne dass sie explizit zur Behebung dieses individuellen und gesellschaftlichen Problems entwickelt wurden (5.1). Viele dieser institutionellen Regelungen¹ wurden über mehrere Jahrzehnte hinweg aufgebaut und sind heute ein zentraler Bestandteil unserer Gesellschaft und politischen Kultur (Lepsius 2017; Wendt 2017). Wohlfahrtsstaatliche Institutionen wurden implementiert, um soziale Exklusion und somit ein Merkmal von Einsamkeit sowie grundlegende Ursachen und Folgen von Einsamkeit, wie z. B. Armut, zu bekämpfen.

In Abschnitt 5.2 werden Konzepte, Maßnahmen und Programme internationaler Organisationen und verschiedener Länder vorgestellt, die das Ziel haben, Einsamkeit zu verringern. Die im Ländervergleich dargestellten Programme wurden über eine umfassende Literaturrecherche sowie eine Recherche deutsch- und englischsprachiger Webseiten der entsprechenden Ministerien oder Organisationen identifiziert. Im sechsten Abschnitt werden erste Evaluationen bestehender Programme zur Prävention und zur Reduzierung von Einsamkeit vorgestellt und eine Einschätzung gegeben, welche Programme aus international vergleichender Perspektive besonders erfolgversprechend sind, um Einsamkeit und ihre Folgen nachhaltig zu lindern.

¹Gemäß der auf Max Weber zurückgehenden institutionentheoretischen Annahmen leiten Institutionen soziales Handeln an und haben dadurch in der Gesellschaft eine handlungsstrukturierende Wirkung (Lepsius 2017).

2 Soziodemografie und -geografie von Einsamkeit im internationalen Vergleich

Bisher liegt nur in sehr begrenztem Umfang international vergleichende Forschung zum Thema Einsamkeit vor (Qualter et al. 2015). Die meisten Vergleiche konzentrieren sich auf Unterschiede zwischen individualistischen gegenüber kollektivistischen Gesellschaften (Chen et al. 2004; Qualter et al. 2015; Swader 2019). In diesen Studien zeigt sich z. B., dass Kanada höhere Einsamkeitswerte aufweist als die stärker kollektivistisch eingestuften Länder Portugal und Spanien (Rokach et al. 2002) und dass in Nordamerika Einsamkeit in einem höheren Ausmaß als in Spanien als individuelle Schwäche angesehen wird. Eine auf Wettbewerb und persönliche Leistungsfähigkeit ausgerichtete Gesellschaft führt nach Lykes und Kemmelmeier (2014) dazu, dass Personen sich und ihre sozialen Netzwerke für die empfundene Einsamkeit häufig selbst verantwortlich machen. Auch für China wird diese Kombination aus vergleichsweise hohen Einsamkeitswerten und einer Selbstzuschreibung der Verantwortung für diesen Zustand festgestellt (Anderson 1999). Andere Studien identifizieren keine Unterschiede in den Einsamkeitswerten innerhalb der von ihnen als individualistisch eingestuften Ländergruppe Dänemark, Finnland und Schweden (Heikkinen et al. 1995) oder zwischen Deutschland und den Niederlanden (Stevens/Westerhof 2006). In einem Vergleich der Türkei mit Schweden wird ebenfalls argumentiert, dass die stärker kollektivistisch ausgerichtete Türkei höhere Einsamkeitswerte aufweisen würde als das stärker individualistisch ausgerichtete Schweden (Imamoglu et al. 1993). Sowohl mit Eurobarometerdaten, SHARE-Daten als auch WHO-Daten² wurde gezeigt, dass nord- und westeuropäische Länder, die eher als individualistisch eingestuft werden, niedrigere Einsamkeitswerte aufweisen

² Siehe zu Eurobarometer: <https://europa.eu/eurobarometer>; SHARE: www.share-project.org; WHO (World Health Organization): www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics.

als süd- und osteuropäische Länder, die als kollektivistisch charakterisiert werden (Lykes/Kemmelmeier 2014). Nicht repräsentativ ist eine Studie, auf Grundlage von Daten der Online-Erhebung³ „BBC Loneliness Experiment“ mit mehr als 45.000 Teilnehmenden überwiegend aus Großbritannien aber auch aus mehr als 230 weiteren Ländern und Regionen. Hier wird argumentiert, dass vor allem junge Männer in individualistisch ausgerichteten Kulturen ein hohes Einsamkeitsrisiko aufweisen (Barreto et al. 2021).

In einem Vergleich von Italien und den Niederlanden wird etwas differenzierter vorgegangen. In dieser Analyse älterer Menschen wird gezeigt, dass in Italien diejenigen, die mit ihren Kindern zusammenleben, weniger Einsamkeit empfinden als Alleinlebende. Dagegen sind in den Niederlanden Menschen, die im Alter bei ihren Kindern leben, mehr von Einsamkeit betroffen (De Jong Gierveld/Van Tilburg 1999). Es geht, so die Autor*innen dieser Studie, immer auch um kulturelle Normen und Erwartungen, die einen Einfluss auf das Empfinden von Einsamkeit haben. In Italien ist es die Erwartung, dass sich die Familie um ältere Menschen kümmert. In den Niederlanden stehen die Werte der Autonomie und Selbstbestimmung im Alter im Vordergrund. Lykes und Kemmelmeier (2014) bestätigen in ihrem Vergleich diese Einschätzung und zeigen, dass es außer um Familienwerte vor allem um die Qualität der Familienbeziehungen geht und nicht darum, ob ältere Menschen in einem Haushalt mit anderen Familienmitgliedern leben. Eine hohe Qualität der sozialen Kontakte bildet im höheren Alter einen wichtigen Schutzfaktor gegen Einsamkeit.

Fokkema et al. (2012) sehen weniger einen Unterschied zwischen Ländern, die als individualistisch oder kollektivistisch eingestuft werden, als vielmehr ein Süd-Nord-Gefälle mit niedrigeren Einsamkeitswerten im europäischen Norden. Hinzu kommen erhebliche Unterschiede zwischen Ländern aus Nord- und West-

³ Die Vorgehensweise zur Gewinnung von Teilnehmenden an dem Online-Survey „BBC Loneliness Experiment“ (vor allem über BBC Radio) lässt keinen direkten Vergleich der Häufigkeit von Einsamkeit zu. Zum Beispiel nahmen möglicherweise vor allem Personen teil, die sich aufgrund von Einsamkeitserfahrungen von diesem Thema angesprochen fühlten. Die relativen Unterschiede zwischen den Ländern und die je nach Land unterschiedlichen Ursachen lassen sich durchaus (vorsichtig) interpretieren (Barreto et al. 2021).

europa auf der einen Seite und Osteuropa mit sehr hohen Einsamkeitswerten auf der anderen Seite (Rico-Uribe et al. 2018). Auch Vergleiche mit Ländern außerhalb Europas bestätigen, dass erhebliche nationale Unterschiede vorliegen. Hinzu kommt eine regionale Ungleichheit. Nach Victor et al. (2009) liegen die Werte für Einsamkeit in Nordamerika, Westeuropa und Australasien bei Menschen über 65 Jahre durchschnittlich bei etwa 8 bis 10 Prozent, mit Werten von 6 bis 8 Prozent bei Ländern im unteren Bereich bis zu Werten von 13 bis 15 Prozent in den Ländern mit der höchsten Einsamkeit. In sozial schwachen Innenstädten und ländlichen Regionen sind die Werte sehr viel höher (Yang/Victor 2011).

Diese immer wieder gemessenen Unterschiede sind ein Anzeichen dafür, dass es sich um ein individuelles und gesellschaftliches Problem handelt, das unter bestimmten Bedingungen – zumindest teilweise – reduziert werden kann. Es fällt auf, dass vor allem in entwickelten Wohlfahrtsstaaten die Werte für Einsamkeit besonders niedrig sind. Das hängt vor allem damit zusammen, dass durch einen ausgebauten Wohlfahrtsstaat und durch Maßnahmen zur sozialen Integration (Swader 2019) soziale Probleme, und damit Ursachen von Einsamkeit, reduziert werden. Darauf wird im Abschnitt 5.1 zu institutionellen Regelungen, mit denen vor Einsamkeit geschützt werden kann, genauer eingegangen.

Einige Muster werden immer wieder in einer ähnlichen Form identifiziert. So bestehen in allen Ländern, zu denen Werte vorliegen, altersspezifische Unterschiede der Einsamkeit (Barreto et al. 2021). Qualter et al. (2015) zeigen außerdem, dass sich die Ursachen für Einsamkeit je nach Alter unterscheiden können. Das spricht dafür, dass unter bestimmten Bedingungen die Programme zur Prävention oder Reduktion von Einsamkeit je nach Ziel- bzw. Altersgruppe unterschiedlich ausgerichtet sein müssen. Das Gleiche gilt für weitere Faktoren, Zielgruppen und auch für unterschiedliche Länder und damit für den Kontext, der sich auf Einsamkeit auswirken kann (Dittmann/Göbel 2022). Auch wenn grundsätzlich ähnliche Muster zu erkennen sind, unterscheiden sich das Ausmaß, die Qualität und die Ursachen von Einsamkeit je nach Land. Das hat teilweise kulturelle Gründe. Vor allem aber hängt es damit zusammen, dass in den Ländern unter-

schiedliche institutionelle Regelungen bestehen, die z.T. zur Lösung anderer Problemlagen entwickelt wurden, die sich aber auch auf Einsamkeit positiv oder negativ auswirken können.

In einigen Ländergruppen weist die altersspezifische Einsamkeit einen U-förmigen Verlauf auf (Barreto et al. 2021). Im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter werden immer wieder Erfahrungen mit Einsamkeit gemacht. Im mittleren Alter, also in der Phase, in der häufig einer Erwerbstätigkeit nachgegangen und eine Familie gegründet wird, ist sie vergleichsweise niedrig, und im höheren Alter steigt sie wieder an. Dieser Trend besteht u. a. in Neuseeland mit Einsamkeitswerten von etwa 20 Prozent bei den 15- bis 24-Jährigen, geringeren Werten in Höhe von 12 bis 13 Prozent im mittleren Lebensalter und Werten von 18 Prozent bei den über 65-Jährigen (Yang/Victor 2011). Mit Daten des European Social Survey (ESS)⁴ sehen Yang und Victor (2011) auch im Durchschnitt von 25 europäischen Ländern einen U-förmigen Verlauf mit höheren Werten in den unteren und den höheren Altersgruppen. Differenziert man nach Ländergruppen oder weitert man die vergleichende Perspektive auf weitere Länder aus, zeigt sich, dass der U-förmige Verlauf nicht für alle Länder typisch ist.

In ihrer international vergleichenden Analyse altersspezifischer Unterschiede der Einsamkeit bestätigen Yang und Victor (2011) die gravierenden Nord-Süd-Unterschiede in Europa mit niedrigeren Werten in allen Altersgruppen in Nordeuropa. In den Ländern Dänemark, Finnland, Norwegen, den Niederlanden, Irland und der Schweiz führen sie durchschnittliche Einsamkeitswerte von unter 4 Prozent in der untersten und mittleren Altersgruppe und von 6 Prozent in der Altersgruppe über 60 Jahre an. Bei den von Yang und Victor (2011) analysierten ESS-Zahlen fällt Folgendes auf: Vor allem in Ländern mit sehr hohen Einsamkeitswerten in allen Altersstufen zeigt sich ein eher linearer Verlauf. Die Einsamkeit steigt z. B. in Bulgarien, Ungarn und Polen mit dem Alter an. Einer der Gründe für die hohen Werte kann darin gesehen werden, dass Faktoren, die einen großen Einfluss auf Einsamkeit haben, etwa niedriges Einkommen oder

⁴Zum ESS siehe: www.europeansocialsurvey.org.

Arbeitslosigkeit, in diesen Ländern besonders stark ausgeprägt sind. Der lineare Verlauf kann u. a. damit zusammenhängen, dass neben Veränderungen sozialer Kontakte bestimmte Probleme mit steigendem Alter, z. B. aufgrund einer niedrigen Rente oder problematischer Wohnverhältnisse, zunehmen.

Ein U-förmiger Verlauf ist vor allem in Ländern zu erkennen, in denen die Einsamkeitswerte vergleichsweise niedrig sind. Dennoch stellt Einsamkeit auch hier ein gravierendes gesellschaftliches Problem dar. Dazu gehören Länder wie Dänemark, Deutschland, Österreich, Schweden und Großbritannien (Yang/Victor 2011). Eine mögliche Interpretation dieses Verlaufs ist, dass vor allem auf Einsamkeit wirkende Probleme im mittleren Alter durch einen gut ausgebauten Wohlfahrtsstaat reduziert werden. Die Maßnahmen reichen jedoch nicht aus bzw. der Wohlfahrtsstaat ist nicht so institutionalisiert, um auch in den unteren und den höchsten Altersgruppen die Werte ähnlich stark reduzieren zu können wie im mittleren Alter. Vor allem in Deutschland und Österreich kann das mit einer Absicherung über ein Sozialversicherungsprinzip erklärt werden, das auf erwerbstätige Personen und weniger präventiv auf jüngere Menschen ausgerichtet ist.

Eine dritte Ländergruppe mit Portugal, Spanien und Frankreich weist bei mittleren Einsamkeitswerten ebenfalls einen Anstieg der Einsamkeit mit dem Alter auf, der beim Wechsel von der mittleren zur höchsten Altersgruppe besonders stark ist (Yang/Victor 2011). In Spanien steigt z. B. die Einsamkeit vom mittleren Lebensalter (30–59 Jahre) zum höheren Alter (60 Jahre und älter) um mehr als 75 Prozent an (Domenech-Abella et al. 2017). Auch in den USA steigt das Risiko mit dem Alter (Shin et al. 2020). Defizite bei der Alterssicherung und im Pflegesystem können dazu beitragen, dass diese Bevölkerungsgruppe besonders große Probleme hat, die zur Einsamkeit beitragen. Die institutionellen Bedingungen erklären jedoch nicht die vergleichsweise guten Werte bei jüngeren Menschen in Ländern wie Spanien und Portugal, in denen diese Gruppe besonders häufig von Arbeitslosigkeit betroffen ist. Bei Arbeitslosigkeit handelt es sich um einen Einflussfaktor mit einem besonders starken Effekt auf Einsamkeit, der jedoch in

südeuropäischen Ländern einen vergleichsweise geringen Einfluss bei jüngeren Menschen hat.

Unabhängig davon, ob ein ansteigender oder ein U-förmiger Verlauf besteht, sind die hohen Einsamkeitswerte innerhalb der älteren Bevölkerung ein Problem, das in allen Gesellschaften einer Lösung bedarf.

Hinzu kommt die in der gesamten Bevölkerung bestehende Befürchtung, im Alter zu vereinsamen, die in jüngeren Lebensjahren deutlich stärker ausgeprägt ist als innerhalb der älteren Bevölkerung selbst. In den USA gehen 29 Prozent der 18- bis 64-Jährigen davon aus, dass man im Alter einsam ist, während es bei den über 64-Jährigen mit 17 Prozent sehr viel weniger sind (Yang/Victor 2011). Mit einem besseren Schutz vor Einsamkeit im Alter, über den umfassend informiert wird, unterstützt man somit nicht nur die ältere Bevölkerung, sondern reduziert zudem die Unsicherheit in den jüngeren Bevölkerungsgruppen. Auch dieser Prozess ist wichtig, da ein Gefühl der Unsicherheit eng mit Einsamkeit zusammenhängt.

Luhmann und Hawley (2016) zeigen mit Daten aus Deutschland, dass im Lebensverlauf die Einsamkeit an zwei Zeitpunkten besonders hoch (im Alter von etwa 30 und im Alter von etwa 60 Jahren) und an zwei Zeitpunkten besonders niedrig ist (im Alter von etwa 40 und im Alter von etwa 75 Jahren). Ab dem Alter von 75 Jahren steigt die Einsamkeit wieder an und ist bei hochaltrigen Menschen (den über 80-Jährigen) besonders hoch. Daraus ziehen die Autor*innen dieser Studie den Schluss, dass ein ausschließlich mit dem Alter zusammenhängender Einfluss auf Einsamkeit nicht feststellbar ist.

Die Faktoren, die sich bei Personen im Alter von über 80 Jahren auf Einsamkeit auswirken, sind der Verlust des Partners/der Partnerin oder schwerwiegende Einschränkungen der Mobilität, nicht aber das Alter per se. Im mittleren Alter, mit einem Höchstwert bei etwa 30 Jahren, wirken sich vor allem der Erwerbsstatus und das damit zusammenhängende Haushaltseinkommen auf Einsamkeit

aus. Nicht das Alleinleben für sich genommen, sondern die Kombination aus Arbeitslosigkeit, niedrigem Einkommen und Einzelhaushalt steigert die Einsamkeit (Luhmann/Hawley 2016).

Ein für die Entwicklung präventiver Maßnahmen wichtiges Ergebnis dieser Studie ist, dass funktionelle körperliche oder geistige Einschränkungen, soziales Engagement, die Anzahl an Freund*innen und die Zahl sozialer Kontakte sich unabhängig vom Alter auf Einsamkeit auswirken (Luhmann/Hawley 2016). Bei diesen Einflussfaktoren ist es somit möglich, altersunabhängige Maßnahmen einzuführen und dadurch weite Teile der Bevölkerung zu erfassen und vor Einsamkeit zu schützen. Ein weiterer Vorteil ist darin zu sehen, dass bei solchen Maßnahmen keine besonderen Risikogruppen identifiziert und für sie zielgerichtete Maßnahmen entwickelt werden müssen. Ein Vorteil ist es deshalb, da eine solche Vorgehensweise immer auch zu Stigmatisierung und Ausgrenzung führen kann (Wendt/Bahle 2020).

Neben diesen umfassenden und nicht nach Alter differenzierenden Konzepten gibt es Einflussfaktoren, die in den jeweiligen Altersgruppen im Vordergrund stehen und Programme erfordern, die sich je nach Alter und Lebensphase unterscheiden. Eine hohe Gefährdung, die sich negativ auf die Bildungs- und Berufschancen der betroffenen Personen auswirken kann, besteht in der Kindheit und Jugend und somit in einer Phase, in der der Aufbau und die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte erlernt werden.

In einer umfangreichen vergleichenden Studie wird mit Hilfe von PISA-Daten⁵ festgestellt, dass zwischen 2012 und 2018 die Einsamkeit bei Schüler*innen in fast allen untersuchten Ländern angestiegen ist (in 36 von 37 analysierten Ländern). Dabei ist bei Mädchen ein stärkerer Anstieg zu verzeichnen als bei Jungen. Einen besonders negativen Einfluss auf diese Entwicklung hat die Verwendung von Smartphones und die Zeit, die Schüler*innen im Internet ver-

⁵ Zu PISA (Programme for International Student Assessment) siehe: www.oecd.org/pisa/.

bringen. Höhere Werte bei der Einsamkeit wirken sich negativ auf die Stimmung, die Lebenszufriedenheit und das individuelle Wohlbefinden von Schüler*innen aus (Twenge et al. 2021).

Betrachtet man einige der Länder und Ländergruppen genauer, zeichnen sich auch bei jüngeren Menschen die niedrigsten Werte in entwickelten Wohlfahrtsstaaten wie Dänemark, Norwegen, den Niederlanden und Deutschland ab. Überdurchschnittlich hohe Werte finden sich in Großbritannien und den USA, die zu den liberalen Wohlfahrtsstaaten zählen. Besonders hohe Werte sind in einigen osteuropäischen Ländern, die als rudimentäre Wohlfahrtsstaaten gelten, wie z. B. Bulgarien, zu verzeichnen (Sandu et al. 2021; Twenge et al. 2021). Erneut zeigen sich vergleichsweise niedrige Werte in Spanien und Portugal, die seit den 1980er Jahren sozialpolitische Maßnahmen ausgebaut haben, jedoch nach wie vor eine hohe Arbeitslosigkeit bei jungen Erwachsenen aufweisen. Die deutlich verbesserten Bildungschancen scheinen sich in diesen Ländern, verbunden mit den traditionell engen Familienbeziehungen, für junge Menschen als Schutzfaktor vor Einsamkeit zu bewähren.

Auch frühere Studien zeigen länderübergreifend, dass junge Menschen dann, wenn sie ihre sozialen Gruppen aufbauen – oder aus ihnen ausgeschlossen werden können – und durch Trennungen in der Familie, Umzüge oder Schulwechsel ihre gewohnte Umgebung verlassen, besonders anfällig für sozialen Ausschluss und Einsamkeitsempfinden sind (De Jong Gierveld et al. 2006; Qualter et al. 2015). Entsprechend wichtig, aber auch schwierig, sind in dieser Phase Unterstützungsmaßnahmen. Denn das für junge Menschen wichtige Streben nach Unabhängigkeit und Freiheit (Larson et al. 1996) bei gleichzeitigem Wunsch, soziale Beziehungen aufzubauen, sollte nicht eingeschränkt werden.

Eine Schlussfolgerung von Studien, die sich mit dem Zusammenhang von Alter und Einsamkeit befassen, ist, dass Individualismus Einsamkeit vor allem dann fördert, wenn weitere Risikofaktoren wie ein junges Alter, in dem man besonders auf die Zugehörigkeit zu einer Gruppe angewiesen ist und stärker auf

Ablehnung reagiert, hinzukommen (Barreto et al. 2021). Im mittleren Alter ist man auf der einen Seite durch berufliche Tätigkeiten und Familienleben vor Einsamkeit geschützt. Auf der anderen Seite werden in dieser Zeit aufgrund hoher zeitlicher Belastungen, auch durch die Betreuung und Pflege von Angehörigen, andere soziale Kontakte oft vernachlässigt, so dass daraus in späteren Lebensphasen Einsamkeit resultieren kann (Luhmann/Hawley 2016; Barreto et al. 2021).

Auch wenn ein höheres Alter per se keinen steigernden Effekt in Bezug auf Einsamkeit hat und ältere Menschen sich gegenüber dem Gefühl der Einsamkeit als vergleichsweise robust erweisen, gibt es eine Reihe von Problemlagen, die im höheren Alter stärker ausgeprägt sein können, wie der Verlust naher Angehöriger, eine niedrige Rente oder eine geringere Mobilität durch funktionale Einschränkungen (Victor et al. 2005; Barreto et al. 2021). Deshalb sind Maßnahmen erforderlich, mit denen diese Bevölkerungsgruppe effektiv und möglichst frühzeitig erreicht werden kann.

In diesem Abschnitt wurde gezeigt, dass im Ländervergleich erhebliche Unterschiede der Einsamkeitsbelastung bestehen. Das bedeutet erstens, dass einige Länder bei der Bekämpfung der Einsamkeit erfolgreicher sind als andere und somit Maßnahmen eingeführt werden können, mit denen Einsamkeit effektiv verringert werden kann. Zweitens zeigt sich, dass in allen Ländern die Einsamkeit in den höheren Altersgruppen besonders stark ausgeprägt ist. Entsprechend bilden ältere Menschen bei den bisherigen Maßnahmen gegen Einsamkeit die wichtigste Zielgruppe (siehe Abschnitt 5). Es zeichnet sich ab, dass ausgebauten Wohlfahrtsstaaten besonders effektiv schützen und somit Programme gegen Einsamkeit mit bestehenden wohlfahrtsstaatlichen Maßnahmen verknüpft werden können.

3 Folgen von Einsamkeit im internationalen Vergleich

Einsamkeit ist ein Problem in allen Gesellschaften. Teilweise sind Erfahrungen mit Einsamkeit national, regional oder kulturell geprägt. Bei einer sehr hohen Bevölkerungsdichte besteht z. B. ständig Kontakt zu anderen Menschen, ohne dass daraus soziale Interaktionen entstehen müssen. Selbst wenn Interaktionen erfolgen, schützt das nicht notwendigerweise vor einer individuell empfundenen Einsamkeit. Vielmehr kann emotionale Einsamkeit auch in der Masse, in der Anonymität, entstehen. In wenig besiedelten Gebieten kann es umgekehrt vorkommen, dass nur mit sehr wenigen Menschen regelmäßiger Kontakt besteht. Diese Kontakte und die sozialen Beziehungen können jedoch intensiver und von höherer Qualität als in Ballungsräumen sein.

Einsamkeit wäre kein individuelles und gesellschaftliches Problem, wenn damit nicht z.T. gravierende Folgen verbunden wären, die in diesem Abschnitt international vergleichend dargestellt werden. Hierzu gehört u. a., dass das Verhalten anderer Menschen zunehmend negativ interpretiert und kein Vertrauen in andere Menschen entwickelt wird. Diese Problematik kann sich bereits in der Kindheit und Jugend ausbilden (Qualter et al. 2015) und später in Misstrauen gegenüber gesellschaftlichen und politischen Institutionen resultieren (Schobin 2022). Allerdings führt das Empfinden von Einsamkeit auch zu der wichtigen gesellschaftlichen Funktion und Motivation, mit anderen Menschen in Beziehung zu treten, sich auszutauschen und sich gegenseitig zu helfen (Qualter et al. 2015). Bei der Bewertung von Folgen und den darauf ausgerichteten Lösungen ist somit im Blick zu behalten, ob das Empfinden von Einsamkeit nur von kurzer Dauer ist und zu sozialem Kontakt und Austausch motiviert oder ob dadurch eine Dynamik des sozialen Rückzugs in Gang gesetzt wird.

Besonders gravierende negative Folgen von Einsamkeit sind Krankheit und ein frühzeitiger Tod (Coyle/Dugan 2012; Gerst-Emerson/Jayawardhana 2015; Jeffrey et al. 2017; Diehl et al. 2018; Rico-Uribe 2018). Ein Schutz vor Einsamkeit stärkt die Gesundheit und erhöht die Lebenserwartung. Zu den mit emotionaler Einsamkeit zusammenhängenden Gesundheitsrisiken zählen hoher Blutdruck, ein geschwächtes Immunsystem, ein höheres Infektionsrisiko, Herzerkrankungen, kognitive Einschränkungen, Depressionen, Alzheimer, Psychosen, Suizid, Alkoholismus, Schlafprobleme und, da viele dieser Risiken parallel entstehen, Multimorbidität (Hawkley/Cacioppo 2010; Masi et al. 2011; Yang/Victor 2011; Coyle/Dugan 2012; Diehl et al. 2018; Rico-Uribe 2018; Yanguas et al. 2018). Hawkley und Cacioppo (2010) zeigen, dass die Gefährdung der Gesundheit, z. B. mit der Folge kardiovaskulärer Erkrankungen, dosisabhängig ist. Je häufiger Menschen einsam sind, desto größer sind gesundheitliche Risiken. Die Sterblichkeit steigt bei Einsamkeit und dieser Effekt ist vor allem bei chronischer Einsamkeit stark ausgeprägt. Als besonders schwerwiegend werden Gesundheitsrisiken, die sich wiederum umgekehrt auf Einsamkeit und soziale Isolation auswirken, bei älteren Menschen angesehen. Zentrale Faktoren, die diesen Prozess zusätzlich beeinflussen, sind (Früh-)Verrentung und eingeschränkte Mobilität (Coyle/Dugan 2012).

Die soziale Einsamkeit hat ähnliche Effekte. Soziale Isolation, die mit Daten zur Größe des sozialen Netzwerks und der Häufigkeit sozialer Kontakte gemessen und verglichen werden kann, stellt ein Risiko für eine Vielzahl von Krankheiten dar und führt gleichzeitig dazu, dass Hilfen seltener in Anspruch genommen werden. Nachgewiesen wurden unterschiedliche Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen, höhere Entzündungswerte, kognitive Einschränkungen sowie eine erhöhte Gesamt mortalität (Yanguas et al. 2018). Die verstärkte Gebrechlichkeit und die Schwierigkeiten, Dinge des täglichen Lebens erledigen zu können, reduzieren wiederum die Mobilität und erhöhen die soziale und emotionale Einsamkeit (Hoogendoijk et al. 2016; Yanguas et al. 2018).

Die Zusammenhänge zwischen sozialer Isolation und Invalidität bzw. Mortalität wurden u. a. für Mittel- und Südeuropa, nicht jedoch durchgehend für Nordeuropa nachgewiesen (Henriksen 2017). In einer schwedischen Kohortenstudie zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Gesundheit bzw. Sterblichkeit (Wallace et al. 2015; Yanguas et al. 2018). Hier zeigt sich möglicherweise der schützende Effekt von ausgebauten Wohlfahrtsstaaten in Nordeuropa, der auch in Bezug auf Stress, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit nachgewiesen wurde (Picket/Wilkinson 2010). Daten aus Finnland deuten darauf hin, dass vor der Entwicklung des finnischen Wohlfahrtsstaates soziale Isolation eine höhere Mortalität zur Folge hatte als nach dem Ausbau sozialpolitischer Maßnahmen (Yanguas et al. 2018). Eine spanische Studie zeigt darüber hinaus, dass ein kleines soziales Netzwerk nur dann das Risiko einer Depression steigert, wenn sich Menschen einsam fühlen. Soziale und emotionale Einsamkeit zusammen erhöhen danach in diesem nationalen Kontext das Risiko einer Depression (Domenech-Abella et al. 2017). Einsamkeit hat u. a. dadurch einen negativen Einfluss auf Gesundheit, dass ungesunde Lebensstile durch Einsamkeit entstehen oder verstärkt werden, wie z. B. Tabak- und Alkoholkonsum oder ungesunde Ernährung. Diese Verhaltensweisen sind stärker bei Männern als bei Frauen festzustellen und erklären z.T. den stärkeren Effekt von Einsamkeit auf die Mortalität bei Männern (Rico-Uribe 2018; Yanguas et al. 2018). Daran zeigt sich auch, wie mit institutionellen Regelungen und Schutzmaßnahmen der Kreislauf von Einsamkeit, Gesundheitsverhalten, schlechterer Gesundheit und einer weiteren Steigerung der Einsamkeit unterbrochen werden kann. Präventive Maßnahmen zur Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums sind insbesondere in Nordeuropa auf einem hohen Niveau und führen dazu, dass diese mit Einsamkeit zusammenhängenden ungesunden Verhaltensweisen in geringerem Maße möglich sind und praktiziert werden (Backman et al. 2020). Gleichzeitig stärken solche Maßnahmen auch das gesellschaftliche und politische Bewusstsein dafür, dass Alternativen zu diesen ungesunden Verhaltensweisen entwickelt und gefördert werden müssen.

Nicht immer kann die Kausalität des jeweiligen Zusammenhangs eindeutig bestimmt werden. In einer über fünf Jahre dauernden Längsschnittstudie in den USA wurde gezeigt, dass Einsamkeit sukzessive depressive Symptome erhöht, während der umgekehrte Zusammenhang nicht nachgewiesen werden konnte (Cacioppo et al. 2010; Hawkley/Cacioppo 2010). Dagegen wurde in einer Längsschnittstudie mit schwedischen Daten genau das Gegenteil gezeigt. Danach können ansteigende depressive Symptome Einsamkeit zu einem späteren Zeitpunkt vorhersagen (Dahlberg et al. 2014; Domenech-Abella et al. 2017). Die Schlussfolgerung sollte nicht lauten, dass die Ergebnisse dieser unter Beachtung hoher Qualitätsstandards durchgeföhrten Längsschnittstudien widersprüchlich sind. Vielmehr zeigt sich, dass es immer auf den nationalen oder regionalen Kontext ankommt, wie Einsamkeit und Gesundheit zusammenhängen. Das in hohem Maße marktwirtschaftlichen Kriterien folgende ungleiche Gesundheitssystem (Rothgang et al. 2010) und das unzureichend auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnittene private Pflegesystem führen in den USA dazu, dass bei Einsamkeit der Schutz vor einer Depression gering ist. In Schweden bietet das auf Prävention ausgerichtete Gesundheitssystem einen stärkeren Schutz. Dort sind vor allem das Pflegesystem sowie weitere soziale Hilfen für ältere Menschen gefordert, damit bei einer Depression kein sozialer Rückzug erfolgt.

Studien zum Zusammenhang von Einsamkeit und Gesundheit bei Jugendlichen zeigen, dass Jugendliche bei Einsamkeit ihrer eigenen Einschätzung nach eine schlechtere Gesundheit aufweisen, häufiger von somatischen Beschwerden berichten und mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Eine Analyse der Situation von Jugendlichen in Dänemark zeigt, dass hier vor allem ein starker Zusammenhang zwischen Einsamkeit und subjektiver Gesundheit sowie Schlafproblemen vorliegt, auch wenn andere Einflussfaktoren kontrolliert werden. Dieser Zusammenhang besteht bei Mädchen und Jungen und ist innerhalb der Altersspanne von 11 bis 15 Jahren unabhängig vom Alter (Eccles et al. 2020).

In einer Analyse von Universitätsstudierenden in Deutschland kommen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass bei dieser Gruppe emotionale und soziale Einsamkeit in einem Zusammenhang mit einer depressiven Symptomatik stehen. Hier zeigt sich insbesondere die Bedeutung körperlicher Aktivität als wichtiger Schutzfaktor. Sport und Bewegung haben einen positiven Einfluss auf soziale Beziehungen und Diehl et al. (2018) gehen davon aus, dass körperliche Aktivität einen starken Effekt darauf hat, Einsamkeit bei Studierenden zu reduzieren.

Die biologisch-medizinischen Prozesse, über die sich Einsamkeit auf die Gesundheit auswirkt, wurden an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Bücker 2022) und werden hier nicht wiederholt. Für ein Verständnis der vorgestellten Informationen ist allerdings das Wissen über einen zentralen krankheitsauslösenden Prozess erforderlich: Einsamkeit führt zu einem Anstieg von Stresshormonen wie Cortisol und Stress, vor allem chronischer Stress, ist eine der wichtigsten Ursachen für psychische und physische Krankheiten (Hawley/Cacioppo 2010; Yanguas et al. 2018). Über diesen Prozess entsteht u. a. eine höhere Sensibilität gegenüber möglichen Gefährdungen. Ängste und ein damit verbundener chronischer Stress können die Folge sein (Yanguas et al. 2018). Richard Wilkinson, einer der renommiertesten Forscher zu den Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit, hat mit Kate Pickett in dem Band „Gleichheit ist Glück“ auf die hohe Bedeutung von Gleichheit und Gerechtigkeit für die Gesundheit in einer Gesellschaft hingewiesen (Pickett/Wilkinson 2010). In ihrem international vergleichenden Band zeigen sie, dass ungleiche Gesellschaften Stress erzeugen. Durch diesen ungleich verteilten Stress, steigt zu einem die gesundheitliche Ungleichheit und verschlechtert sich zum anderen die durchschnittliche Gesundheit.

Ein weiterer, ebenfalls z. T. stressinduzierter Pfad von Einsamkeit zu gesundheitlichen Einschränkungen verläuft über kognitive Prozesse (Baumeister et al. 2005; Hawley/Cacioppo 2010). Für ihr Wohlbefinden, ihre Gesundheit und weitere positive Erlebnisse sind Menschen auf ein Leben in einer Gruppe, in

einer Gemeinschaft angewiesen. Deshalb ist es für alle Menschen von höchster Bedeutung, Teil einer Gruppe zu sein (Baumeister et al. 2005), ein Prozess, der im Kindes- und Jugendalter beginnt. Baumeister et al. (2005) weisen nach, dass ein sozialer Ausschluss oder Zurückweisungen durch eine Gruppe erhebliche Einschränkungen in Bezug auf die Selbstregulationsfähigkeit zur Folge haben (Baumeister et al. 2005). Die Fähigkeit zur Selbstregulation führt dazu, dass Menschen in der Lage sind, sich zu kontrollieren, falls erforderlich, ihr Verhalten zu ändern und sozial unerwünschte Impulse zu unterdrücken. Eine gute Selbstregulation führt dazu, dass man in der Lage ist, positive Beiträge zu einer Gruppe und der Gesellschaft zu leisten. Dadurch verbessert die Selbstregulation sowohl bei anderen als auch bei einem selbst das Wohlbefinden und darüber die Gesundheit. Ablehnungen oder ein sozialer Ausschluss wiederum können dazu führen, dass Menschen in späteren Situationen ein geringeres Maß an Selbstregulation zeigen; dies wiederum erhöht die Gefahr eines erneuten sozialen Ausschlusses (Baumeister et al. 2005).

Bei einer schlechten Selbstregulationsfähigkeit reduziert sich die sportliche Aktivität, die wiederum einen positiven Einfluss auf körperliche und psychische Gesundheit sowie kognitive Funktionen hat und vor Einsamkeit schützt. Über diese Prozesse trägt eine schwach ausgeprägte Selbstregulation zu einem schlechten Gesundheitsverhalten (Ernährungsverhalten, Alkoholkonsum, Schlafverhalten, Handy- und Internetnutzung) und zu einer schlechten Gesundheit bei (Hawkley/Cacioppo 2010). Soziale Interaktionen, das soziale Engagement und in der Folge das soziale Netzwerk werden geschwächt und begrenzt (Böger/Huxhold 2018). In Gesellschaften, die z. B. in Bezug auf das Lohnniveau insgesamt ein höheres Maß an Gleichheit aufweisen, ist es – anders als in ungleichen Gesellschaften – weniger erforderlich, sich ständig mit anderen Menschen sowie deren Einkommensniveau und Besitz zu vergleichen und Anstrengungen zu unternehmen, ebenfalls z. B. durch einen Jobwechsel zu anderen Einkommensstufen aufzuschließen (Pickett/Wilkinson 2010). Solch ein ständiger Vergleich führt zu Stress, der unter bestimmten Umständen negative gesundheitliche Folgen haben kann. Einsamkeit fügt diesen Zusammenhängen eine weitere Dimension hinzu. Wenn

in ungleichen Gesellschaften oder Arbeitsmärkten das Gefühl vermittelt wird, dass bestimmte Ziele nicht erreicht werden können und man im Gegensatz zu anderen Berufs- oder Bevölkerungsgruppen von gesellschaftlichen oder wirtschaftlichen Möglichkeiten ausgeschlossen bleibt, entsteht dadurch Stress (Dragano 2016). Dieser Ausschluss bzw. das Gefühl des Ausgeschlossenseins sind zentrale Dimensionen der Einsamkeit. Durch chronischen Stress wiederum entsteht Krankheit. Dadurch ist Einsamkeit sowohl Ursache als auch Moderator für die Entstehung psychischer und physischer Erkrankungen.

Ähnlich wie Arbeitslosigkeit ist Einsamkeit als eine der „causes of causes“, als eine hinter den Ursachen liegende Ursache, für die Entstehung von Krankheit anzusehen (Beckfield et al. 2015). Das bedeutet, dass Erleben und Empfinden von Einsamkeit häufig dazu führen, dass man sich von weiteren Aktivitäten wie z. B. dem Vereinssport immer mehr zurückzieht, dadurch die als Schutz vor Einsamkeit wichtige sportliche Aktivität reduziert und im Zuge dieses Rückzugsprozesses das Erkrankungsrisiko steigt.

Parallel reduziert Einsamkeit das individuelle Wohlbefinden. Der mit Einsamkeit verbundene schlechtere Gesundheitszustand hat zur Folge, dass mehr Sozial- und Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, vor allem unter den Älteren. Die höheren Fehltage in der erwerbstätigen Bevölkerung haben darüber hinaus negative wirtschaftliche Folgen (Yang/Victor 2011; Gerst-Emerson /Jayawardhana 2015; Jeffrey et al. 2017). Die mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verbundenen Kosten, z. B. durch Medikamentenkonsum, erhöhen die Ausgaben für eine ohnehin stark belastete Bevölkerungsgruppe. Die verstärkten finanziellen Probleme setzen weitere problematische Entwicklungen in Gang. Die gesundheitlichen Einschränkungen und die begrenzten finanziellen Mittel wiederum erschweren es, ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu führen (Yang/Victor 2011).

In einigen Studien wurde ein direkter Zusammenhang zwischen Einsamkeit und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nachgewiesen. So sind

einige Arztbesuche darauf zurückzuführen, dass sozial isolierte Menschen bzw. diejenigen, die sich einsam fühlen, den persönlichen Austausch suchen (Gerst-Emerson/Jayawardhana 2015). In Schweden zeigt sich, dass ältere Menschen mit körperlichen Einschränkungen mehr ambulante Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, einschließlich Arztbesuche und ambulante Notfallbehandlungen, wenn sie einsam sind (Taube et al. 2014). Auch in Schottland besteht bei Menschen zwischen 40 und 60 Jahren bei Einsamkeit eine höhere Zahl an Besuchen bei einem Allgemein- bzw. Familienarzt (Ellaway et al. 1999). In Irland ist ein Zusammenhang zwischen Einsamkeit und einer Notfallversorgung im Krankenhaus festzustellen. Insgesamt erfolgt länderübergreifend bei Einsamkeit eine häufigere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Zum Teil geht es weniger um medizinische Hilfen als vielmehr darum, mit einer Vertrauensperson sprechen zu können (Gerst-Emerson/Jayawardhana 2015).

Mit deutschen Daten konnte in einer repräsentativen Studie gezeigt werden, dass das Risiko der Einsamkeit steigt, je kleiner das soziale Netzwerk ist und je geringer die sozialen Aktivitäten sind (Böger/Huxhold 2018), und dass in einer solchen Situation das Krankheitsrisiko steigt. Wenn weitere Einflussfaktoren kontrolliert werden, stellt sich heraus, dass es vor allem die aus Einsamkeit resultierende „negative Stimmung“ ist, die eine Auswirkung darauf hat, dass das Krankheitsrisiko steigt. Dieser Zusammenhang bleibt über unterschiedliche Altersgruppen hinweg konstant. Obwohl sich also die körperlichen Einschränkungen je nach Alter unterscheiden, hat die negative Stimmung ab dem mittleren Lebensalter einen altersunabhängigen Effekt auf die Gesundheit (Böger/Huxhold 2018). Gesundheitliche Probleme und Einsamkeit tragen mit zunehmendem Alter allerdings immer weniger zu einer negativen Stimmung bei. Ältere Menschen, so die Autor*innen, sind geschulter im Umgang mit negativen Emotionen. Durch das geringere Maß an negativen Stimmungen im Alter wiederum wirkt sich Einsamkeit weniger krankheitsverstärkend aus als bei jüngeren Altersgruppen (Böger/Huxhold 2018). Ihre Schlussfolgerung ist, dass im Alter soziale Interaktionen bedeutsamer und negative Stimmungen weniger bedeutsam für Einsamkeit werden.

Es ist nicht immer eindeutig zu bestimmen, ob Einsamkeit Ursache oder Moderator weiterer Entwicklungen ist. Als Moderator kann Einsamkeit z. B. dann angesehen werden, wenn andere Prozesse wie z. B. Arbeitslosigkeit vorausgehen (Beckfield et al. 2015). Dieser Prozess sieht häufig so aus, dass Arbeitslosigkeit zunächst Folgen wie ein geringeres Haushaltseinkommen und einen Statusverlust hat. Hierzu gehören, in Abhängigkeit von der jeweils bestehenden Arbeitslosenversicherung, ein weiteres z.T. dramatisches Absinken des Haushaltseinkommens bei Langzeitarbeitslosigkeit sowie die Empfindung, nicht gebraucht zu werden und beruflich den Anschluss zu verlieren. Entsprechend zeigt die vergleichende Forschung, dass Arbeitslosigkeit einen besonders starken und nachhaltigen negativen Effekt auf die Gesundheit hat (Griep et al. 2016) und der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Einsamkeit besonders hoch ist (Morrish/Medina-Lara 2021).

Neben der gesellschaftlichen und der wirtschaftlichen Ebene (z. B. Arbeitsmarkt) ist die politische Partizipation die dritte Ebene, auf der man mit anderen Menschen verbunden ist und die umgekehrt auf soziales Handeln angewiesen ist, um eine positive Wirkung entfalten zu können. Das bedeutet auch, dass Faktoren, die Menschen von einer politischen Beteiligung ausschließen, der Gesellschaft und der Demokratie in einem Land schaden. Bei einer Analyse der politischen Beteiligung in Deutschland und in den Niederlanden zeigt sich, dass Einsamkeit zu einer verringerten Wahlabsicht und zu einer geringer empfundenen Selbstverpflichtung führt, zur Wahl zu gehen (Langenkamp 2021). Langenkamp (2021) interpretiert diese Ergebnisse mit Daten aus Deutschland und den Niederlanden dahingehend, dass einsame Menschen, die sich nicht mit der Gesellschaft verbunden fühlen, auch eine geringere Verpflichtung verspüren, über die politische Beteiligung einen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten. Eine formelle Gruppenmitgliedschaft wiederum mobilisiert und motiviert Menschen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene (Langenkamp/Bienstman 2022), und über diesen Prozess führt eine soziale Integration zu einer politischen Integration.

In diesem Abschnitt wurde international vergleichend gezeigt, wie umfassend und tiefgreifend die Folgen von Einsamkeit, z. B. für die Gesundheit, sein können. Das bedeutet auch, dass Schutzmaßnahmen gegen Einsamkeit zu einer Verbesserung der Gesundheit und einer höheren Lebenserwartung führen können. Aus diesem Grund sind bisherige Maßnahmen zum Schutz vor Einsamkeit häufig im Rahmen der Gesundheitspolitik entstanden.

4 Ursachen von Einsamkeit im internationalen Vergleich

Zur Entwicklung von Schutzmaßnahmen gegen Einsamkeit ist es unabdingbar, die Ursachen von Einsamkeit zu verstehen. Wie bei den Folgen zeigen sich auch bei den Ursachen typische Muster, die im internationalen Vergleich wiederholt auftreten. Die Länderunterschiede weisen darauf hin, welche Länder bereits explizite oder implizite Maßnahmen ergriffen haben, mit denen Einsamkeit erfolgreich bekämpft werden kann.

Mit Daten aus den Niederlanden wurde die hohe Bedeutung von sozialen Netzwerken und des Wohnorts für das Einsamkeitsempfinden älterer Menschen nachgewiesen (Kemperman et al. 2019). „Aging in Place“, also „im Alter zu Hause leben“, lautet der Wunsch fast aller Menschen, die hierzu befragt werden. Auch Studien aus Australien und Neuseeland verdeutlichen, dass Menschen im Alter selbstständig zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung wohnen wollen (Davey 2004; Boldy 2010). Inzwischen wird in vielen Ländern mit Anpassungen der Wohnumgebung und der sozialen Sicherungssysteme auf diesen Wunsch reagiert (Neu 2022). Es besteht weitgehend Konsens, dass ältere Menschen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und dort unterstützt werden sollen. In diesem Fall sind sie in höherem Maße als in stationären

Einrichtungen, wie z. B. in Altenheimen, auf die Unterstützung durch ihre sozialen Netzwerke (Familie, Freund*innen, Nachbar*innen) angewiesen. Das wiederum hat erhebliche Auswirkungen auf die Anforderungen an die Nachbarschaften oder Quartiere, in denen ältere Menschen leben. Rentner*innen sind im Vergleich zu Erwerbstätigen auf eine Infrastruktur mit Einkaufsmöglichkeiten, Pflege-, Arzt- und Behördengängen und weitere soziale Unterstützungsleistungen im näheren Umfeld angewiesen (Dallago et al. 2009; Greenfield 2015). Es wurde darüber hinaus gezeigt, dass Bevölkerungsdichte, Bevölkerungsstruktur, die Bauweise und die dadurch geschaffenen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe einen Einfluss auf das Empfinden von Einsamkeit haben (Bowling/Stafford 2007; Livingston et al. 2008; Neu 2022).

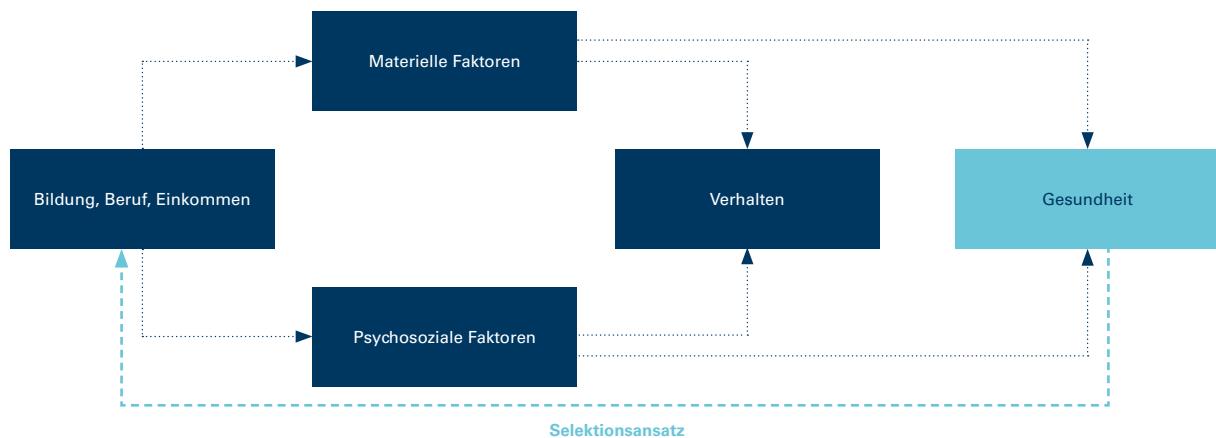
Besonders positiv auf die soziale Zufriedenheit wirkt sich die Lebensumgebung, die Nachbarschaft, aus. Hierzu gehören möglichst wenige soziale Probleme in der Nachbarschaft, vielfältige Freizeiteinrichtungen und ein Gefühl der Sicherheit (Hur/Morrow-Jones 2008). Die niederländische Studie von Kemperman et al. aus dem Jahr 2019 zeigt, dass ältere Menschen, die eine Verbindung zu ihrem Stadtteil aufbauen und sich zugehörig fühlen, zu einem Aufbau sozialer Netzwerke beitragen und sich weniger einsam fühlen. Die Stärke des Empfindens von Einsamkeit ist abhängig davon, wie die Qualität der Nachbarschaft eingeschätzt wird. Ist die Qualität höher, werden die Möglichkeiten, die der Stadtteil bietet, mehr genutzt und die Einsamkeit sinkt. Probleme in der Wohnumgebung wie Vandalismus oder herumliegender Müll werden als unangenehm wahrgenommen. Dadurch entsteht Misstrauen und die Bereitschaft sinkt, sich sozial zu engagieren (Ross/Jang 2000; Fong et al. 2021).

Bei vielen der nationalen oder international vergleichenden Studien, auf die im Folgenden hingewiesen wird, geht es um statistische Zusammenhänge. Nicht immer ist die Richtung der Zusammenhänge eindeutig zu bestimmen. Auch bei den zuvor dargestellten Folgen einer Krankheit kann Einsamkeit sowohl Krankheit verursachen als auch Krankheit zu Einsamkeit führen. Letzteres z. B. dann, wenn Schwerhörigkeit oder andere körperliche oder psychische Einschränkungen

dazu führen, dass die davon betroffenen Menschen an wichtigen Alltagsaktivitäten nicht teilhaben können oder wollen. Um die Richtung des Zusammenhangs möglichst gut zu bestimmen, wären vor allem Längsschnittstudien erforderlich, die aufgrund der hohen zeitlichen und finanziellen Kosten nur selten durchgeführt werden. Eine Alternative sind gute theoretische Modelle, bei denen die Richtung des Zusammenhangs wiederholt empirisch nachgewiesen wurde, wie z. B. das Anforderungs-Kontroll-Modell oder das Mackenbach-Modell der gesundheitlichen Ungleichheit (Richter/Hurrelmann 2007).

Bei international vergleichenden Analysen der Ursachen von Einsamkeit bietet es sich an, sich in einem ersten Schritt an dem Mackenbach-Modell zu orientieren (Schaubild 1, siehe Richter/Hurrelmann 2007). In diesem Modell wird gezeigt, dass Bildung, Einkommen und Beruf einen Einfluss auf die materiellen Möglichkeiten (z. B. die Wohnverhältnisse) haben, die sich wiederum positiv auf die Gesundheit bzw. eine Reduzierung der Einsamkeit auswirken können. Zentral ist das Gesundheitsverhalten, das häufig mit dem Bildungsniveau zusammenhängt. Bei den psychosozialen Faktoren wirken sich u. a. die berufliche Situation und der dabei bestehende Stress auf die Gesundheit aus. Das Verhalten ist deshalb von besonderer Bedeutung, da materielle und psychosoziale Faktoren sich sowohl direkt auf die Gesundheit auswirken als auch indirekt auf das Verhalten.

Schaubild 1: Das Mackenbach-Modell der gesundheitlichen Ungleichheit



Die zentralen Einflussfaktoren dieses Modells sind auch für die Erklärung von Einsamkeit relevant (siehe z. B. Dahlberg et al. 2018 zum Einfluss von Bildung und Morrish/Medina-Lara 2021 zum Einfluss von Arbeitslosigkeit). Das Modell und die Reviews von Findlay (2003), Cattan et al. (2005), Masi et al. (2011), Courtin/Knapp (2017) und Mann et al. (2017) weisen wiederholt auf folgende zentrale Einflussfaktoren hin, die in einem Zusammenhang mit Einsamkeit stehen: Einkommen und berufliche Situation, Bildung, Armut, Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. Auch wenn es zahlreiche weitere Einflussfaktoren gibt, sollen im Folgenden vor allem Studienergebnisse vorgestellt werden, die auf diese Faktoren ausgerichtet sind.

4.1 Einkommen

Ein Effekt des Einkommens auf Einsamkeit wird in Studien, die auf die Fragestellung ausgerichtet sind, fast durchgehend nachgewiesen (Hajek/König 2020). In einer britischen Studie zeigt sich, dass bei den meisten Einflussfaktoren zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit differenziert werden muss, nicht aber beim Einkommen. Anders als die Häufigkeit von Familienkontakten, die nur für die emotionale Einsamkeit wichtig ist, erhöht ein niedriges Einkommen sowohl die emotionale Einsamkeit als auch den sozialen Ausschluss (Dahlberg/McKee 2014). In einer vergleichenden Studie nordischer Länder wird Einsamkeit u. a. mit einem Fokus auf soziale Exklusion analysiert. Dabei wird soziale Exklusion z. B. über einen Ausschluss von materiellen Ressourcen definiert, der über Daten zum Haushaltseinkommen und zu finanziellen Sorgen gemessen wird (Dahlberg et al. 2022). Ein niedriges Einkommen resultiert danach in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden nicht in einem Anstieg der Einsamkeit, was für den effektiven und umfassenden Schutz durch die wohlfahrtsstaatlichen Systeme dieser Länder spricht. Bei finanziellen Sorgen, die auch in diesen Ländern zu verzeichnen sind, zeigt sich demgegenüber ein Anstieg der Einsamkeit. Allerdings sind die Werte nur in Schweden und Finnland signifikant (Dahlberg et al. 2022). In Neuseeland wurde bei einer Studie mit Menschen im Alter von 65 bis 70 Jahren

gezeigt, dass ein niedriges Einkommen die soziale Unterstützung, die man durch sein Umfeld erhält, reduziert und sich die Einsamkeit erhöht. Ein niedriges Einkommen wirkt sich sowohl direkt als auch indirekt über eine höhere Einsamkeit auf die mentale Gesundheit aus, die sich verschlechtert (Stephens et al. 2010). In den USA zeigt sich dieser Effekt ebenfalls. In einem Projekt konnte aber auch gezeigt werden, dass in den USA eine Förderung des sozialen Austauschs in einer Gruppe mit geringem Einkommen depressive Symptome reduziert und die Motivation erhöht, soziale Kontakte zu anderen aufzunehmen (Kotwal et al. 2021). Auch bei sehr schwierigen finanziellen Verhältnissen können negative Folgen von Einsamkeit reduziert werden. In Deutschland zeigt sich in einem Vergleich zwischen deutsch- und türkischstämmigen älteren Erwachsenen, dass die höhere Einsamkeit der türkischstämmigen Bevölkerung fast ausschließlich auf ihr durchschnittlich niedrigeres Einkommen und ihre schlechtere Gesundheit zurückzuführen ist (Fokkema/Naderi 2013).

4.2 Armut

Noch deutlicher als beim Einkommen sind die Zusammenhänge bei einem Haushaltseinkommen unterhalb der Armutsgrenze. Auch wenn Armutssicherungssysteme darauf ausgerichtet sind, mit einem Mindesteinkommen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (Bahle/Wendt 2021), bleiben viele Menschen, die von Armut betroffen sind, von der Teilnahme an Alltagsaktivitäten ausgeschlossen.

Die höhere Armut und das insgesamt niedrigere Einkommensniveau gelten auch als die wichtigsten Gründe, warum Einsamkeit in Süd- und Osteuropa höher ist als in Mittel- und Nordeuropa (Fokkema et al. 2012). Eine Analyse aus Indien zeigt, dass diese Zusammenhänge ebenfalls in Ländern mit einem sehr niedrigen Durchschnittseinkommen gelten. Hier wird bei Kindern unterhalb der Armutsgrenze häufiger ein Gefühl der Einsamkeit festgestellt als bei der übrigen Bevölkerung (Vijay et al. 2018).

Mit Hilfe von Längsschnittdaten zeigt Eckhard (2018) für Deutschland, dass eine höhere Einsamkeit kausal auf Armut zurückzuführen ist. Dies bedeutet auch, dass sowohl die Strategie, Armut zu reduzieren, als auch Programme, die Menschen mit geringem Einkommen helfen, am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren, vor Einsamkeit schützen. Die Längsschnittdaten zeigen außerdem, dass sowohl fehlende finanzielle Ressourcen zu sozialem Ausschluss und emotionaler Einsamkeit führen als auch Scham und das Gefühl, „wertlos“ zu sein, zu einem sozialen Rückzug beitragen (Eckhard 2018). Die in anderen gesellschaftlichen Bereichen aufgezeigten Prozesse der Stigmatisierung (Wendt 2013) sind somit auch für die Frage der Einsamkeit hoch relevant.

In Israel besteht bei jungen Erwachsenen ebenfalls ein starker Einfluss von Armut auf Einsamkeit (Refaeli/Achdut 2022). Dabei erweist sich ein höheres Maß an Sozialkapital innerhalb der Nachbarschaft als wichtiger Schutzfaktor vor Einsamkeit durch Armut, während die Nutzung sozialer Medien und des Internets bei Armut die Einsamkeit erhöht. Refaeli und Achdut (2022) identifizieren Vertrauen und Sozialkapital in der Nachbarschaft als wichtige Moderatoren, um bei Armut vor Einsamkeit zu schützen.

4.3 Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit hat mehrere Effekte, die für Einsamkeit relevant sind. Deshalb wird Arbeitslosigkeit, vor allem Langzeitarbeitslosigkeit, auch als „cause of causes“ für eine Vielzahl von Folgeproblemen verantwortlich gemacht (Beckfield et al. 2015). Morrish und Medina-Lara (2021) identifizieren einen starken Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und schwerwiegenden Einsamkeitserfahrungen. Den stärksten Zusammenhang sehen sie dabei im Alter von 30 bis 34 und im Alter von 50 bis 59. Diese Ergebnisse decken sich mit den von Luhmann und Hawley (2016) identifizierten Höchstwerten der Einsamkeit im Alter von etwa 30 und 60 Jahren. Morrish et al. (2022) sehen in ihrer Analyse englischer

Längsschnittdaten Auswirkungen in beide Richtungen: Arbeitslosigkeit hat Einsamkeit zur Folge und Einsamkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit. Konzepte gegen Einsamkeit, so Morrish et al. (2022), verbessern die Erwerbschancen der entsprechenden Bevölkerungsgruppen und tragen direkt und indirekt (über die Förderung einer Erwerbstätigkeit) zu einer besseren Gesundheit bei. Einige Studien legen nahe, dass es nicht immer die Arbeitslosigkeit selbst ist, die direkt zu Einsamkeit führt, sondern soziale Ängste oder eine Arbeitsunfähigkeit, die die Ursache für Arbeitslosigkeit ist (Macdonald et al. 2018; Bruce et al. 2019). In einer US-amerikanischen Längsschnittstudie wird gezeigt, dass soziale Ängste einen besonders starken Effekt auf Einsamkeit haben, und diese Ängste sind bei Arbeitslosigkeit und dem Gefühl eines sozialen Abstiegs besonders groß (Bruce et al. 2019).

4.4 Bildung

Bei fast allen gesellschaftlichen Problemen stellen wir einen Bildungseffekt fest. In der untersten Bildungsgruppe ist die Lebenserwartung im Durchschnitt um etwa zehn Jahre kürzer als in der obersten Bildungsgruppe (Wendt 2012). Mit höheren Kompetenzen, in diesem Fall Gesundheitskompetenzen, sind ein höheres Gesundheitsbewusstsein und ein besseres Gesundheitsverhalten verbunden (Ford et al. 2021). Ein Beispiel ist das Rauchverhalten. Vor allem die aktive Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, ist bei den höheren Bildungsgruppen deutlich mehr verbreitet. Hinzu kommt die Zugehörigkeit zu sozialen Netzwerken, die in einem höheren Ausmaß ein gesundes Verhalten fördern, sowie berufliche Positionen, die mit geringerem Stress die Gesundheit weniger stark belasten (Wendt 2012; Batterham et al. 2016). Mehrere dieser Ergebnisse lassen sich auf Einsamkeit übertragen, und die ersten Studien zu Bildung und Einsamkeit weisen ebenfalls in diese Richtung. Der internationale Vergleich von Fokkema et al. (2012) zeigt, dass Bildung vor Einsamkeit schützt. Sowohl der Bildungsgrad als auch kognitive Funktionen und Kompetenzen haben einen Einfluss auf die Stärke des sozialen Rückzugs und auf emotionale Einsamkeit.

(Shankar et al. 2013). Forschungsergebnisse aus Dänemark belegen, dass häufig eine Kumulation von Risiken stattfindet und Menschen, die in einem sozial schwachen Stadtteil aufwachsen und eine niedrige Bildung bzw. einen niedrigen sozioökonomischen Status haben, besonders von Einsamkeit betroffen sind (Algren et al. 2020).

In Deutschland wird durch einen höheren Bildungsgrad das Risiko der Einsamkeit signifikant gesenkt, und dieser Zusammenhang erklärt neben weiteren sozio-ökonomischen Faktoren Unterschiede der Einsamkeitsbelastung zwischen türkischstämmigen Bevölkerungsgruppen und Bevölkerungsgruppen ohne Migrationshintergrund (Fokkema/Naderi 2013). Eine höhere Bildung schützt unabhängig von einem Migrationshintergrund vor Einsamkeit. Das gleiche Bild zeigt sich in den Niederlanden. Ein höherer Bildungsgrad erweist sich als wichtiger Schutz vor Einsamkeit für Migrant*innen aus der Türkei und aus Marokko (Van Tilburg/Fokkema 2021). In Schweden dagegen spielt bei älteren Menschen der Bildungsgrad in Bezug auf Einsamkeit keine Rolle (Dahlberg et al. 2015). Das seit vielen Jahren egalitäre schwedische Bildungssystem scheint ein wichtiger protektiver Faktor für alle Bevölkerungsgruppen zu sein.

4.5 Pflegebedürftigkeit

Einsamkeit tritt insbesondere dann auf, wenn soziale Kontakte und die Einbindung in soziale Netzwerke reduziert sind und eine Teilnahme am alltäglichen Leben nur begrenzt möglich ist. Diese Situation tritt besonders im hohen Alter, bei gravierenden physischen oder geistigen Einschränkungen und damit verbundener Pflegebedürftigkeit auf. Der in einigen Ländern bestehende U-förmige Verlauf von Einsamkeit ist damit zu erklären, dass die Zahl enger Verwandter und Freund*innen, die verstorben sind, steigt, wenn ein sehr hohes Alter erreicht wird. Auch fallen viele Aktivitäten weg, die wiederkehrende Kontakte mit anderen Menschen ermöglichen, wie z. B. die Erwerbstätigkeit oder der Vereinssport. In einer spanischen Studie zeigt sich, dass es in Alten- und Pflegeheimen vor

allem erforderlich ist, soziale Aktivitäten, den sozialen Zusammenhalt und Treffen mit Freund*innen und Angehörigen auszuweiten. Demgegenüber ist es bei auf Pflege angewiesenen Menschen, die in ihrem Wohnumfeld bleiben können, erforderlich, die öffentliche Infrastruktur und ambulante Hilfen zu stärken (Prieto-Flores et al. 2011). Eine schwedische Studie zeigt, dass Einschränkungen der Mobilität aufgrund körperlicher Gebrechen vor allem bei älteren Frauen zu Einsamkeit führen (Dahlberg et al. 2015). In den Niederlanden wurde überprüft, ob eine Reduzierung der Hilfen im Haushalt für ältere Menschen die Einsamkeit in dieser Bevölkerungsgruppe erhöht, und es konnte nach Einführung der entsprechenden Reform kein Einfluss auf die Einsamkeit festgestellt werden (Arsenijevic/Groot 2018). Dabei ist zu beachten, dass in den Niederlanden in dieser Zeit das Pflegesystem umfassend reformiert und die Versorgungsprozesse des Gesundheits- und des Pflegesystems enger aufeinander abgestimmt wurden (Lette et al. 2020). Durch eine bessere Koordination konnte die Kürzung von Hilfen im Haushalt kompensiert werden.

In einer in den USA durchgeföhrten Studie wurde die hohe Bedeutung einer personenbezogenen Pflege und der Berücksichtigung individueller Wünsche und Präferenzen hervorgehoben (Andrew/Meeks 2018). Bei einem Wechsel von der gewohnten Umgebung in eine Alters- und Pflegeeinrichtung fallen gewohnte Abläufe, Routinen und Freizeitaktivitäten z.T. weg. Eine der zentralen Aufgaben, so Andrew und Meeks (2018), besteht darin, im Zuge eines solchen Prozesses soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und neue Möglichkeiten für soziale Aktivitäten zu etablieren, um negative Effekte auf die Gesundheit und eine höhere Einsamkeit zu vermeiden.

4.6 Gesundheit

Die sehr negativen Auswirkungen auf die Gesundheit gehören zu den Gründen, warum Einsamkeit als eines der individuellen und gesellschaftlichen Probleme angesehen wird, bei denen eine Lösung besonders notwendig ist. Gleichzeitig

hat Gesundheit in vielfältiger Hinsicht einen Einfluss auf Einsamkeit (Fong et al. 2021). Ein schlechter Gesundheitszustand oder auch, wie z. B. bei einer Krebs-erkrankung, die Diagnose einer schwerwiegenden Krankheit kann zu sozialem Rückzug führen und dem Gefühl, seinem Schicksal ausgeliefert zu sein und dass andere einem nicht helfen können. Dies kann selbst dann der Fall sein, wenn der körperliche Zustand eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ohne Einschränkungen erlauben würde.

Eine belgische Studie mit Fokus auf soziale Einsamkeit zeigt, wie vielfältig und komplex die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Einsamkeit und weiteren Faktoren sein können. Der erste festgestellte Zusammenhang ist vergleichsweise einfach. Im Durchschnitt ist der Gesundheitszustand im höheren Alter schlechter. Dadurch reduzieren sich die sozialen Kontakte und das Einsamkeitsrisiko steigt (Heylen 2010). Allerdings haben nicht alle Studien diesen Zusammenhang nachgewiesen und bisher wurden die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Faktoren nicht umfassend analysiert. Die belgische Studie zeigt, dass für ältere Menschen, die ihre eigene Gesundheit schlechter einschätzen, die Anzahl der sozialen Kontakte weniger relevant ist. Es hat den Anschein, als ob sie ihre Erwartungen den objektiven Möglichkeiten anpassen. Ihre subjektive Gesundheit ist dabei relevanter als objektive Gesundheitsmaße. Im Zuge dieses Anpassungsprozesses reduzieren sie ihre sozialen Interaktionen und dadurch steigt das Risiko der sozialen Einsamkeit (Heylen 2010).

In der „Health and Retirement Study“ wird mit US-amerikanischen Längsschnittdaten von 2002 bis 2008 gezeigt, dass in den USA Einsamkeit die Ursache von depressiven Symptomen und sowohl Ursache als auch Folge von funktionellen Einschränkungen ist. Außerdem hat Einsamkeit einen kleineren, aber signifikanten Effekt auf die selbsteingeschätzte Gesundheit im höheren Alter (Luo et al. 2012). Dieser Zusammenhang zwischen Einsamkeit und psychischer Gesundheit wurde in zahlreichen Studien für unterschiedliche Länder nachgewiesen (Wang et al. 2018; Fong et al. 2021).

Anhand spanischer Daten wurde der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Einsamkeit bei Menschen in Pflegeeinrichtungen untersucht. Erneut zeigt sich, dass es davon abhängt, wo und wie man wohnt, in welcher Weise sich andere Faktoren auf Einsamkeit auswirken. Der selbsteingestufte Gesundheitszustand wirkt sich vor allem auf die Einsamkeit älterer Menschen aus, die eigenständig in ihrer Nachbarschaft wohnen, zeigt jedoch keinen Effekt bei denjenigen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben (Prieto-Flores et al. 2011).

Das Wohlbefinden und die Gesundheit hängen in erheblichem Maße von der sozialen Umgebung ab, von der Nachbarschaft, in der man lebt. Zusammen wirken sich eine gute Gesundheit, die damit einhergehende Mobilität und die lokale Infrastruktur, z. B. öffentliche Plätze, als effektive Schutzfaktoren vor Einsamkeit aus (Finlay et al. 2019; Fong et al. 2021). Dieses Ergebnis zeigt auch eine niederländische Studie (Van den Berg 2016). Die Zufriedenheit mit der Wohnumgebung, der Nachbarschaft, hat einen starken Effekt darauf, dass sich ältere Menschen weniger einsam fühlen. Diese Zufriedenheit steigt vor allem dann, wenn die älteren Menschen mobil sind, und die Mobilität nimmt bei besserer Gesundheit und einem geringen Maß an körperlichen Einschränkungen zu. Über die damit verbundene Mobilität im Stadtteil bzw. der Nachbarschaft und die dadurch verbesserten sozialen Interaktionen und Besuche in Parks, der Kirche bzw. von Religionsstätten, öffentlichen Plätzen und der Nutzung von Einkaufsmöglichkeiten, bietet eine gute Gesundheit einen hohen Schutz vor Einsamkeit (Van den Berg et al. 2016; Kemperman et al. 2019).

In diesem Abschnitt wurde gezeigt, wie vielfältig die Ursachen von Einsamkeit sind. Oft sehen wir kumulative Effekte, bei denen sich z. B. ein geringes Einkommen negativ auf die Gesundheit und eine niedrige Qualität der Infrastruktur im Wohnumfeld auswirkt; zusammen können diese Faktoren zu gravierenden Einsamkeitserfahrungen beitragen. Länder, in denen es besonders gut gelingt, Probleme wie Armut oder eine geringe Bildung zu bekämpfen, verfügen über wichtige Schutzmechanismen vor Einsamkeit.

5 Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Einsamkeit im internationalen Vergleich

Trotz zahlreicher gesellschaftlicher Institutionen und Organisationen, die für soziale Austauschbeziehungen aufgebaut wurden und auf Werten der Solidarität und Chancengleichheit basieren, ist die Einsamkeit in modernen Gesellschaften auf einem hohen Niveau (Luhmann et al. 2022). Das hängt u. a. damit zusammen, dass Institutionen, die den sozialen Zusammenhalt fördern, durch Ökonomisierungsprozesse geschwächt werden (Rothgang et al. 2010). Es handelt sich aber auch um eine Folge des demografischen Wandels, der eine Abnahme sehr enger Verwandtschaftsbeziehungen (z. B. bei Kinderlosigkeit oder bei Einzelkindern von geschwisterlosen Paaren) mit sich bringt und dazu führt, dass Menschen vor allem im höheren Alter weniger soziale Kontakte haben (Holt-Lunstad 2017). Soziale Probleme, die mit Einsamkeit zusammenhängen, hat es schon immer gegeben. Sie haben jedoch durch demografische Entwicklungen erheblich an Bedeutung gewonnen, so dass zusätzliche Lösungen gefunden und umgesetzt werden müssen.

In diesem Abschnitt wird zunächst auf indirekte und institutionelle Maßnahmen gegen Einsamkeit (5.1) eingegangen. Der Wohlfahrtsstaat, das Gesundheitssystem, das Bildungssystem und Vereine sind zentrale Mittel, um Menschen zu integrieren und Ursachen von Einsamkeit einzudämmen. Nachfolgend werden Empfehlungen internationaler Organisationen sowie direkte nationale und lokale Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Einsamkeit aus einer international vergleichenden Perspektive diskutiert (5.2).

Zwischen den institutionellen bzw. indirekten Maßnahmen auf der einen Seite und den direkten Maßnahmen auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Wechselwirkungen. Der Wohlfahrtsstaat ist darauf ausgerichtet, Probleme zu reduzieren, die zu Einsamkeit beitragen. Umgekehrt entstehen über eine Reduzierung der

Einsamkeit erhebliche und nachhaltige Gewinne für das individuelle Wohlbefinden sowie die Gesundheit, und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nimmt ab (Coyle/Dugan 2012). Aus diesem Grund sehen Coyle und Dugan (2012) Interventionen zur Reduzierung von Einsamkeit als kostenneutral an. Dies trifft allerdings nur dann zu, wenn bei einer geringeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wirklich weniger finanzielle Ressourcen für die Gesundheitsversorgung aufgewendet werden, was vor allem in den USA, aber auch in Deutschland bisher nur in sehr seltenen Fällen gelungen ist (Wendt 2013; Kung et al. 2021; Mihalopoulos et al. 2021). Sollte dies funktionieren, wäre in der Tat nicht nur eine Kostenneutralität, sondern eine erhebliche Einsparung von Ressourcen gegeben.

5.1 Indirekte und institutionelle Maßnahmen gegen Einsamkeit

Die hohe Einsamkeit in Bevölkerungsgruppen, die demografisch bedingt wachsen, verdeutlicht, dass neue Lösungen zur Bewältigung des Problems der Einsamkeit geschaffen werden müssen. Gemeinschaften und Gesellschaften sind das Ergebnis sozialen Handelns. Soziale Beziehungen bilden den Kern des menschlichen Zusammenlebens. Von Beginn an wurden Institutionen aufgebaut, die den sozialen Zusammenhalt stärken und auf Dauer stellen.⁶ Zu den wichtigen Institutionen gehören die Familie, die Kirche bzw. Religionsgemeinschaften, der Staat bzw. politische Institutionen, der Markt sowie wohlfahrtsstaatliche Institutionen. Internationale Unterschiede im Erleben von Einsamkeit sind u. a. ein Resultat der unterschiedlichen Funktionsfähigkeit von Institutionen, die den sozialen Zusammenhalt fördern. Spezifische Programme zur Prävention und Reduzierung von Einsamkeit sind vor allem dann erforderlich, wenn erstens Institutionen zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts geschwächt sind und

⁶ Mit Institutionen sind hier Prozesse gemeint, die auf Wertvorstellungen basieren und Orientierung für soziales Handeln geben (Lepsius 2017). Dadurch wird soziales Handeln berechenbar und es wird Vertrauen diesbezüglich aufgebaut, dass sich andere Personen in vergleichbaren Situationen ähnlich verhalten.

zweitens Institutionen an Bedeutung gewinnen, die nicht auf eine Förderung sozialer Beziehungen, sondern vielmehr auf Individualisierungsprozesse ausgerichtet sind. Eine besonders einflussreiche Institution mit Auswirkungen auf das soziale Handeln ist der Markt. Das zentrale Rationalitätskriterium des Marktes ist die Rentabilität (Lepsius 2017), und an diesem Prinzip richtet sich das Handeln auf dem Markt aus. Es fördert nicht per se Einsamkeit. Wenn jedoch in bestimmten Handlungskontexten Marktprinzipien an Bedeutung gewinnen, dann können dadurch Institutionen geschwächt werden, die eine gegenseitige soziale Unterstützung fördern und gleichzeitig auf diese angewiesen sind.

In den nächsten Abschnitten werden Institutionen aufgeführt, die für die Frage der Einsamkeit eine hohe Bedeutung haben. In der Summe sind diese Institutionen Teil einer politischen Kultur, die Menschen tendenziell in soziale Gemeinschaften einbindet und sie bei sozialen Problemlagen, die Einsamkeit fördern können, unterstützt oder aber im direkten Sinne des Wortes allein lässt. Diese Perspektive hilft zu verstehen, warum Einsamkeit in bestimmten Gesellschaften „ansteckender“ ist als in anderen und warum es wichtig ist, frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen, die vor Einsamkeit schützen. Da zahlreiche Institutionen moderner Gesellschaften auf soziale Interaktionen ausgerichtet sind, muss hier eine Auswahl getroffen werden. So haben z. B. Kirchen und religiöse Gemeinschaften eine hohe Bedeutung, wenn es darum geht, Menschen vor Einsamkeit zu schützen (Neu 2022). Kirchenaustritte können als Anzeichen dafür angesehen werden, dass weniger Menschen durch diese Institution integriert werden. Trotz des hohen Stellenwerts werden Kirchen nur in ihrer Funktion als Träger wohlfahrtsstaatlicher Einrichtungen indirekt in den Vergleich einbezogen. Von den wohlfahrtsstaatlichen Institutionen werden diejenigen ausgewählt, die vor allem auf soziale Dienstleistungen und weniger auf finanzielle Transferleistungen ausgerichtet sind. Dazu zählen die Familienpolitik, Gesundheits- und Pflegepolitik und in einer erweiterten Perspektive auch die Bildungspolitik. Aufgrund der durch Vereine geleisteten Integrationsarbeit wird außerdem deren Bedeutung für einen Schutz vor Einsamkeit diskutiert.

5.1.1 Kinderbetreuung

Besonders wichtig für junge Kinder und ihre Familien ist ein gut ausgebautes System der Kinderbetreuung mit ausgebildeten Pädagog*innen. Dadurch können nicht nur Kinder unterschiedlicher Herkunft integriert und Kontakte zu anderen Kindern aufgebaut werden (Dolan/Sherlock 2010). Eine gut ausgebaute Kinderbetreuung hilft bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und stärkt den mit Berufstätigkeit und einem höheren Einkommen verbundenen Schutz vor Einsamkeit. Eltern, und, wenn die Maßnahmen besonders gut greifen, darunter auch Alleinerziehende, können so besser integriert und vor Vereinsamungsprozessen geschützt werden (Lewis 2006; Dolan/Sherlock 2010).

Beim Angebot und der Nutzung von Kinderbetreuung für Kinder unter drei Jahren sind in Europa die nordischen Länder wie Dänemark und Schweden mit großem Abstand an der Spitze, gefolgt von Belgien, Luxemburg und Frankreich. Am unteren Ende finden wir osteuropäische Länder wie Polen, die Tschechische Republik und die Slowakei. Deutschland und Österreich befinden sich im Mittelfeld (Plantenga/Remery 2015; Wendt/Bahle 2020). Das gut ausgebaute System der Kinderbetreuung erklärt die seit Jahrzehnten hohe Erwerbstätigkeit, oft in Vollzeit, von Frauen in Dänemark und in weiteren nordischen Ländern (Cascio et al. 2015).

In vielen Ländern mit einer bereits erreichten sehr hohen Rate der Kinderbetreuung von Drei- bis Sechsjährigen sind die Spiel- und Kontaktmöglichkeiten in der Nachbarschaft für Kinder am Vormittag begrenzt. Daraus ergibt sich die wichtige Aufgabe für die Politik sicherzustellen, dass möglichst alle Familien von der Möglichkeit der Kinderbetreuung Gebrauch machen und die Kinder lernen, Kontakte mit Gleichaltrigen aufzubauen. Das in Deutschland 2013 eingeführte Betreuungsgeld ist in dieser Hinsicht kontraproduktiv und kann das Risiko der Einsamkeit bei Kindern erhöhen. In Ländern mit einer traditionellen Form der Kinderbetreuung, die häufig durch die Großeltern erfolgt – so z. B. in China –, kann diese Aufgabe umgekehrt auch dazu beitragen, die Einsamkeit in der älteren Generation zu reduzieren (Zhang et al. 2022).

5.1.2 Schulen

Im Unterschied zu vorschulischen staatlichen Betreuungsangeboten ist die Schule eine Institution, die alle Kinder und Jugendlichen erreicht. Schulen können in Abhängigkeit von unterschiedlichen Faktoren integrieren oder soziale Ausschlussverfahren in Gang setzen. Wichtige Faktoren sind hier die pädagogische Ausbildung und die Kompetenz der Lehrkräfte (Klaassen 2002). Bedeutsam ist außerdem, in welchem Ausmaß die Ganztagschule und ein gemeinsames Mittagessen verankert sind. Ganztagschulen gibt es u. a. in Finnland, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Schweden, Südkorea und in den USA (Jones 2003; Allemann-Ghionda 2009). In zahlreichen PISA-Studien wurden Vorteile des finnischen Schulsystems und der dort bestehenden Ganztagschule dokumentiert (Beese/Liang 2010). In diesen Kontexten bestehen bei einer hohen pädagogischen Qualität und einer großen Zahl an Lehrkräften und weiteren Pädagog*innen je Schüler*in gute Bedingungen, um Wege in die Einsamkeit frühzeitig zu erkennen und präventiv in die richtige Richtung zu lenken.

Eine wichtige Rolle spielen dabei Schulpsycholog*innen, die ergänzend zum Unterricht eingesetzt werden. Während in Deutschland auf eine*n Schulpsycholog*in mehr als 10.000 Schüler*innen kommen, sind es in den USA etwa 1.500 und in Dänemark, Estland und der Schweiz weniger als 1.000 Schüler*innen (Jimerson et al. 2009). Daran ist das unterschiedliche Potenzial zu erkennen, mit geschulten Kräften Kinder und Jugendliche über Einsamkeit und Schutzmaßnahmen zu informieren und mit ihnen protektive Maßnahmen durchzuführen.

5.1.3 Vereine

Neben Kinderbetreuung und Schulen sind es die Vereine, die besonders viele Kinder, Jugendliche und weitere Altersgruppen erreichen und in unserer Gesellschaft wichtige Integrationsfunktionen erfüllen. Vereine werden gegründet, um Menschen zusammenzubringen und gemeinsame Aktivitäten durchzuführen. Dadurch sind sie im Kern gegen Einsamkeit ausgerichtet. Der Anteil der Personen im Alter von 15 Jahren und älter, die in einem Sportverein sind, ist in den Nie-

derlanden, der Schweiz, Dänemark, Deutschland und Schweden am höchsten. In Großbritannien ist der Anteil weniger als halb so hoch. Besonders niedrig sind die Werte in ost- und südeuropäischen Ländern wie Ungarn, Griechenland oder Polen.

In Sportvereinen wirken sich die Möglichkeiten der Beteiligung direkt auf Erfahrungen mit ehrenamtlichem Engagement aus. Etwa ein Viertel der Bevölkerung über 14 Jahren ist in Schweden regelmäßig ehrenamtlich im Sportverein tätig. Es folgen die Schweiz, Dänemark und die Niederlande. Deutschland und Großbritannien sind mit Anteilen von 10 Prozent ehrenamtlichen Engagements in Sportvereinen im Mittelfeld der europäischen Länder. Erneut befinden sich ost- und südeuropäische Länder wie Ungarn, Spanien, Griechenland, Italien und Polen am unteren Ende der Länderskala (Hoekman et al. 2015). Auch bei ehrenamtlichen Tätigkeiten außerhalb von Sportvereinen finden sich ähnliche Muster (Pagnol/Huppert 2010).

Vereine bieten Aktivitäten und Zusammenkünfte für alle Alters- und Bevölkerungsgruppen an, wobei Mitgliedschaften in einem Sportverein mit steigendem Alter weniger werden. Vereine, die sich positiv auf soziale Beziehungen auswirken, sind sehr unterschiedlich.⁷ Sport ist auf den Teamgedanken ausgerichtet, Kinder werden von klein auf im Sportverein integriert und Sprachbarrieren können leichter als in anderen Lebensbereichen überwunden werden.

Sport integriert und die körperliche Aktivität sowie der erlebte soziale Zusammenhalt führen zu positiven Empfindungen (Andersen et al. 2019). Das gilt nicht nur für den Teamsport. Auch in Individualsportarten wie z. B. im Turnen, in der Leichtathletik, beim Schwimmen, Tennis oder im Kampfsport ist man Teil eines Teams. Über die gemeinsam in einer Gruppe praktizierte körperliche Aktivität hinaus haben Vereine dadurch eine Integrationsfunktion, Mitglieder werden an ehrenamtliche Tätigkeiten herangeführt und sind dadurch dem Verein und den

⁶ Während der Coronazeit wurde immer wieder das gemeinsame Singen hervorgehoben, das aufgrund der jeweils geltenden Schutzbestimmungen z. T. draußen, häufig im Wald, stattfand (Nix et al. 2020).

anderen Mitgliedern häufig für einen längeren Zeitraum verbunden. So tragen Vereine zur Bildung des sozialen Kitts und zum Schutz vor Einsamkeit in einer Gesellschaft bei. Deshalb kann der Ausbau privatwirtschaftlicher Sportangebote die Sportvereine in dieser Hinsicht nicht ersetzen. Erstens ist es z. B. in einem Fitness-Center eher möglich, anonym und ohne Kontakt mit anderen seinem Sport nachzugehen – auch wenn kurze soziale Kontakte zu anderen Trainierenden auch hier üblich und als Schutz vor Einsamkeit wichtig sind. Zweitens fehlt die Integration durch ehrenamtliche Arbeit. Drittens können untere Einkommensgruppen durch die höheren Kosten von privatwirtschaftlichen Sportangeboten ausgeschlossen werden (Shellman et al. 2015).

In vielen Studien zu Einsamkeit wird auf das Experiment von Eisenberger et al. (2006) hingewiesen, in dem gezeigt wird, dass ein sozialer Ausschluss vom Ballspiel ein Schmerzempfinden verursacht, bei denen die Aktivierungen im Gehirn in bildgebenden Verfahren nicht von körperlichen Schmerzen zu unterscheiden sind. Dies wird wiederholt als Beleg dafür interpretiert, dass Einsamkeit als eine Form des sozialen Ausschlusses zu Schmerzen und über einen längeren Zeitraum zu gesundheitlichen Schäden führt (Baumeister et al. 2005).

Der ernstzunehmende Hinweis, dass gerade innerhalb sozialer Gemeinschaften, und das gilt neben Vereinen z. B. auch für Schulen, ein sozialer Ausschluss zu Schmerzen und sozialem Rückzug führt (Eisenberger et al. 2006), hat wichtige gesellschaftliche und politische Implikationen. Die Kompetenz der Trainer*innen und Pädagog*innen muss hoch sein, um erstens Sportangebote so aufzubauen, dass sie integrieren, und zweitens den sozialen Ausschluss von Kindern und Jugendlichen und ihren sozialen Rückzug frühzeitig zu erkennen. Es ist also wichtig, die Bedeutung des Ehrenamts zu stärken, und vor allem für junge Kinder qualifizierte Trainer*innen zur Verfügung zu stellen.

5.1.4 Gesundheitssystem

Für viele Menschen im höheren Alter und mit z.T. chronischen Erkrankungen zählt das Gesundheitspersonal zu den wichtigsten Ansprechpartner*innen

(Gerst-Emerson/Jayawardhana 2015). Sie sind wichtige Vertrauenspersonen, und die Schwelle, sie anzusprechen, ist durch die Patient*innenrolle geringer als bei anderen potenziellen Hilfen. Wichtig ist dabei die Zeit, die dem Gesundheitspersonal zur Verfügung steht, um auf individuelle Bedürfnisse einzugehen und einsame Menschen beraten und darüber informieren zu können, wo sie weitere Hilfen erhalten. Die meisten Menschen und vor allem ältere Patient*innen wünschen sich, dass sich ihr*e Haus-/Allgemeinarzt bzw. -ärztin mehr Zeit für die Behandlung nimmt (Wendt et al. 2012). Es hängt vor allem von dem Honorierungssystem ab, ob für diese für einsame Menschen wichtigen Gespräche ausreichend Zeit zur Verfügung steht (Wendt 2013). Während die durchschnittliche Dauer der Kontakte zwischen Primär/Hausarzt bzw. -ärztin und Patient*in in Belgien und der Schweiz etwa 15 Minuten beträgt, sind es in Großbritannien und den Niederlanden 10 Minuten und in Deutschland und Spanien 7 bis 8 Minuten. Die Dauer dieser Kontakte ist in den letzten Jahren weiter gesunken (Deveugle et al. 2002; Rosta/Gjerløw Aasland 2016). In Deutschland hängt der kurze Kontakt mit der Honorierung über eine Einzelleistungserstattung zusammen und damit, dass anders als in Großbritannien und den Niederlanden kein Hausarztprinzip institutionalisiert wurde. Die meisten Patient*innen wünschen sich, dass sich Ärzt*innen und weiteres Gesundheitspersonal Zeit für die Behandlung nehmen (Wendt et al. 2010, 2012); dadurch könnte besser auf die Bedürfnisse einsamer Menschen eingegangen werden.

Einsamkeit wirkt sich auf zahlreiche Krankheiten und krankheitsverursachende Prozesse aus und erhöht die Sterblichkeit (Courtin/Knapp 2017). Einsamkeit wird in Bezug auf ihren Einfluss auf das Krankheitsrisiko von einigen Autor*innen mit anderen krankheitsverursachenden Faktoren, wie z. B. mit dem Rauchen oder mit schwerem Übergewicht, gleichgesetzt (Holt-Lunstad et al. 2010). Im Alter sind soziale Isolation und Einsamkeit besonders problematisch, da gesundheitliche Probleme zunehmen (die durch Einsamkeit verstärkt werden), finanzielle Ressourcen i. d. R. geringer sind und das soziale Netzwerk kleiner wird (Courtin/Knapp 2017).

Durch die, auch durch Einsamkeit bedingte, steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhöhen sich die individuell zu tragenden Kosten (z. B. bei Medikamenten), so dass sich die Probleme gegenseitig verstärken. Eine niederländische Studie zeigt, dass die Hausärzt*innen die Bedeutung des Gefühls von Einsamkeit ihrer Patient*innen als wichtig anerkennen, jedoch Schwierigkeiten haben, in diesen Situationen einen ärztlichen Rat zu geben. Analysen aus den USA zeigen, dass sozial isolierte Patient*innen einen schlechteren Zugang zu erforderlichen Gesundheitsinformationen haben. Die Autor*innen der niederländischen Studie empfehlen, das Gesundheitspersonal besser zur Problematik der Einsamkeit (z. B. zur chronischen und vorübergehenden Einsamkeit) und zu deren krankheitserzeugenden Wirkung zu schulen. In einer kanadischen Studie wird in diesem Zusammenhang betont, dass vor allem Krankenpflegepersonal die Problematik der Einsamkeit bei seiner Tätigkeit berücksichtigen und hierfür eine zusätzliche Expertise aufbauen sollte (Courtin/Knapp 2017).

5.1.5 Pflegesystem

Die Pflege ist der Bereich des Wohlfahrtsstaates, der sich aufgrund des demografischen Wandels mit einer zunehmenden Zahl älterer Menschen spät und dann besonders dynamisch entwickelt hat. Noch Ende der 1980er Jahre war ein Pflegesystem häufig nicht eigenständig institutionalisiert. Die Pflege war Aufgabe der Familie, wurde von einigen (oft kirchlichen) Trägern der Wohlfahrtspflege übernommen oder fand im Rahmen sehr langer Krankenhausaufenthalte innerhalb des Gesundheitssystems statt. In Deutschland wurde die gesetzliche Pflegeversicherung 1995 eingeführt (Wendt/Bahle 2020).

Ältere Menschen sind, wenn enge Freund*innen und Verwandte verstorben sind und aufgrund oftmals bestehender körperlicher Einschränkungen, besonders häufig von Einsamkeit betroffen. Entsprechend wichtig ist es, dass im Rahmen des Pflegesystems und bei Hilfsangeboten für Aktivitäten des täglichen Lebens umfangreiche Unterstützungsleistungen bereitgestellt werden, durch die Menschen kommunizieren können und sozial integriert werden. Es geht also darum, unter welchen strukturellen Bedingungen einsame ältere Menschen besonders gut

identifiziert werden können, wie sie regelmäßige Kontakte und Kommunikation innerhalb des Pflegesystems etablieren und wie durch Akteur*innen und Strukturen des Pflegesystems weitere Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten außerhalb des Pflegesystems gefördert werden können.

Für die Pflege wenden die nordischen Länder Schweden, Dänemark, Norwegen und Finnland sowie die Niederlande und Belgien die anteilig höchsten finanziellen Ressourcen bei einem vergleichsweise geringen privaten Finanzierungsanteil auf. Die USA sowie ost- und südeuropäische Länder wie Polen, Ungarn, Spanien, Italien und Portugal befinden sich am unteren Ende der Skala. Die USA und die südeuropäischen Länder kennzeichnet darüber hinaus ein besonders hoher privater Finanzierungsanteil. Deutschland und Großbritannien befinden sich im Mittelfeld und weisen beide ebenfalls hohe private Selbst- und Zuzahlungen auf (Wendt/Bahle 2020). Bei der Struktur der Leistungen zeigt sich, dass in Ländern, in denen viele Ressourcen für die Pflege aufgewendet werden, i. d. R. sowohl ambulante als auch stationäre Einrichtungen (Alten- und Pflegeheime) gefördert werden. Spitzenwerte weisen sowohl bei der Pflege in Einrichtungen als auch bei der Pflege zu Hause die nordischen Länder Dänemark, Schweden und Norwegen sowie die Schweiz auf. Deutschland und Frankreich befinden sich im Mittelfeld, während Portugal, Spanien und die USA in beiden Kategorien zu den Ländern mit den geringsten Pflegeangeboten gehören (Wendt/Bahle 2020).

5.1.6 Einsamkeit im Wohlfahrtsstaat

Insgesamt zeigen die Daten zu Einsamkeit im internationalen Vergleich, dass gut ausgebauten Wohlfahrtsstaaten einen Schutz vor Einsamkeit bieten. Institutionen wie das Gesundheitssystem können beides bieten: einen Schutz vor Einsamkeit und einen Schutz davor, dass Einsamkeit erhebliche negative Folgen für die Gesundheit hat. Hierfür ist es erforderlich, dass präventive Gesundheitsleistungen ausgebaut werden und sich Leistungserbringende im Gesundheits- und Pflegesystem Zeit für ihre Patient*innen nehmen können. Es zeigt sich außerdem, dass sehr häufig gut ausgebauten Wohlfahrtsstaaten über eine umfassende Vereinsstruktur für sportliche und andere Aktivitäten verfügen, mit denen

Kinder, Jugendliche und weitere Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Dadurch können frühzeitig jüngere Mitglieder der Gesellschaft an soziale und ehrenamtliche Aktivitäten herangeführt werden und über diese Prozesse mentale Stärke aufbauen, die vor Einsamkeit schützt. Dieses Bild wird durch Studien zum Zusammenhang von wohlfahrtsstaatlichen Institutionen und Einsamkeit bestätigt.

In „Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes“ zeigen Nyqvist et al. (2019) mit ESS-Daten, dass in den nordischen Wohlfahrtsstaaten der Anteil von Menschen im Alter ab 60 Jahren besonders hoch ist, die keine oder nur sehr geringe Einsamkeitserfahrungen machen. Ebenfalls geringe Einsamkeitserfahrungen sind in der Bevölkerung ab 60 Jahren in konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaaten zu erkennen. Hier haben vor allem Deutschland, die Schweiz und die Niederlande Vorteile und somit Länder, die zusätzlich über gut ausgebauten Vereinsstrukturen (Deutschland, Niederlande) oder Pflegesysteme sowie Hausarztsysteme mit längeren Konsultationszeiten (Niederlande, Schweiz) verfügen. Demgegenüber sind in ost- und südeuropäischen Ländern, die häufig als rudimentäre Wohlfahrtsstaaten bezeichnet werden, die Anteile älterer Menschen mit Einsamkeitserfahrungen sehr viel höher. Die liberalen Wohlfahrtsstaaten Großbritannien und Irland sind z.T. ähnlich niedrig wie in den konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaaten, was durch das Hausarztprinzip im Gesundheitssystem mit vergleichsweise langen Arzt-Patient*innen-Kontakten und umfangreichen präventiven Maßnahmen erklärt werden kann.

In schwach ausgebauten Wohlfahrtsstaaten treten zahlreiche gesellschaftliche Probleme verstärkt auf, zu denen auch das Risiko der Einsamkeit gehört. Die Probleme müssen dann wiederum mit zusätzlichen zielgerichteten Maßnahmen verringert werden (Dittmann/Göbel 2022). Diese Länder, zu denen u. a. Großbritannien und die USA zählen, lassen bei ihrer Konzentration auf zielgerichtete Maßnahmen außer Acht, dass universelle Programme häufig effektiver vor gesellschaftlichen Problemen wie Einsamkeit oder Armut schützen können (zu

Armut siehe Korpi/Palme 1998; Jacques/Noël 2018). Dies hängt auch damit zusammen, dass universelle Programme den Gemeinsinn stärken, der gegen Einsamkeit zwar nicht immun, so doch erheblich widerstandsfähiger macht und dazu führt, dass die Bürger*innen bereit sind, mehr Abgaben und Steuern für einen Schutz vor sozialen Risiken zu zahlen (Wendt/Bahle 2020). Maßnahmen zum Schutz vor Einsamkeit dürften dann besonders erfolgreich sein, wenn sie auf bestehenden Institutionen oder Programmen, mit denen weite Teile der Bevölkerung erreicht werden, aufbauen.

5.2 Direkte Maßnahmen gegen Einsamkeit

In diesem Abschnitt werden zunächst Initiativen und Empfehlungen internationaler und nationaler Organisationen vorgestellt (5.2.1), die für zahlreiche nationale Strategien einen wichtigen Ausgangspunkt bilden. Nachfolgend wird auf nationale und lokale Strategien und Maßnahmen eingegangen (5.2.2). Dieser Abschnitt wird in „Programme für ältere Menschen“, „Programme bei mentalen Problemen“, „Nachbarschaftsprogramme“, „E-Interventionen“ und „Typen von Interventionen“ unterteilt. Da zahlreiche Maßnahmen auf ältere Menschen ausgerichtet sind, werden die für diese Zielgruppe konzipierten nationalen Strategien z. T. im Unterabschnitt 5.2.2.5 diskutiert.

5.2.1 Internationale und nationale Organisationen

Die Beschäftigung internationaler Organisationen mit dem Problem der Einsamkeit hat durch die Covid-19-Pandemie erheblich an Bedeutung gewonnen. Heute steht dieses Thema bei den Vereinten Nationen (United Nations/UN) und der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization/WHO) oben auf der Agenda. Noch vor wenigen Jahren war diese Schwerpunktsetzung nicht in dem Ausmaß zu erkennen. Weder in den Gesundheitszielen der WHO noch in den „Sustainable Development Goals“ der UN bildeten Strategien gegen Einsamkeit einen Schwerpunkt. Die angepassten Strategien zur Reduzierung von Einsamkeit sind erstens auf den rasanten demografischen Wandel der

letzten Jahre zurückzuführen. Zweitens hat die Covid-19-Pandemie vor Augen geführt, wie eng Gesundheit und Einsamkeit miteinander verbunden sind und dass zahlreiche Public-Health-Maßnahmen zwar vor gesundheitlichen Gefahren schützen, aber gleichzeitig die Einsamkeit und die mit ihr zusammenhängenden Gesundheitsrisiken verstärken.

Seit Beginn der 2020er Jahre werden von der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen die hohe Bedeutung und die weitreichenden Probleme von Einsamkeit und sozialer Isolation auf globaler Ebene hervorgehoben (Hawley 2022). In dem Policy Brief „Addressing loneliness and social isolation among older people in Europe“ des „European Centre for Social Welfare Policy and Research“, das der UN angegliedert ist, fassen Sandu, Zólyomi und Leichsenring (2021) mehrere in europäischen Ländern durchgeführte Interventionen gegen Einsamkeit und soziale Isolation zusammen. Auf EU-Ebene werden außerdem die unterschiedlichen Interventionen in den EU-Mitgliedsstaaten dokumentiert.⁸

Als Teil der „UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030“ (WHO 2021a) empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation in dem Strategiepapier „Social isolation and Loneliness among older people“ u. a. folgende Maßnahmen: Förderung und Training sozialer Kompetenzen und des gegenseitigen Kennenlernens, kognitive Verhaltenstherapien, Verbesserung der Infrastruktur und Förderung von altersgerechten Gemeinden bzw. Nachbarschaften (WHO 2021b). Eine umfassende Strategie zur Reduzierung sozialer Isolation und Einsamkeit sollte danach auf evidenzbasierter Forschung aufbauen, „best practice“-Beispiele zum Vorbild nehmen und die zentralen Akteur*innen und Institutionen global vernetzen (WHO 2021b). Erste Daten werden im Rahmen der WHO-Studie „Global AGEing and Adult Health (SAGE)“⁹ bereitgestellt. Mit diesen Daten und weiteren Informationen sollen zukünftig ländervergleichende Studien von hoher Qualität ermöglicht werden. Eine weitere Datenquelle, in der die international anerkannte „De Jong Gierveld Loneliness Scale“ (De Jong Gierveld/Van Tilburg 2006)

⁸ https://knowledge4policy.ec.europa.eu/composite-indicators/mapping-loneliness-interventions_en

⁹ www.who.int/data/data-collection-tools/study-on-global-ageing-and-adult-health

verwendet wird, ist der „Generations and Gender Survey“ (GGS)¹⁰, bei dem die Gruppe einbezogener Länder derzeit ebenfalls erweitert wird.

Auf nationaler Ebene sind zahlreiche Nichtregierungsorganisationen (Non-governmental organization/NGO) mit unterschiedlichen Kampagnen tätig, die sich z. T. an den durch internationale Organisationen bereitgestellten Informationen und Initiativen orientieren. Die größte und weit in Gesellschaft, Politik und Wissenschaft vernetzte US-amerikanische Organisation gegen Einsamkeit ist die „Coalition to End Social Isolation and Loneliness“¹¹, die sich vor allem dafür engagiert, dass dieses Thema in der Öffentlichkeit eine höhere Aufmerksamkeit erhält (Hawley 2022). Die Strategie umfasst u. a. eine Public-Health-Perspektive und Aktivierungsprogramme auf Gemeindeebene. Das „International Loneliness and Isolation research Network“¹² sowie das britische „Loneliness and Social Isolation in Mental Health Network“¹³ konzentrieren sich vor allem darauf, die Wissensbasis und den internationalen Austausch zu den Ursachen und Folgen von Einsamkeit zu erweitern.

5.2.2 Nationale und lokale Strategien und Maßnahmen

Einsamkeit ist aufgrund ihrer wachsenden Bedeutung Thema mehrerer nationaler Strategien, vor allem im Rahmen der Gesundheitspolitik. Dabei geht es u. a. darum, das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität als Schutz vor Einsamkeit zu verbessern (Cattan et al. 2005). Diese Entwicklung hat mehrere Gründe. Studien zeigen, dass Einsamkeit besonders in Nachbarschaften mit einem geringen Einkommen, einer hohen Armutssquote und einer gefühlten hohen Kriminalität und damit einem Gefühl der Unsicherheit hoch ist (Fong et al. 2021). Daten aus Großbritannien, den USA und weiteren OECD-Ländern zeigen, dass in diesen Nachbarschaften durch lange Arbeitszeiten und Arbeitswege weniger Zeit zur Verfügung steht, um sich in der Nachbarschaft zu engagieren

¹⁰ www.ggp-i.org

¹¹ www.endsocialisolation.org

¹² <https://publichealth.ie/ilink/>

¹³ <https://www.ucl.ac.uk/psychiatry/research/epidemiology-and-applied-clinical-research-department/loneliness-and-social-isolation>

und gegenseitig kennenzulernen. Während in den 1980er Jahren Frauen in den USA viel Zeit für Nachbarschaftsaktivitäten aufgewendet haben, hat sich das in den USA und in weiteren westlichen Ländern mangels Freizeit, häufig aufgrund einer Erwerbstätigkeit, erheblich reduziert (Fong et al. 2021). Ähnliche Trends sind in Bezug auf ehrenamtliche Tätigkeiten, Religionszugehörigkeit und die durchschnittliche Größe der sozialen Netzwerke zu erkennen, die jeweils aufgrund fehlender Freizeit zurückgehende Zahlen aufweisen (Fong et al. 2021). Der bisher größte Schritt, um Programme zur Prävention und Reduzierung von Einsamkeit auf nationaler Ebene zu etablieren, wurde in Großbritannien vollzogen. Hier wurde 2018 die weltweit erste (so bezeichnete) „Einsamkeitsministerin“ benannt. Es handelt sich um die Ministerin für „Digital, Culture, Media and Sport“, die u. a. für die nationale Strategie gegen Einsamkeit zuständig ist. Diese Strategie folgt dem innerhalb des nationalen Gesundheitssystems, dem National Health Service, initiierten Konzept einer sogenannten „Sozialverschreibung“ (social prescribing). Ärzt*innen können Patient*innen, die informell als einsam eingestuft werden, eine Verschreibung ausstellen, die es ihnen ermöglicht, mit reduzierten Beiträgen an sozialen Aktivitäten teilzunehmen (Hagan 2021; Hawley 2022). Die mit umfangreichen finanziellen Mitteln¹⁴ geförderten staatlichen Programme folgen Initiativen von zwei NGOs, der „Campaign to End Loneliness“¹⁵ und der „Jo Cox Commission on Loneliness“¹⁶, die 2011 und 2016 ihre Arbeit aufnahmen (Hagan 2021). Im Rahmen des AGE UK-Programms¹⁷ wurden Gemeinschaftszentren gebildet, die jeweils durch einen lokalen Beirat geleitet werden und die Aufgabe haben, Erfahrungen mit Maßnahmen zur Reduzierung von Einsamkeit zu sammeln und sich untereinander auszutauschen (Sandu et al. 2021).¹⁸ Hinzu kommen Initiativen des britischen Roten Kreuzes,¹⁹ die den Schwerpunkt haben, Hilfen bei Einsamkeit zu vermitteln (British Red Cross and Co-Op 2016).

¹⁴ www.gov.uk/guidance/governments-work-on-tackling-loneliness#funds

¹⁵ www.campaigntoendloneliness.org

¹⁶ www.jocofoundation.org

¹⁷ www.ageuk.org.uk

¹⁸ Maßnahmen für ältere Menschen im Rahmen des AGE UK-Programms werden weiter unten beschrieben.

¹⁹ www.redcross.org.uk/lonely

In Japan wurde als Reaktion auf die hohe Suizidrate von Frauen Anfang 2021 ebenfalls ein Minister für Einsamkeit eingesetzt (Steptoe 2022). Mit einer Amtszeit von weniger als acht Monaten war diese Initiative jedoch von kurzer Dauer. Eine weitreichende nationale Strategie gegen Einsamkeit ist in Japan nach wie vor nicht zu erkennen (Rosyida 2022).

Eine umfassende nationale Strategie wurde außer in Großbritannien bisher vor allem in Australien auf den Weg gebracht. Bei der „Ending Loneliness Together“²⁰ -Initiative geht es darum, das Bewusstsein dafür zu stärken, dass Einsamkeit ein bedeutendes individuelles und gesellschaftliches Problem darstellt, und ein standardisiertes Programm an Maßnahmen zu definieren. Diese Maßnahmen können durch kommunale Akteur*innen oder durch Ärzt*innen eingesetzt werden, um Menschen vor Einsamkeit zu schützen. In Finnland ist die nationale Strategie vor allem darauf ausgerichtet, die Einsamkeit innerhalb der älteren Bevölkerung durch lokale Freundeskreise zu reduzieren.²¹ In den USA fehlt trotz zahlreicher NGOs, die in diesem Feld aktiv sind, eine einheitliche nationale Strategie. Im Rahmen zahlreicher wissenschaftlicher Projekte, durch die Maßnahmen gegen Einsamkeit eingeführt und evaluiert werden, wird allerdings in den USA umfassender über das Problem der Einsamkeit informiert als in den meisten europäischen Ländern (Hawley 2022).

Für die umfangreichen Aktivitäten in Großbritannien gibt es neben den Initiativen der „Campaign to End Loneliness“ und der „Jo Cox Commission on Loneliness“, die dieses wichtige Thema in den Blick der Öffentlichkeit gerückt haben, im Wesentlichen drei Gründe. Erstens ist der britische Wohlfahrtsstaat deutlich schwächer ausgebaut als die nordeuropäischen Wohlfahrtsstaaten. Die Folgen sind eine größere soziale Ungleichheit und eine höhere Armut. In der international vergleichenden Forschung wird Großbritannien aufgrund der dortigen Sozialpolitik als ein „liberaler Wohlfahrtsstaat“ mit einem geringen Niveau an sozialpolitischen Leistungen eingestuft (Wendt/Bahle 2020). Deshalb sind zusätz-

²⁰ <https://endingloneliness.com.au/>

²¹ www.vtkl.fi/toiminta/ystavapiiri/circle-of-friends

liche kompensatorische Interventionen erforderlich, um die mit einer fehlenden sozialen Absicherung verbundene Einsamkeit zu reduzieren. Zweitens wurden die Kommunalregierungen einschließlich des kommunalen Wohnungsbaus während der Thatcher-Zeit geschwächt (Atkinson 1990). Dadurch sind der staatliche Einfluss und die Kapazitäten gesunken, um kommunale Infrastrukturen und Quartiere so anzupassen, dass sie eine gegenseitige soziale Unterstützung und Begegnung fördern. Drittens wurde, und das ist ein Vorteil für den Aufbau von Programmen gegen Einsamkeit, ein staatliches Gesundheitssystem institutionalisiert. Dadurch, dass Finanzierung und Regulierung in staatlicher Verantwortung liegen, hat in Großbritannien das Ziel, Krankheiten nicht nur zu therapieren, sondern bereits präventiv einzutreten, eine hohe Bedeutung erlangt. Mit dem „National Service Framework for Mental Health and for Older People“ wurden innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems bereits Ende der 1990er Jahre Maßnahmen ergriffen, um auf lokaler Ebene Einsamkeit und soziale Isolation zu reduzieren (Department of Health 1999, 2001). Präventive Maßnahmen, die eine höhere Bedeutung als in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben, wurden so ausgerichtet, dass dadurch soziale Kontakte und das Wohlbefinden älterer Menschen verbessert werden. Heute bilden in Großbritannien Kampagnen gegen Einsamkeit ein Kernelement der nationalen Gesundheitsstrategie (Cattan et al. 2005; Hagan 2021; Hawley 2022).

5.2.2.1 Programme für ältere Menschen

In allen Ländern, in denen Maßnahmen gegen Einsamkeit entwickelt werden, ist der Fokus vor allem auf ältere Menschen ausgerichtet. Ein Teil dieser Programme wird mit Gesundheits- oder Pflegeangeboten verknüpft.

AGE UK als Großbritanniens größte karitative Einrichtung zur Verbesserung der Lebenssituation im höheren Alter hat in dem Report „Campaign to End Loneliness“ zahlreiche Fallstudien zur Reduzierung von Einsamkeit bei älteren Menschen und weiteren Risikogruppen zusammengefasst. Dabei wird die Bedeutung einer Eins-zu-eins-Unterstützung für diejenigen hervorgehoben, die es nicht schaffen, in ihrem Umfeld eigenständig soziale Kontakte aufzubauen

(Mann et al. 2017). Einen Schwerpunkt bilden in Großbritannien personenbezogene Maßnahmen für ältere Menschen, die von AGE UK empfohlen werden. Es handelt sich dabei um ein mit Hilfe eines schriftlichen Leitfadens (ähnlich einem wissenschaftlichen Interviewleitfaden) geführtes Gespräch mit älteren Menschen, anhand dessen mögliche Lösungen für ihre durch Einsamkeit geprägte Situation identifiziert werden sollen. Über persönliche Kontakte bauen Sozialarbeiter*innen Vertrauen auf und unterstützen soziale Aktivitäten älterer Menschen. Daraus entsteht ein individualisiertes Programm, bei dem allerdings die Befürchtung besteht, dass der besondere Grad an Individualisierung den Zugang zu den entsprechenden Leistungen aufgrund hoher Kosten und Komplexität erschwert (Hagan 2021). In dem Report „Campaign to End Loneliness“ wird mehrfach hervorgehoben, dass ältere Menschen an der Entwicklung von Programmen gegen Einsamkeit beteiligt sein sollten. Wenn sie sich ausschließlich als passive Empfänger*innen von Hilfen wahrnehmen, führt das zu negativer Stimmung, Schuldgefühlen, Ärger und dem Gefühl, anderen verpflichtet zu sein. Dagegen tragen Situationen, die es den Menschen ermöglichen, dass sie selbst Hilfen geben oder am Aufbau von Hilfsprogrammen beteiligt sind, zu einem Empfinden von Autonomie, Wohlbefinden sowie zu einem positiven Selbstwertgefühl bei und stärken die soziale Integration (Hagan 2021).

In Großbritannien wurde außerdem der Einfluss von Clubs auf Einsamkeit analysiert (Gleibs et al. 2011). In dem Projekt wurden Männer und Frauen zu „Gentlemen Clubs“ und „Ladies‘ Clubs“ eingeladen. Die Teilnehmenden haben sich im zweiwöchentlichen Rhythmus getroffen und konnten zwischen verschiedenen Aktivitäten wie Exkursionen (z. B. Museumsbesuche), Kinonachmittagen oder gemeinsamen Mittagessen wählen. Bei den beteiligten Männern zeigten sich eine höhere Lebenszufriedenheit und weniger Symptome von Angst und Depression (Gleibs et al. 2011).

In Irland ist ALONE²² eine nationale Organisation mit dem Ziel, älteren Menschen das Leben zu Hause zu ermöglichen („Aging in Place“). Teil des Programms ist

²² <https://alone.ie/>

ein Freundschaftsnetzwerk, das ältere einsame und isolierte Menschen über Besuche und Anrufe unterstützt (Sandu et al. 2021). Hilfen durch ehrenamtliche Kräfte und altersgerechtes Wohnen werden gefördert und koordiniert. ALONE verfügt über mehr als 150 Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen, die so ausgerichtet sind, dass je nach Bedürfnis unterschiedliche Hilfen geleistet werden und die Einbindung in das lokale Umfeld gefördert wird.

In Neuseeland wurde im Rahmen einer Interventionsstudie eine zielgerichtete Stärkung der Hauskrankenpflege vorgenommen (Courtin/Knapp 2017). Zunächst wird dabei der Pflege- und Gesundheitsversorgungsbedarf überprüft, und auf dieser Grundlage werden durch Pflegekoordinator*innen spezifische Instruktionen für Unterstützungsleistungen im Rahmen der Hauskrankenpflege entwickelt. Eine Liste mit diesen Instruktionen wird an das beteiligte Gesundheits- und Pflegepersonal verteilt, das zusätzlich entsprechende Schulungen erhält. Durch das Programm wurde eine Verbesserung der körperlichen Funktionen der Teilnehmenden erzielt und damit eine Voraussetzung für die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben geschaffen. Ein höheres Maß an sozialen Unterstützungsleistungen durch Personen außerhalb des Programms, und auch das sollte zur langfristigen Etablierung der Unterstützung erreicht werden, konnte jedoch nicht festgestellt werden (Parsons et al. 2013; Courtin/Knapp 2017).

In den USA hat das National Institute of Aging eine Online-Plattform aufgebaut²³ (), mit deren Hilfe ältere Menschen sowie das Pflege- und Gesundheitspersonal über das Problem der Einsamkeit und mögliche Maßnahmen zur Reduzierung jener informiert werden. Bei einem konkreten Interventionsprogramm in Alten- und Pflegeheimen in den USA haben sich mehrere Maßnahmen als wirkungsvoll erwiesen (Prieto-Flores et al. 2011). Vor allem Anreize für die Bewohner*innen, mehr Zeit miteinander zu verbringen und aufeinander zuzugehen, hatten einen positiven Effekt. Ohne diese Maßnahmen zeigte sich im Zeitverlauf eine stärkere Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten, die Qualität des sozialen Netzwerks nahm ab und die Einsamkeit nahm zu (Prieto-Flores et al. 2011).

²³ <https://www.nia.nih.gov/ctctoolkit>

In den USA wurde außerdem überprüft, in welchen Situationen und Kontexten Maßnahmen und Unterstützungsleistungen besonders erforderlich sind (Shin et al. 2020). Dabei konnte gezeigt werden, dass erstens eine unfreiwillige Frühverrentung einen besonders starken negativen Effekt auf Einsamkeit hat. Führt man sich das unzureichend ausgebauten und ungleichen US-amerikanischen Rentensystem vor Augen (Esping-Andersen/Myles 2018), wird deutlich, dass Frühverrentung i. d. R. die Folge schwerwiegender gesundheitlicher Probleme und damit zusammenhängender Einschränkungen ist und erhebliche Einkommensverluste nach sich zieht. Zweitens konnten Shin et al. (2020) zeigen, dass Einsamkeit in den USA besonders zum Tragen kommt, wenn die Unterstützung durch die Familie fehlt.

In Kanada ist das „Keeping Connected“-Programm der auf nationaler Ebene tätigen NGO „Closing the Gap Healthcare Group“²⁴ darauf ausgerichtet, die Einsamkeit bei älteren Menschen zu reduzieren. Dabei werden telefonisch Risikofaktoren und der Grad der Einsamkeit bei älteren Menschen erhoben und regelmäßige Gespräche mit den älteren Menschen per Telefon durchgeführt. Diese Gespräche, etwa ein bis drei Mal pro Woche, dauern ca. 20 bis 30 Minuten und umfassen Themen wie Familie, aktuelle Aktivitäten, Hilfen für die Nutzung technischer Geräte oder den Austausch von Kochrezepten. Außerdem werden in den Provinzen Ontario und Nova Scotia Leistungen und Informationen über Kliniken und ambulante Pflegedienste angeboten.

In der Schweiz sollen mit dem KISS-Programm²⁵ die finanziellen Unterstützungsmaßnahmen im Alter durch ein Zeitvorsorgemodell ergänzt werden, das auf die Stärkung des Generationenzusammenhalts und zivilgesellschaftliche Aktivitäten für eine hohe Lebensqualität im Alter ausgerichtet ist (Sandu et al. 2021). Kern des Programms sind umfassende Anreize, um ehrenamtlich für die Unterstützung älterer Menschen aktiv zu sein. Das Programm ist in regionale KISS-Organisationen untergliedert, die Austauschplattformen und Schulungen

²⁴ <https://www.closingthegap.ca/>

²⁵ <https://fondation-kiss.ch/>

zur Verfügung stellen. Bei einer ehrenamtlichen Tätigkeit erwirbt man einen KISS-Zeitnachweis, der später genutzt werden kann, wenn man selbst auf Unterstützung angewiesen ist (Sandu et al. 2021). Menschen, die sich gegenseitig unterstützen (Tandems), werden durch Fachkräfte geschult. Eine der Grundideen ist, dass ältere Menschen dadurch länger in ihrem gewohnten Umfeld leben können, erst zu einem späteren Zeitpunkt auf stationäre Pflege angewiesen sind und somit besser vor Einsamkeit geschützt werden. Damit wird eine explizite Verbindung zwischen diesem Programm und dem Pflegesystem hergestellt.

In Griechenland soll über das Programm „Friendship at any Age“ die Einsamkeit älterer Menschen reduziert werden. Das Besondere an diesem Programm ist, dass es als Kooperation des Prolepsis Instituts, einer griechischen NGO zur Förderung von Prävention und Gesundheit, und einer internationalen NGO mit Sitz in Frankreich durchgeführt wird²⁶. Kern des Programms sind wöchentliche Telefongespräche oder Hausbesuche, das Angebot von Gemeinschaftsaktivitäten und die Förderung der ehrenamtlichen Arbeit zur Unterstützung älterer Menschen.

In Frankreich wurde mit MONALISA²⁷ ein landesweites Programm zur Reduzierung von Einsamkeit und sozialer Isolation älterer Menschen etabliert (Sandu et al. 2021). Im Jahr 2022 waren Kooperationen mit 63 Gebietskörperschaften etabliert, und mehr als 470 Organisationen haben die MONALISA-Charta unterzeichnet. Ein Schwerpunkt liegt auf gegenseitigen Unterstützungsleistungen zur Verbesserung des Lebens in der Gemeinschaft, in die Familienmitglieder, Freiwillige und professionelle Kräfte einbezogen werden sollen. Den Kern der Unterstützung bilden 850 Teams aus Bürger*innen (équipe citoyenne), für die man sich online registrieren kann, um ehrenamtliche Aufgaben zur Reduzierung der Einsamkeit älterer Menschen zu übernehmen. Die konkrete Ausrichtung variiert je nach den lokalen und individuellen Gegebenheiten, den Bedürfnissen und Kompetenzen, die in die Teams eingebracht werden. Über Austausch- und Trainingsplattformen

²⁶ <https://www.prolepsis.gr/gr/home>

²⁷ <https://www.monalisa-asso.fr/>

besteht die Möglichkeit, von „best practice“-Beispielen zu lernen. Das Programm wurde intensiv genutzt, um Unterstützungsmaßnahmen auf die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen während der Covid-19-Krise auszurichten (Sandu et al. 2021).

Das „Circle of Friends“-Programm²⁸ in Finnland ist darauf ausgerichtet, Einsamkeit bei älteren Menschen zu reduzieren (Sandu et al. 2021). Innerhalb von 16 Jahren wurden 1.200 „Circle of Friends“-Gruppen mit mehr als 12.000 Teilnehmende in Finnland ausgebildet. Das Training ist auf Empowerment, die Stärkung des Selbstbewusstseins und die Förderung des Austauschs innerhalb der jeweiligen Gruppe sowie die Schaffung einer Gruppendynamik ausgerichtet. Das „Circle of Friends“-Programm wird regelmäßig evaluiert. Es hat sich gezeigt, dass dieses Gruppenmodell ein erfolgreicher Ansatz ist, um neue Freund*innen zu finden, das eigene Wohlbefinden zu steigern (Routasalo et al. 2009) und die empfundene Einsamkeit in Pflegeeinrichtungen zu reduzieren (Brimelow/Wollin 2017; Sandu et al. 2021).

Auch in den Niederlanden steht die Etablierung von Gruppenaktivitäten zur Reduzierung von Einsamkeit bei älteren Menschen im Vordergrund. Im Programm „Buurtcirkel Neighbourhood Circles Netherlands“²⁹ geht es darum, Gruppen von neun bis zwölf Personen in einer Nachbarschaft zusammenzubringen, die sich gegenseitig unterstützen. Die Gruppen der Nachbarschaftszirkel werden durch professionelle Kräfte gecoacht und auf lokaler Ebene durch die Kommune, Wohlfahrtsorganisationen und weitere NGOs unterstützt (Sandu et al. 2021). Über die Homepage kann Kontakt zu den Nachbarschaftszirkeln aufgenommen werden, die bisher vor allem in den größeren Städten aufgebaut wurden und auf weitere Regionen ausgeweitet werden.

In den Niederlanden wurde außerdem ein „Freundschaftsprogramm“ für ältere Frauen etabliert. Das Programm besteht aus zwölf Einheiten zu Themen, die

²⁸ <https://vtkl.fi/toiminta/ystavapiiri/circle-of-friends>

²⁹ <https://buurtcirkel.nl/>

mit Freundschaft in Beziehung stehen, wie z. B. Selbstbewusstsein als Basis für Freundschaft, Fähigkeiten zum Aufbau von Freundschaft, Phasen einer Freundschaft, Ziele und Grenzen von Freundschaft oder auch praktische Einheiten einschließlich Rollenspiele für schwierige soziale Situationen. Insgesamt zeigt sich, dass sich im Zuge dieser Maßnahmen die Einsamkeit in der Zielgruppe reduziert (Martina und Stevens 2006; Stevens et al. 2006; Yanguas et al. 2018).

5.2.2.2 Programme bei mentalen Problemen

Bei Menschen mit schwerwiegenden mentalen Problemen wird die Gefahr der Einsamkeit doppelt so hoch eingeschätzt wie in der Bevölkerung insgesamt. Studien zu Interventionen für diese Zielgruppe weisen darauf hin, dass bisher ähnliche Maßnahmen ergriffen wurden wie für die übrige Bevölkerung. Ein Training sozialer Kompetenzen, zusätzliche soziale Hilfen, Möglichkeiten des sozialen Austauschs, kognitive Verhaltenstherapien und Gruppen zur Stärkung wechselseitiger Hilfeleistungen wurden als besonders effektiv eingestuft (Masi 2011).

Anhand von Studien, die zwischen 1984 und 2005 vor allem in den USA durchgeführt wurden, werden vier Hauptinterventionen herausgestellt: 1) Stärkung sozialer Kompetenzen, 2) soziale Unterstützungsmaßnahmen, 3) Verbesserung von Möglichkeiten des gegenseitigen Austauschs und 4) Verbesserung beeinträchtigter sozialer Wahrnehmung. Den Interventionen wird ein hohes Maß an Effektivität zugeschrieben, ohne dass dies durchgehend belegt werden konnte (Hawley/Cacioppo 2010). In einer Studie mit Analysen von Maßnahmen gegen Einsamkeit zwischen 1970 und 2009 kommen Hawley und Cacioppo (2010) zu dem Schluss, dass der Effekt von Interventionen zur Förderung von Kompetenzen der sozialen Wahrnehmung stärker sein dürfte als der von sozialen Unterstützungsleistungen, einer Stärkung sozialer Kompetenzen oder einer Stärkung von Möglichkeiten für einen sozialen Austausch.

In einem Projekt zur Analyse von Einsamkeit bei Universitätsstudierenden in Deutschland wurde sportliche Aktivität als der zentrale Faktor zur Reduzierung

sozialer Einsamkeit identifiziert. Die Schlussfolgerung der Autor*innen ist, dass ein strukturiertes Sportprogramm an der Universität den Anteil der Studierenden, die aktiv einer sportlichen Betätigung nachgehen, erhöht und dadurch zur Reduzierung von Einsamkeit beiträgt (Diehl et al. 2018). Dadurch, dass körperliche Aktivität einen der zentralen Schutzfaktoren vor Angst und Depression darstellt und diese wiederum eng mit Einsamkeit verbunden sind, ist davon auszugehen, dass ein umfassendes Sportkonzept an Universitäten einen direkten und durch die Reduzierung von Angst und einer depressiven Symptomatik einen indirekten Effekt auf den Schutz vor Einsamkeit hat.

Mit Hilfe von vor allem in Großbritannien durchgeföhrten randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) wurde bei Patient*innen mit einer bipolaren Störung sowie bei Patient*innen mit einer Schizophrenie überprüft, wie sich eine Online-Intervention zur Stärkung sozialer Fähigkeiten auswirkt. Dabei wurde eine Verbesserung bei der sozialen Unterstützung und Interaktion festgestellt (Mann et al. 2017). Die Autor*innen nehmen an, dass solche Programme zur Stärkung sozialer Kompetenzen am besten zusammen mit weiteren Programmen wirken, betonen jedoch, dass die emotionale Einsamkeit in diesen Studien nicht überprüft wurde (Mann et al. 2017). Interventionen, die mit älteren Menschen im Rahmen einer Gruppentherapie durchgeführt wurden, zeigten unterschiedliche Erfolge (für die USA z. B. Creswell et al. 2012). Das hängt, so Fong et al. (2021), damit zusammen, dass die Mechanismen, wie durch gruppentherapeutische Maßnahmen Einsamkeit reduziert werden kann, noch nicht ausreichend gut verstanden werden.

Ein weiteres Konzept, das der Report „Campaign to End Loneliness“ identifiziert, wird als „Sozialverschreibung“ bezeichnet. Etwa drei Viertel der Hausärzt*innen in Großbritannien berichten, dass bis zu fünf Patient*innen täglich aufgrund von Einsamkeit in die Praxis kommen. Die hausärztliche Versorgung wird deshalb als zentral angesehen, um einsame Menschen zu identifizieren und zu versorgen. Hausärzt*innen können als Teil dieses Programms „Sozialverschreibungen“ ausstellen, über die Patient*innen bei sozialen Aktivitäten finan-

ziell entlastet werden. Es wird jedoch nicht bestätigt, dass Einsamkeit dadurch reduziert werden kann, und in einem anderen Zusammenhang wird betont, dass den Hausärzt*innen dafür derzeit die erforderlichen Qualifikationen und Ressourcen fehlen (Jopling 2015; Mann et al. 2017).

5.2.2.3 Nachbarschaftsprogramme

In einem Nachbarschaftsprogramm zur Reduzierung von Einsamkeit in Australien wurden vor allem ortsbezogene Ansätze und Maßnahmen in der Gemeinde durchgeführt (Fong et al. 2021). Bei den Maßnahmen in der Gemeinde haben sich positive Entwicklungen beim Aufbau neuer sozialer Bindungen gezeigt. Die meisten Nachbarschaftsprogramme in Australien sind auf ältere Menschen, auf Menschen mit einem hohen Einsamkeitsrisiko und auf Glaubens- oder Interessengemeinschaften ausgerichtet.

Gemeinde- und ortsbezogene Ansätze beinhalten häufig bauliche Verbesserungen in der Nachbarschaft. Diese hybriden Interventionen beziehen die Anwohnenden mit ein, um durch Verbesserungen öffentlicher Plätze bzw. Orte gleichzeitig das soziale Engagement zu stärken. Obwohl die so ausgerichteten Interventionen i. d. R. sehr positiv evaluiert werden (Fong et al. 2021), gibt es im internationalen Vergleich nur wenige Beispiele, in denen Maßnahmen zur Reduzierung von Einsamkeit Teil einer großangelegten öffentlichen Kampagne sind und auf Gemeinde-, Nachbarschafts- oder Quartiersebene die gesamte Bevölkerung umfassen. Zum Teil wird dabei ein Konzept verwendet, das die englische Bezeichnung „Neighbouring“ trägt und in diesem Zusammenhang am ehesten mit „Nachbarschaftsstärkung“ übersetzt werden kann. Erfahrungen mit „Neighbouring“-Programmen legen nahe, dass dadurch Gemeinschaft, Zugehörigkeit sowie soziale Verbindungen der soziale Zusammenhalt und lokale Identitäten gestärkt werden (Fong et al. 2021). Alle diese Erfolge einer Stärkung der Nachbarschaft haben gemeinsam, dass dadurch das Risiko der Einsamkeit gesenkt wird.

Maßnahmen in Großbritannien und den USA zeigen, dass sich informelle Nachbarschaftsnetzwerke positiv auf die Gemeinde und Einzelpersonen auswirken. Bei einem ausgeprägteren „Sinn für Gemeinschaft“ und einer stärkeren Identifikation mit der Nachbarschaft schließen sich Menschen, die in Großbritannien in Wohnungen der öffentlichen Hand (public housing) wohnen, häufiger mit ihren Nachbarn zusammen, um gemeinsam Probleme in der Nachbarschaft zu lösen (Fong et al. 2021).

Eine der wenigen landesweiten Interventionen auf Nachbarschaftsebene wurde in Australien durchgeführt (Fong et al. 2021). Es geht dabei um eine die gesamte Gemeinde umfassende Aktion zur Stärkung der sozialen Identifikation der Menschen mit ihrer Nachbarschaft. Diese landesweite Kampagne, der „Nachbarschaftstag“ („Neighbour Day“), wurde durch die auf Gemeindeebene tätige NGO „Relationships Australia“³⁰ durchgeführt. Kern dieser Aktion ist der „Nachbarschaftstag“, an dem die Bürger*innen jeweils am letzten Sonntag im März in ihrer jeweiligen Nachbarschaft untereinander soziale Beziehungen aufbauen. Informationen erfolgen über lokale Zeitungen und weitere lokale und nationale Medien, Aushänge an öffentlichen Plätzen sowie auf der Homepage von „Relationships Australia“. Weitere Aktivitäten dieser Kampagne beinhalten die Unterstützung lokaler Gruppen und Einzelpersonen mit Informationsmaterial wie Poster und Einladungsschreiben für die Durchführung von „Nachbarschaftstag“-Events. 2019 haben etwa 300.000 Menschen an dem „Nachbarschaftstag“ teilgenommen. Das Ziel besteht darin, die Identifikation mit der Nachbarschaft zu stärken, um das Wohlbefinden und den sozialen Zusammenhalt zu verbessern und um Einsamkeit vorzubeugen oder zu reduzieren (Fong et al. 2021).

In Manchester wurden zwischen 2014 und 2016 mehrere Programme zur Reduzierung von Einsamkeit und sozialer Isolation durchgeführt. Sie umfassten Freundschaftsprogramme, gemeinsame Essen in der Gemeinde, Psychotherapie und Kooperationen mit Gesundheits-, Sozial- und Pflegediensten. Die Programme weisen auf Verbesserungen der Gesundheit und des Wohlbefindens

³⁰ <https://relationships.org.au>

hin, eine externe Evaluation liegt jedoch nicht vor (Mann et al. 2017). In ihrem Übersichtsartikel identifizieren Mann et al. (2017) vier Typen von direkten Interventionen gegen Einsamkeit: soziales Kompetenztraining, Unterstützung durch auf soziale Interaktion orientierte Personen, Verbesserung des Wissens über soziale Beziehungen sowie Ansätze zur Verbesserung der Infrastruktur für soziale Kontakte auf Gemeindeebene.

In Spanien wurde mit der „Municipal Strategy against Loneliness 2020–2030“³¹³² in Barcelona eine größer angelegte regionale Strategie gegen Einsamkeit initiiert. Das Programm basiert auf vier Grundpfeilern: 1) Bereitstellung von Informationen über die Folgen von Einsamkeit in Barcelona, 2) Information über personelle und finanzielle Ressourcen und deren Bereitstellung, um Einsamkeit zu identifizieren und Maßnahmen zur Reduzierung jener zu ergreifen, 3) Veränderungen der städtischen Infrastruktur und von öffentlichen Plätzen, um Einsamkeit zu verringern, 4) Anpassung kommunaler Organisationen und der Verwaltung, um das Problem der Einsamkeit umfassend im Fokus zu behalten sowie nachhaltig und in Zusammenarbeit mit weiteren lokalen Organisationen und Akteur*innen reduzieren zu können. Der kommunalen Strategie liegt ein „Bottom-up“-Konzept zugrunde, für das 2020 mehr als 250 förderungswürdige Projekte identifiziert wurden und im Haushalt 2021 mehr als 20 Millionen Euro vorgesehen waren.

5.2.2.4 E-Interventionen

Interventionen über soziale Medien, Apps, Internetseiten etc. oder mit deren Hilfe können unter E-Interventionen zusammengefasst werden. Im englischen Sprachgebrauch sind mögliche Bezeichnungen ebenfalls uneinheitlich und auch hier wird häufig der Begriff „E-Interventions“ verwendet. In Projekten, in denen E-Interventionen zur Reduzierung von Einsamkeit eingesetzt werden, wird ihr Nutzen z. T. bestätigt (Hagan et al. 2014). Gleichzeitig wird kritisiert, dass nur

³¹ https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/barcelona_loneliness_strategy_2020_2030.pdf

³² <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/barcelona-contra-la-soledat>

moderate und inkonsistente Ergebnisse zu verzeichnen seien (Yanguas et al. 2018). Vor allem dann, wenn umfassende Programme zur Prävention und Reduzierung von Einsamkeit mit E-Interventionen kombiniert werden, zeigen sich positive Resultate.

In dem niederländischen Esc@pe-Projekt wurden älteren Menschen für den Zeitraum von drei Jahren ein PC, kostenloser Internetzugang und weiteres Equipment für eine bessere Online-Kommunikation zur Verfügung gestellt. Die Zielgruppe wurde umfassend geschult, die Kommunikationsmöglichkeiten über das Internet anzuwenden. Bei der Interventionsgruppe zeigte sich im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine signifikante Verringerung der Einsamkeit, die allerdings bei Kontrolle weiterer Einflussfaktoren nur bei emotionaler Einsamkeit und nur bei den Teilnehmenden mit der höchsten Bildung feststellbar war (Fokkema/Knipscheer 2007).

In einem in Israel durchgeführten Programm wurden ältere Menschen in Altenheimen oder Tagesambulanzen über einen Zeitraum von 15 Wochen einmal wöchentlich im Umgang mit Computern und Internetprogrammen einschließlich E-Mail-Programmen und Internetsuchmaschinen geschult. Nach Abschluss des Programms wiesen die Teilnehmer*innen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine höhere Lebenszufriedenheit auf und fühlten sich weniger einsam oder depressiv (Shapira et al. 2007).

In Großbritannien wurden im Rahmen des Programms „Upstream Healthy Living Center“ mit Hilfe von ehrenamtlichen Helfer*innen zunächst wöchentliche Besuche und regelmäßige Telefonanrufe bei älteren Menschen durchgeführt. Später folgten Aktivitäten in Sozial- oder Gemeindezentren wie z. B. Malen, kreatives Schreiben, Kochen, Tai-Chi, Computerschulungen, Wandern oder leichte sportliche Betätigungen. Vor allem über die Entwicklung einer Gruppenidentität und von Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit hatte dieses Programm eine positive Wirkung in Bezug auf die physische und psychosoziale Gesundheit, einschließlich des Gefühls von Einsamkeit (Greaves/Farbus 2006; Yanguas et al.

2018). Auch hier zeigten E-Interventionen zusammen mit persönlichen Kontakten und umfassenden weiteren Maßnahmen eine positive Wirkung.

Ebenfalls in Großbritannien wurde versucht, die Mitwirkung, Aktivierung und Inklusion in der Gemeinde über IT und soziale Medien zu stärken (Fong et al. 2021). Forschung in unterschiedlichen Ländern zu diesem Zusammenhang legt nahe, dass bestehende soziale Beziehungen mit Hilfe sozialer Medien gestärkt und dadurch Einsamkeit reduziert und das Wohlbefinden gesteigert werden können (Hagan et al. 2014). Lokale Internetplattformen, die Menschen miteinander verbinden, die in derselben Nachbarschaft wohnen, zeigen ebenfalls Erfolge (Fong et al. 2021). Beispiele für Online-Plattformen in den USA sind das „Social Isolation and Loneliness Outreach Toolkit“ des „National Institute on Aging“ und das „Connect 2Tools to Overcome Social Isolation“ der Stiftung „Connect2Affect“³³. Beide Tools informieren über Risiken und Hilfen bei Einsamkeit und eine Weiterleitung zu weiteren Informationen, lokalen Hilfsmöglichkeiten und Kontaktpersonen erfolgt über ein Online-System.

5.2.2.5 Typen von Interventionen

Frühe Maßnahmen aus den 1970er und 1980er Jahren, die vor allem in den USA durchgeführt wurden, umfassten die Schulung sozialer Kompetenzen, die ursprünglich zur Reduzierung von Angst und Schüchternheit entwickelt wurden, die Ausweitung von Möglichkeiten für soziale Interaktionen sowie die kognitive Verhaltenstherapie. In dieser Zeit wurden auch Maßnahmen entwickelt, in denen eine kognitive Verhaltenstherapie mit einem Training sozialer Kompetenzen verknüpft wurde (Masi 2011). In einer Metaanalyse von ebenfalls vor allem in den USA durchgeföhrten Programmen, in der Einsamkeitsinterventionen nach Studiendesign, Interventionstyp und anderen Charakteristika differenziert wurden, zeigt sich u. a., dass in diesem Kontext Interventionen zur Verbesserung der sozialen Wahrnehmung besonders erfolgreich sind. Sie sind gemäß dieser Studie effektiver als eine Stärkung sozialer Kompetenzen, eine verbesserte soziale Unterstützung oder verbesserte soziale Beteiligungsmöglichkeiten.

³³ <https://connect2affect.org>

Vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, so das in Masi et al. (2011) präsentierte Ergebnis, hat das Potenzial, Einsamkeit zu verringern.

In einer vergleichenden Analyse von Interventionen zur Reduzierung von Einsamkeit bei älteren Menschen, von denen die meisten ebenfalls in den USA und in Kanada durchgeführt wurden, unterscheiden Cattan und White (1998) vier zentrale Interventionen: 1) Gruppenaktivitäten, 2) Einzelaktivitäten, 3) Bereitstellung von Dienstleistungen und 4) Ansätze, die das gesamte lokale Umfeld (z. B. die Gemeinde) umfassen. Als besonders wirkungsvoll werden in diesen Überblicksartikeln Gruppenaktivitäten, Selbsthilfe- und Unterstützungsmaßnahmen bei einem Trauerfall sowie Interventionen für bestimmte Zielgruppen eingestuft (Cattan/White 1998; Hagan et al. 2014; Yanguas et al. 2018). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Evaluation der Wirkungen keine Interventionen berücksichtigt werden, die das gesamte lokale Umfeld umfassen (Masi 2011). In einer darauf aufbauenden Studie, die 30 Interventionsanalysen von 1979 bis 2002 umfasst, kommen Cattan et al. (2005) zu dem Schluss, dass Gruppeninterventionen mit Beteiligungsmöglichkeiten und einem umfassenden Bildungskonzept sowie Maßnahmen, die auf spezielle Zielgruppen (z. B. Frauen, Witwen bzw. Witwer, Personen mit eingeschränkter psychischer Gesundheit) ausgerichtet sind, besonders erfolgreich sind.

Evaluationen bestehender Programme seit den 2000er Jahren haben i. d. R. ergeben, dass Gruppeninterventionen zur Reduzierung von Einsamkeit bei älteren Menschen besonders effektiv sind. Hierbei handelt es sich um Interventionen, die Bildungsaktivitäten und konkrete Hilfen umfassen, auf konkrete Zielgruppen ausgerichtet sind und in bestehende Hilfen in der jeweiligen Gemeinde integriert werden. Hierfür werden in der Gemeinde Personen geschult, die Vermittlungs- und Unterstützungsleistungen übernehmen (Yanguas et al. 2018).

Ebenfalls in einem systematischen Review wurden spanische und italienische Projekte überprüft (Stojanovic et al. 2016). Sie sind sehr heterogen, weisen jedoch nach Einschätzung der Autor*innen positive Resultate bei der Reduzierung

von emotionaler Einsamkeit oder von sozialer Einsamkeit verbunden mit einer Erhöhung der sozialen Unterstützung auf (Stojanovic et al. 2016). Bei diesen Programmen zeigt ein Gemeindeprogramm mit Schwerpunkt auf Kunst einen besonders starken Effekt bei der Verbesserung der sozialen Inklusion. Bildungsmaßnahmen mit Schwerpunkt auf sozialer Beteiligung und Unterstützung haben einen positiven Effekt auf die Reduzierung sozialer Einsamkeit (Yanguas et al. 2018).

In einem Projekt in Australien wurde die Wirkung von drei unterschiedlichen Typen von Interventionen überprüft (Barlett et al. 2013). In der ersten Intervention geht es um die Entwicklung besserer individueller Fähigkeiten. Die Teilnehmenden wurden für bestimmte Aufgaben geschult, wie z. B. ehrenamtlich als Busfahrer*in, Schwimmbadaufsicht oder bei der Essensausgabe tätig zu sein. Hinzu kam die Teilnahme an Sitzungen zu „gesundem Altern.“ Zur Stärkung ihrer Mobilität in der Gemeinde wurden ihnen außerdem Transportmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. In einer zweiten Intervention ging es darum, freiwillige Helfer*innen und sozial isolierte ältere Menschen zusammenzubringen. Es sollte ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und die älteren Menschen sollten motiviert werden, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen. In einem dritten Programm wurden Dienstleistungen entwickelt, die durch freiwillige Helfer*innen für sozial isolierte Menschen angeboten wurden. Die Ehrenamtlichen wurden durch professionelle Kräfte ausgewählt und geschult und erhielten von ihnen Informationen und weitere Ressourcen, einschließlich Bibliotheksbesuche für ältere Migrant*innen, um soziale Aktivitäten und Freizeitaktivitäten durchzuführen. Während bei den ersten beiden Programmen keine Veränderungen der Einsamkeit festgestellt werden konnten, zeigte sich beim dritten Programm eine Reduzierung der Einsamkeit. Diese Verbesserung erfolgte allerdings erst nach einer erheblichen Ausweitung der Ressourcen (Yanguas et al. 2018).

Insgesamt zeigen die auf nationaler und lokaler Ebene durchgeführten Programme und Strategien zur Reduzierung von Einsamkeit, dass zunächst Eins-zu-eins-Interventionen und Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie im Vordergrund

standen. Später wurde der Fokus verstärkt auf Maßnahmen für Gruppen und Nachbarschaftsprogramme gerichtet. Die positive Wirkung von E-Interventionen wird insbesondere dann hervorgehoben, wenn sie mit der Möglichkeit persönlicher Kontakte im Rahmen von Gruppen- oder Nachbarschaftsprogrammen verbunden sind. Vor allem, wenn Maßnahmen in Verbindung zum Gesundheits- und Pflegesystem durchgeführt werden oder Teil einer umfassenden nationalen Strategie sind, werden in größerem Umfang finanzielle und personelle Ressourcen für die Prävention und Reduzierung von Einsamkeit zur Verfügung gestellt.

6 Evaluation von Maßnahmen gegen Einsamkeit

Es liegen nur wenige Evaluationen von Maßnahmen vor, die vor Einsamkeit schützen. Das hängt damit zusammen, dass dieses Thema erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat und sowohl die Implementation von Maßnahmen als auch die Evaluation ihrer Wirksamkeit viel Zeit in Anspruch nimmt. Zudem hat das Problem der Einsamkeit aufgrund der demografischen Entwicklungen einen dynamischen Verlauf genommen, so dass selbst eine Stabilisierung der Entwicklung bzw. ein Abflachen der Kurve ggf. als Erfolg eingestuft werden kann. Daran lässt sich ablesen, dass die Einschätzung, ob Maßnahmen erfolgreich sind, bei dem Problem der Einsamkeit als besonders schwierig einzustufen ist. Außerdem handelt es sich bei Einsamkeit um eine Problemlage, die gleichzeitig durch mehrere Faktoren beeinflusst wird. So kann ein Programm sehr positiv angenommen werden, ohne dass eine Reduzierung von Einsamkeit damit einhergeht, da z. B. der Zeitraum zu kurz war, um eine ausreichend große Wirkung zu entfalten, und gleichzeitig können andere Entwicklungen, die in geringerem Maße politisch beeinflussbar sind, diesem Prozess entgegenstehen. Häufig handelt es sich bei bisherigen Evaluationen von Interventionen um

Review-Artikel, in denen in unterschiedlichen Ländern durchgeführte Interventionen analysiert werden (Gardiner et al. 2018). Mehrere evaluierte Programme wurden in dem vorangegangenen Abschnitt dargestellt. Ein Teil der Uneinheitlichkeit bei den bisherigen Ergebnissen (Hagan 2021) dürfte darauf zurückzuführen sein, dass der lokale, regionale oder nationale Kontext, in dem die jeweilige Intervention stattfand, bisher nur selten berücksichtigt wurde.

Ein weiteres Beispiel für diese Form der Evaluation von Interventionen ist der Übersichtsartikel von Courtin und Knapp (2017). Die Autor*innen kritisieren bei Interventionen zur Reduzierung der Einsamkeit und deren Analyse das Fehlen evidenzbasierter Vorgehensweisen. In ihrer Analyse stufen sie Projekte als erfolgreich ein, die sich auf die Reduzierung von Einsamkeit und sozialer Isolation und gleichzeitig auf eine Verbesserung der Gesundheit konzentrieren (Courtin/ Knapp 2017). Nach Cattan et al. (2005) waren von den vor allem in den USA und in Kanada durchgeführten Interventionen vor allem diejenigen bei der Reduzierung von Einsamkeit bei älteren Menschen erfolgreich, die das Wissen und die Kompetenzen der Zielgruppe verbessert haben. Dagegen waren Eins-zu-eins-Interventionen ihrer Einschätzung nach weniger erfolgreich (Cattan et al. 2005). Bei ebenfalls vor allem in den USA durchgeführten Interventionen kommt Findlay (2003) dagegen zu dem Ergebnis, das vor allem Eins-zu-eins-Interventionen wirksam sind. Hierbei ist jedoch zu betonen, dass es sich dabei um sehr spezielle Programme wie z. B. den Vergleich von Patient*innen mit festen Hausärzt*innen (und „gatekeeping“³⁴) mit Patient*innen ohne eine solche Anbindung handelt. Insgesamt sollten die Ergebnisse von in den USA durchgeführten Programmen nicht überbewertet werden, da bestehende staatliche und gesellschaftliche Institutionen, die vor Einsamkeit und ihren Folgen schützen, in den USA besonders schwach ausgebaut sind.

³⁴ In diesem Fall ist der Hausarzt/die Hausärztin erste Anlaufstelle für Patient*innen und übernimmt eine Lots*innen-funktion in der Weitervermittlung zu Spezialist*innen. Vgl.: „Hausarztzentrierte Versorgung“.

Die von Fong et al. (2021) durchgeführte Analyse des „Nachbarschaftstags“ in Australien ist eine der wenigen Evaluationen einer Intervention gegen Einsamkeit auf nationaler Ebene. Durch den einmal im Jahr stattfindenden „Nachbarschaftstag“, so das Ergebnis der Evaluation, konnte eine stärkere Identifikation mit der Nachbarschaft erreicht werden, die auch sechs Monate später noch nachweisbar war. Die stärkere Identifikation hat zu einer Reduzierung von Einsamkeit und in der Folge zu einem höheren Wohlbefinden beigetragen. Aufgrund der positiven Resultate und des engen Zusammenhangs von Wohlbefinden und Gesundheit schlagen die Autor*innen vor, den „Nachbarschaftstag“ als eine zentrale Strategie zur Gesundheitsförderung zu etablieren. Sie sehen darin einen wichtigen Ansatz der Primärprävention, der über eine stärkere Identifikation mit der Nachbarschaft zu positiven Entwicklungen auf der individuellen Ebene (Reduzierung von Einsamkeit, Erhöhung des Wohlbefindens) und der Gemeindeebene (Stärkung des sozialen Zusammenhalts) führt (Fong et al. 2021).

Aus makrosoziologischer Perspektive ist außerdem die Bedeutung von wohlfahrtsstaatlichen Institutionen zu betonen, und aus dieser Perspektive stellt die Studie von Nyqvist et al. (2018) „Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes“ ebenfalls eine Evaluation von Maßnahmen gegen Einsamkeit dar. Es zeigt sich, dass ausgebauten Wohlfahrtsstaaten, die auf den Werten der Solidarität und Chancengleichheit basieren und das Ziel haben, finanzielle Sicherheit in sozialen und gesundheitlichen Krisensituationen zu gewährleisten, in ihren jeweiligen Gesellschaften besonders niedrige Einsamkeitswerte aufweisen. Das hängt u. a. damit zusammen, dass Risiken wie Armut, Krankheit und Arbeitslosigkeit, die einen hohen Einfluss auf Einsamkeit haben, in ausgebauten Wohlfahrtsstaaten besonders gut bekämpft werden können. Es zeigt sich aber außerdem, dass diese Maßnahmen nicht reichen und auch in Wohlfahrtsstaaten mit einer hohen sozialen Absicherung vor allem für jüngere und alte Menschen zusätzliche Programme gegen Einsamkeit zu entwickeln und einzuführen sind.

Bisherige Ländervergleiche zur Analyse von Einsamkeit haben sich vor allem auf die Gegenüberstellung von individualistischen und kollektivistischen Gesellschaften konzentriert und sind zu dem Schluss gekommen, dass entgegen vorheriger Annahme häufig individualistische Gesellschaften niedrige Einsamkeitswerte aufweisen. Aus einer Wohlfahrtsstaatsperspektive basieren diese Analysen auf einer falschen Annahme. Nordeuropäische Länder wie Schweden, Norwegen, Dänemark oder die Niederlande sind danach nicht als individualistisch einzustufen. Vielmehr sind in diesen Gesellschaften Werte der Solidarität und Gleichheit stärker verankert als in anderen Gesellschaften und haben dazu beigetragen, dass funktionierende sozialpolitische Institutionen sowie Bildungseinrichtungen und Arbeitsmärkte mit einem hohen Grad an Chancengleichheit aufgebaut wurden. Diese Institutionen wiederum tragen dazu bei, dass mehr Menschen ihre individuellen Ziele und Bedürfnisse realisieren können. Das vergleichsweise niedrige Risiko der Einsamkeit und die Möglichkeit, individuelle Lebenswege realisieren zu können, sind beides Folge der hohen sozialen Sicherheit, jedoch nicht ursächlich miteinander verbunden.

7 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von Einsamkeit

Aus einer international vergleichenden Perspektive sind Programme und Maßnahmen gegen Einsamkeit zu empfehlen, die in Kombination dazu beitragen, Einsamkeit in unseren Gesellschaften nachhaltig zu reduzieren. Das bedeutet u. a., dass vor allem die Länder als Vorbild angesehen und ihre jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen als mögliche „best practice“-Beispiele überprüft werden sollten, die besonders niedrige Einsamkeitswerte aufweisen.

Empfehlung 1: Es sollten Länder mit niedrigen Einsamkeitswerten wie z. B. Dänemark, Schweden oder die Niederlande als mögliche Vorbilder überprüft werden und nicht Länder mit einer stark ausgeprägten Einsamkeit in allen gesellschaftlichen Gruppen wie z. B. die USA. Maßnahmen aus anderen Ländern können allerdings i. d. R. nicht direkt übernommen werden, sondern sind an den jeweiligen nationalen Kontext anzupassen.

Es entspricht dem Anspruch und den Werten entwickelter Wohlfahrtsstaaten, dass sie einen wichtigen Beitrag leisten, um Einsamkeit in modernen Gesellschaften einzudämmen. Wichtige Einflussfaktoren auf Einsamkeit, wie Armut, Arbeitslosigkeit und Krankheit, werden durch einen ausgebauten Wohlfahrtsstaat erfolgreich reduziert. Egalitäre Bildungssysteme und Vereinsstrukturen, über die vor allem Kinder und Jugendliche erreicht und integriert werden, leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Reduzierung von Einsamkeit.

Empfehlung 2: Bestehende Institutionen des Wohlfahrtsstaates, der Bildung und der Zivilgesellschaft (Vereine), durch die bereits jetzt viele Menschen erreicht und integriert werden, sollten dahingehend überprüft werden, wie existierende

Strukturen so ausgebaut werden können, dass Einsamkeit reduziert wird. Hierbei ist es von besonderer Bedeutung, dass alle, die in diesen Institutionen Leistungen bereitstellen oder in Anspruch nehmen, über Einsamkeit, ihre Gefahren und mögliche Lösungen geschult werden.³⁵

Viele dieser Institutionen haben den Vorteil, dass sie universelle Leistungen anbieten und dadurch potenziell alle Bevölkerungsgruppen erreichen. Universelle Leistungen, z. B. zur Reduzierung von Armut oder zur Verbesserung der Chancen für Familien mit unterschiedlichen sozioökonomischen Voraussetzungen oder unterschiedlicher ethnischer Herkunft, haben den Vorteil, dass dabei keine Selektion und damit keine potenzielle Stigmatisierung erfolgt. Gleichzeitig zeigt der internationale Vergleich, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen einem höheren Risiko der Einsamkeit ausgesetzt sind als andere. Selbst in ausgebauten Wohlfahrtsstaaten gehören jüngere und ältere Menschen zu den Bevölkerungsgruppen mit einem höheren Einsamkeitsrisiko.

Empfehlung 3: Universelle Programme gegen Einsamkeit sollten, wenn sie geeignet und durchführbar sind, Priorität erhalten. In einem zweiten Schritt sollte überprüft werden, welche Bevölkerungsgruppen durch diese Programme nicht erreicht werden, um für diese Personen zielgerichtete Maßnahmen zu etablieren.

Einsamkeit ist mit zahlreichen weiteren Faktoren eng verknüpft. Einige von ihnen stellen ein hohes Risiko dar, andere haben eine protektive Wirkung. Einer der wichtigsten Faktoren, der auch in Umfragen regelmäßig als eines der wichtigsten individuellen Ziele genannt wird, ist Gesundheit. Durch den Schutz vor Einsamkeit fördert man die Gesundheit. Und eine bessere Gesundheit stellt einen Schutz vor Einsamkeit dar. Bei zukünftigen gesundheitspolitischen Entscheidungen sollte beachtet werden, wie mit Public-Health- und gesundheitspolitischen Maßnahmen gleichzeitig die Einsamkeit in der Gesellschaft reduziert werden kann.

³⁵ Siehe z. B. für Deutschland: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/strategie-gegen-einsamkeit>, für Finnland: <https://vtkl.fi/toiminta/ystavapiiri/circle-of-friends> und für die Niederlande: <https://buurtcirkel.nl>.

Empfehlung 4: Es gilt, Programme so zu verknüpfen, dass sie zusammengenommen sowohl Einsamkeit als auch damit zusammenhängende Risiken reduzieren. Hierzu gehören Maßnahmen, die gleichzeitig vor Krankheit und Einsamkeit, Arbeitslosigkeit und Einsamkeit oder Armut und Einsamkeit schützen.

Empfehlung 5: Es gibt nur wenige Akteur*innen und Institutionen, an die sich einsame Menschen regelmäßig wenden, um aus ihrer Notlage herauszukommen. Ärzt*innen gehören zu denjenigen, die auch von einsamen Menschen regelmäßig aufgesucht werden. Auch weiteres Gesundheitspersonal hat in diesem Zusammenhang eine hohe Bedeutung. In einigen Ländern wurde neben Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen mit den sogenannten „nurse practitioner“ ein weitere Akteur*innen etabliert, die bei Einsamkeit Rat und Unterstützung geben können. Wichtig ist hierbei, dass erstens Hausärzt*innen und weiteres Gesundheitspersonal ausreichend Zeit haben, sich um die Bedürfnisse einsamer Menschen zu kümmern. Zur ausreichenden Verlängerung der Konsultationszeiten ist in Ländern wie Deutschland das Honorierungssystem anzupassen. Zweitens sind diese wichtigen Bezugspersonen darin zu schulen, wie sie mit einsamen Menschen umgehen und welche Lösungen sie empfehlen sollten. Drittens können zu diesen Angeboten auch die in Großbritannien eingeführten „Sozialverschreibungen“ gehören, über die einsame Menschen auf ärztlichen Rat und mit einer die Kosten senkenden Verschreibung an sozialen Aktivitäten teilnehmen können. Es ist jedoch gleichzeitig zu überprüfen, ob ein solcher Medikalisierungsprozess möglicherweise unerwünschte Nebenwirkungen hat.

Zusätzlich zu diesen Empfehlungen, die aus einer international vergleichenden Perspektive zu betrachten sind, ergeben sich weitere Empfehlungen auf der Grundlage von Programmen und Studien, die in unterschiedlichen Ländern durchgeführt wurden. Dabei ist zu beachten, dass viele dieser Studien in den USA durchgeführt wurden, einem Land, in dem die Problematik der Einsamkeit aufgrund eines defizitären Schutzes weiterTeile der Bevölkerung besonders groß ist. Nach wie vor sind etwa 20 Prozent der Bevölkerung im Krankheitsfall nicht versichert oder unversichert (Rothgang et al. 2010), so dass wichtige

Leistungen nicht in Anspruch genommen werden können. Auch die Empfehlungen internationaler Organisationen wie WHO und UN orientieren sich an Programmen, die in US-amerikanischen Studien positiv evaluiert wurden. Ob sie auch in Ländern wie Deutschland, Schweden oder den Niederlanden, in denen sozial-politische Programme in geringerem Maße Wettbewerb und Ökonomisierungsprozessen unterliegen, geeignet sind, um Einsamkeit zu reduzieren, wäre in dem jeweiligen nationalen Kontext zu überprüfen. Trotz dieser Einschränkungen werden im Folgenden Empfehlungen vorgestellt, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Evaluationen entwickelt wurden.

Mann et al. (2017) empfehlen, in einem ersten Schritt Projekte gegen Einsamkeit zu implementieren, bei denen die einzelnen Interventionen eindeutig bestimmt und voneinander abgegrenzt werden können. Auf der Grundlage bisheriger Maßnahmen sehen sie es als wichtig an, 1) Public-Health-Programme aufzubauen, die dazu beitragen, dass sich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen in der Nachbarschaft willkommen fühlen, 2) Verbesserungen der Infrastruktur für soziale Interaktionen auf lokaler Ebene bzw. in der Nachbarschaft zu etablieren, 3) soziale Aktivitäten – unterstützt durch digitale Medien und Programme – einzuführen, die Menschen zusammenbringen, sowie 4) psychologische Interventionen und Beratungsangebote einzuführen (Mann et al. 2017). Die meisten der Studien und Programme, auf die sich Mann et al. (2017) beziehen, wurden in Großbritannien und den USA durchgeführt.

Auf Grundlage einer niederländischen Intervention werden folgende Empfehlungen gegeben (Kemperman et al. 2019): Politische Akteur*innen sollten 1) einen Schwerpunkt darauf legen, die Sicherheit in der Nachbarschaft zu erhöhen, 2) qualitativ hochwertige Begegnungs- und Freizeitmöglichkeiten aufzubauen, z. B. Parks und kommunale Begegnungszentren, 3) es bei lokalen Freizeit- und Begegnungsstätten als besonders wichtig ansehen, dass diese leicht zugänglich für ältere Menschen mit eingeschränktem Gesundheitszustand sind. Dadurch verbessern sie die sozialen Kontaktmöglichkeiten für eine besonders gefährdete Zielgruppe und tragen zu einem „gesunden Altern“ bei (Kemperman et al.

2019). Die entsprechenden Maßnahmen erhöhen, so die Projektergebnisse, das Zugehörigkeitsgefühl zur Nachbarschaft, verbessern Interaktionen zwischen Nachbarn, stärken soziale Netzwerke und reduzieren das Gefühl von Einsamkeit.

Der große Wunsch aller Menschen ist es, zu Hause alt werden zu können. Im Englischen wird dafür der Begriff „Aging in Place“ verwendet. Auf Grundlage ihrer Analyse von älteren Menschen in Spanien, die entweder in ihrem eigenen Zuhause oder in Altenheimen leben, empfehlen Prieto-Flores et al. (2011), dass politische Programme 1) sich darauf konzentrieren, dass in der Gemeinde bzw. Nachbarschaft eine altersgerechte Infrastruktur aufgebaut wird, die die Lebensqualität, die Mobilität und die soziale Integration älterer Menschen unterstützt, 2) für diejenigen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, sehe sie es als erforderlich an, soziale Interaktionen und das Zusammengehörigkeitsgefühl stärken. Zum Beispiel, indem ihnen mehr Möglichkeiten gegeben werden, sich innerhalb und außerhalb der Einrichtung mit Familienangehörigen und Freund*innen zu treffen und soziale Kontakte mit ihrer früheren Nachbarschaft zu pflegen. Im Alltag im Altenheim sollte mehr Zeit für über die tägliche Versorgung hinausgehenden sozialen Aktivitäten vorgesehen werden, wodurch die sozialen Beziehungen der Bewohner*innen untereinander sowie zwischen ihnen und den Mitarbeiter*innen gestärkt werden (Prieto-Flores et al. 2011).

Im Rahmen eines Projekts in der Türkei werden kommunale Behörden und lokale Einrichtungen dahingehend beraten, wie sie die Bürger*innen dabei unterstützen können, mehr Zeit mit älteren Familienangehörigen, älteren Freund*innen und älteren Nachbar*innen zu verbringen, so dass diese eine höhere Wertschätzung erfahren und ihnen das Gefühl vermittelt wird, von anderen Menschen gebraucht zu werden. Es wird empfohlen, dass Behörden 1) für die Zielgruppe der älteren Menschen soziale Angebote verbessern, 2) den auf sie zugeschnittenen öffentlichen Nahverkehr ausbauen und 3) kostengünstige Bildungs- und Freizeitaktivitäten sowie Wohnraum und Quartiere fördern, die soziale Aktivitäten und den sozialen Austausch ermöglichen (Hazer/Boylu 2010). Qualter et al. (2015) konzentrieren sich bei ihren Empfehlungen auf den Wunsch

einsamer Menschen, wieder Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen (Reaffiliationsbedürfnis). Aus dieser Perspektive hat das Einsamkeitsgefühl auch einen positiven Effekt, da es eine für das menschliche Überleben wichtige Motivation für den Aufbau sozialer Beziehungen darstellt. Die Autor*innen empfehlen, Präventionsprogramme für Kinder aufzubauen, damit diese lernen, ihre soziale Umgebung so wahrzunehmen, dass sie Möglichkeiten für den sozialen Austausch und den Aufbau sozialer Kontakte schneller erkennen. Die Motivation, soziale Kontakte zu suchen, sei gegeben, es gehe vor allem darum, die richtigen Signale und Möglichkeiten zu erkennen, um soziale Beziehungen auch aufzubauen zu können. Für ein Präventionsprogramm für Kinder halten sie ein gut entwickeltes Curriculum für erforderlich, das vermitteln soll, wie Möglichkeiten des sozialen Austausches in der Umgebung erkannt werden. Ein solches Wahrnehmungstraining sollte sowohl soziale Möglichkeiten als auch soziale Gefahren umfassen (Qualter et al. 2015).

Diese Vorschläge wissenschaftlicher Projekte und Studien sowie die Ergebnisse der zuvor vorgestellten Evaluationen können zu folgenden Empfehlungen zusammengefasst werden:

Empfehlung 6: Der Nachbarschaft oder dem Quartier ist ein besonders hohes Potenzial zuzuschreiben, um Einsamkeit nachhaltig reduzieren zu können. Politik und Gesellschaft haben die Aufgabe, die Strukturen in Nachbarschaften so anzupassen, dass das Gefühl der Sicherheit und des Wohlbefindens steigt und umfassende Möglichkeiten für soziale Kontakte und soziales Engagement entstehen.

Empfehlung 7: Es können regionale Ungleichheiten entstehen, da vor allem besser gestellte Nachbarschaften zu einer Förderung der lokalen Infrastruktur in der Lage sind. Deshalb sollten Maßnahmen zur Stärkung der Identifikation mit der Nachbarschaft in ein nationales Programm wie z. B. den australischen „Nachbarschaftstag“ integriert und mit nationalen Ressourcen gefördert werden.

Empfehlung 8: Die Etablierung lokaler Freundeskreise wie in Finnland und den Niederlanden hat den Vorteil, dass einsame Menschen nicht als passive Leistungsempfänger*innen, sondern als aktiv Mitgestaltende von Abläufen und Strukturen angesehen werden, die vor Einsamkeit schützen.

Empfehlung 9: E-Interventionen sind dann als förderlich anzusehen, wenn sie Programme zur Stärkung des persönlichen Austausches unterstützen und intensivieren.

Empfehlung 10: Kindern und Jugendlichen ist bei Programmen gegen Einsamkeit eine besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da sie erst lernen, die Möglichkeiten für einen sozialen Austausch zu erkennen und zu nutzen. Der Erwerb dieser Kompetenzen kann in schulische Bildungskonzepte integriert werden. In Schulen sollten Lehrkräfte und Schulpsycholog*innen und in Vereinen Trainer*innen geschult werden, diese Fähigkeiten zu vermitteln.

8 Literaturverzeichnis

- Adriaenssens, J./De Gucht, V./Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management* 23, 46–358.
- Algren, M.H./Ekholm, O./Nielsen, L./Kjær Ersbøll, A./Kronborg Bak, C./Tanggaard Andersen, P. (2020). Social isolation, loneliness, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study. *SSM – Population Health* 10, 100546.
- Allemann-Ghionda, C. (2009). Ganztagschule im europäischen Vergleich. *Zeitpolitiken modernisieren – durch Vergleich Standards setzen?* In: Stecher, L./Allemann-Ghionda, C./Helsper, W./Klieme, E. (Hg.): *Ganztägige Bildung und Betreuung*. Weinheim: Beltz, S. 190–208.
- Amarat, M./Akbulat, M./Ünal, Ö./Karakaya, B.G. (2019). The mediating role of work alienation in the effect of workplace loneliness on nurses' performance. *Journal of Nursing Management* 27 (3), 553–559.
- Andersen, M.H./Ottesen, L. /Thing, L.F. (2019). The social and psychological health outcomes of team sport participation in adults: An integrative review of research. *Scandinavian Journal of Public Health* 47 (8), 832–850. <https://doi.org/10.1177/1403494818791405>.
- Anderson, C.A. (1999). Attributional style, depression, and loneliness: A cross-cultural comparison of American and Chinese students. *Personality and Social Psychology Bulletin* 25, 482–499. <https://doi.org/10.1177/0146167299025004007>.
- Andrew, N. /Meeks, S. (2018). Fulfilled preferences, perceived control, life satisfaction, and loneliness in elderly long-term care residents, *Aging/Mental Health* 22 (2), 183–189. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1244804>.
- Arsenijevic, J. /Groot, W. (2018). Does household help prevent loneliness among the elderly? An evaluation of a policy reform in the Netherlands. *BMC Public Health* 18, 1104. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6004-6>.
- Atkinson, R. (1990). Government During the Thatcher Years. In: Savage, S.P/Robins, L. (Hg.): *Public Policy under Thatcher*. London: Palgrave. https://doi.org/10.1007/978-1-349-20855-5_2.
- Backman, H./Vanfleteren, L./Lindberg, A./Ekerljung, L./Stridsmann, C./Axelsson, M./Nilsson, U./Nwari, B.I./Sawalha, S./Eriksson, B./Hedman, L./Rådinger, M./Jansson, S.-A./Ullman, A./Kankaanranta, H./Lötvall, J./Rönmark, E./Lundbäck, B. (2020). Decreased COPD Prevalence in Sweden After Decades of Decrease in Smoking. *Respir Res* 21, 283. <https://doi.org/10.1186/s12931-020-01536-4>.

- Bahle, T. /Wendt, C. (2021). Social Assistance. In: Obinger, H. /Pierson, C./Castles, F.G./Leibfried, S./Lewis, J. (Hg.):*The Oxford Handbook of the Welfare State*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 448–461.
- Barreto, M. /Victor, C./Hammond, C./Eccles, A./Richins, M.T./Qualter, P. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences* 169, 1–6..
- Bartlett, H./Warburton, J./Lui, C.W./Peach, L./Carroll, M. (2013). Preventing social isolation in later life: Findings and insights from a pilot Queensland intervention study. *Ageing/Society* 33, 1167–1189.
- Batterham, R.W./Hawkins, M. /Collins, P.A./Buchbinder, R./Osborne, R.H. (2016). Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health* 132, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>.
- Baumeister, R. F. (2016). Wo ein Wille ist. In: Kubesch, S. (Hg.): *Exekutive Funktionen und Selbstregulation. Neurowissenschaftliche Grundlagen und Transfer in die pädagogische Praxis*. Göttingen: Hogrefe, S. 67–74.
- Baumeister, R.F/DeWall, N.C./Ciarocco, N.J./Twenge, J.M. (2005). Social Exclusion Impairs Self-Regulation. *Journal of Personality and Social Psychology* 88 (4), 589–604.
- Beckfield, J. /Bambra, C./Eikemo, T. /Huijts, T./Wendt, C. (2015). A Theory of Welfare State Effects on the Distribution of Population Health. *Social Theory and Health* 13, 227–244.
- Beese, J. /Liang, X. (2010). Do resources matter? PISA science achievement comparisons between students in the United States, Canada and Finland. *Improving Schools* 13 (3), 266–279. <https://doi.org/10.1177/1365480210390554>.
- Böger, A./Huxhold, O. (2018). Do the Antecedents and Consequences of Loneliness Change From Middle Adulthood Into Old Age? *Developmental Psychology* 54 (1), 181–197.
- Boldy, D./Grenade, L./Lewin, G./Karol, E./Burton, E. (2010). Older people's decisions regarding 'ageing in place': A Western Australian case study. *Australasian J. Ageing* 30, 136–142.
- Bowling, A./Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Sos. Sci. Med.* 64, 2533–2549.
- British Red Cross and Co-Op (2016). Trapped in a bubble: An investigation into triggers for loneliness in the UK. <https://www.redcross.org.uk/-/media/documents/about-us/research-publications/health-and-social-care/co-op-trapped-in-a-bubble-report.pdf>.
- Bruce, L.D./Wu, J.S./Lustig, S.L./Russell, D.W./Nemecek, D.A. (2019). Loneliness in the United States: A 2018 National Panel Survey of Demographic, Structural, Cognitive, and Behavioral Characteristics. *American Journal of Health Promotion* 33 (8), 1123–1133. <https://doi.org/10.1177/0890117119856551>.

- Bücker, S. (2022). Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit. KNE Expertise 10/2022. Frankfurt a. M., <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-experten>.
- Cacioppo, S. /Grippo, A.J./London, S./Goossens, L./Cacioppo, J.T. (2015). Loneliness: Clinical Import and Interventions. *Perspectives on Psychological Science* 10 (2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>.
- Cascio, E.U./Haider, S.J./Nielsen, H.S. (2015). The effectiveness of policies that promote labor force participation of women with children: A collection of national studies, *Labour Economics* 36, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.08.002>.
- Cattan, M./White, M./Bond, J./Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing/Society* 25, 41–67.
- Central MC (2016). Reducing social isolation and loneliness grant programme 2014–16. <https://manchestercommunitycentral.org/reducing-social-isolation-and-loneliness-grant-fund-2014-2016>.
- Chen, X. /He, Y./Oliveira, A.M.D./Coco, A.L./Zappulla, C./Kaspar, V./Schneider, B./Alvarez Valdivia, I./Tse, H. C.-H./DeSouza, A. (2004). Loneliness and social adaptation in Brazilian, Canadian, Chinese and Italian children: A multi-national comparative study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 1373–1384. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00329.x>.
- Courtin, E./Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community* 25 (3), 799–812.
- Coyle, C.E./Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging and Health* 24 (8), 1346–1363.
- Creswell J.D./Irwin, M.R./Burklund, L.J./Lieberman, M.D./Arevalo, J.M.G./Ma, J./Breen, E.C./Cole, S.W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity* 26 (7), 1095–1101.
- Dahlberg, L./McKee, K.J./Lennartsson, C./Rehnberg, J.(2022). A social exclusion perspective on loneliness in older adults in the Nordic countries. *Eur J Ageing* 19, 175–188. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00692-4>.
- Dahlberg, L. /Agahi, N./Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 75, 96–103.
- Dahlberg, L. /Andersson, L./McKee, K.J./Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging/Mental Health* 19 (5), 409–417. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>.

- Dahlberg, L. /McKee K.J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging/Mental Health* 18 (4), 504–514. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863>.
- Dallago, L. /Perkins, D.D./Santinello, M./Boyce, W./Molcho, M./Morgan, A. (2009). Adolescent place attachment, social capital, and perceived safety: A comparison of 13 countries. *Am. J. Community Psychol.* 44, 148–160.
- Davey, J. /Nana, G./De Joux, V./Arcus, M. (2004). New Zealand Institute for Research on Ageing/ Business/Economic Research Ltd. Accommodation Options for Older People in Aotearoa/New Zealand. Wellington, New Zealand: Centre for Housing Research Aotearoa.
- De Jong Gierveld, J./Van Tilburg, T.G. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: Coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 14, 1–24. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1006600825693>.
- De Jong Gierveld, J./Van Tilburg, T.G./Dykstra, P.A. (2006). Loneliness and social isolation. In: Perlman, D./Vangelisti, A. (Hg.): *The Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge: Cambridge University Press, 485–500.
- Department of Health (1999). Saving Lives: Our Healthier Nation. London: Stationery Office.
- Department of Health (2001). National Service Framework for Older People. London: Department of Health.
- Deveugele, M./Derese, A./van den Brink-Muinen, A./Bensing, J./De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 325, 472. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7362.472>.
- Diehl, K./Jansen, C./Ishchanova, K./Hilger-Kolb, J. (2018). Loneliness at Universities: Determinants of Emotional and Social Loneliness among Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 15, 1865. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091865>.
- Dittmann, J./Göbel, J. (2022). Einsamkeit und Armut. KNE Expertise 5/2022. Frankfurt a. M., <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-expertise-05-dittmann-goebel>.
- Dolan, N. /Sherlock, C. (2010). Family Support through Childcare Services: Meeting the Needs of Asylum-seeking and Refugee Families. *Child Care in Practice* 16 (2), 147–165. <https://doi.org/10.1080/13575270903493382>.
- Domenech-Abella, J./Lara, E./Rubio-Valera, M./Olaya, B./Moneta, M.V./Rico-Uribe, L.A./Ayuso-Mateos, J.L./Mundó, J./Haro, J.M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social Network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52, 381–390.

- Dragano, N. (2016). Arbeit und Gesundheit. In: Richter/Hurrelmann (Hg.): Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer VS, S. 167–182.
- Eccles, A.M./Qualter, P./Madsen, K.R./Holstein, B.E. (2020). Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. Scandinavian Journal of Public Health 48, 877–887.
- Eckhard, J. (2018). Does Poverty Increase the Risk of Social Isolation? Insights Based on Panel Data from Germany. *The Sociological Quarterly* 59 (2), 338–359.
<https://doi.org/10.1080/00380253.2018.1436943>.
- Eisenberger, N.I./Jarcho, J.M./Lieberman, M.D./Naliboff, B.D. (2006). An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejection. *Pain* 126 (1–3), 132–138.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.06.024>.
- Esping-Andersen, G./ Myles, J. (2018). The Welfare State and Redistribution. In: Grusky, D.B. (Hg.): Social Stratification. Class, Race, and Gender in Sociological Perspective, 4th Edition. Routledge, 52–58.
- European Commission, European Education and Culture Executive Agency/De Lel, G. (2021). The organisation of school time in Europe: primary and general secondary education: 2021/22, Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2797/63021>.
- Findlay, R.A. (2003). Interventions to reduce social isolation among older people: where is the evidence? *Ageing/Society* 23 (5), 647–658.
- Finlay, J./Esposito, M./Kim, M.H./Gomez-Lopez, I./Clarke, P. (2019). Closure of ‘third places’? Exploring potential consequences for collective health and wellbeing. *Health Place* 60.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102225>.
- Fokkema, T./Knipscheer, K. (2007). Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging/Mental Health* 11 (5), 496–504.
- Fokkema, T./De Jong Gierveld, J./Dykstra, P.A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *Journal of Psychology* 146, 201–228.
- Fokkema, T./Naderi, R. (2013). Differences in late-life loneliness: a comparison between Turkish and native-born older adults in Germany. *Eur J Ageing* 10, 289–300.
<https://doi.org/10.1007/s10433-013-0267-7>.
- Fong, P./Cuwys, T./Robinson, S.L./Haslam, S.A./ Haslam, C./Mance, P.L./Fisher, C.L. (2021). Evidence that loneliness can be reduced by a whole-of-community intervention to increase neighbourhood identification. *Social Science/Medicine* 277, 113909.

- Ford, J. /Sowden, S./Olivera, J./Bambra, C./Gimson, A./Aldridge, R./Brayne, C. (2021). Transforming health systems to reduce health inequalities. *Future Health J.* 8 (2), e204–e209. <https://doi.org/10.7861/fhj.2021-0018>.
- Gardiner, C./Geldenhuys, G./Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. *Health/Social Care in the Community* 26, 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>.
- Gerst-Emerson, K./ Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health* 105 (5), 1013–1019.
- Gleibs, I.H./Haslam, C./Jones, J.M./Haslam, S.A./McNeill, J./Connolly H. (2011). No country for old men? The role of a ‘Gentlemen’s Club’ in promoting social engagement and psychological well-being in residential care. *Aging/Mental Health* 15 (4), 456–466.
- Greaves, C.J./Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *J R Soc Promot Health* 126 (3), 134–142.
- Greenfield, E.A. (2015). Support from neighbors and aging in place: Can NORC programs make a difference? *Gerontologist* 56, 651–659.
- Griep, Y./Kinnunen, U./Nätti, J./De Cuyper, N./Mauno, S./Mäkikangas, A./De Witte, H. (2016). The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *Int Arch Occup Environ Health* 89, 147–162.
<https://doi.org/10.1007/s00420-015-1059-5>.
- Hagan, R./Manktelow, R./Taylor B. J./Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Aging/Mental Health* 18 (6), 683–693.
- Hagan, R. (2021). Loneliness, older people and a proposed social work response. *Journal of Social Work* 21 (5), 1084–1104.
- Hajek, A. /König, H.-H. (2020). Which factors contribute to loneliness among older Europeans? Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Determinants of loneliness. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 89, 104080.
- Häusser, J.A. /Mojzisch, A. /Niesel, M./Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control (-Support) model and psychological well-being. *Work/Stress* 24 (1), 1–35. <https://doi.org/10.1080/02678371003683747>.
- Hawley, L.C./Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioural Medicine* 40 (2), 218–227.
- Hawley, L.C. (2022). Loneliness and health. *Nat Rev Dis Primers* 8, 22.
<https://doi.org/10.1038/s41572-022-00355-9>.

- Hazer, O./Boylu, A.A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 9, 2083–2089.
- Heikkinen, R.L./Berg, S. /Avlund, K. (1995). Depressive symptoms in late life. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 10, 315–330.
- Henriksen, J./Larsen, E.R./Mattisson, C./Andersson, N.W. (2017). Loneliness, Health and Mortality. *Epidemiol Psychiatr Sci* 30, 1–6.
- Heylen, L. (2010). The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing/Society* 30, 1177–1196.
- Hoekman, R./van der Werff, H./Nagel, S./Breuer, C. (2015). A Cross-National Comparative Perspective on Sport Clubs in Europe. In: Breuer, C./Hoekman, R./Nagel, S./van der Werff, H. (Hg.). *Sport Clubs in Europe. A Cross-National Comparative Perspective*. Springer, 419–435.
- Holt-Lunstad, J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy/Aging Report* 27 (4), 127–130.
- Hur, M./Morrow-Jones, H. (2008). Factors that influence residents' satisfaction with neighborhoods. *Environ. Behav.* 40, 619–635.
- Imamoglu, E.O./Küller, R./Imamoglu, V./Küller, M. (1993). The social psychological worlds of Swedes and Turks in and around retirement. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 24, 26–41. <https://doi.org/10.1177/0022022193241002>.
- Jacques, O./Noël, A. (2018). The case for welfare state universalism, or the lasting relevance of the paradox of redistribution. *Journal of European Social Policy* 28 (1), 70–85. <https://doi.org/10.1177/0958928717700564>.
- Jimerson, S.R./Stewart, K./Skokut, M./Cardenas, S./Malone, H. (2009). How Many School Psychologists are There in Each Country of the World?: International Estimates of School Psychologists and School Psychologist-to-Student Ratios. *School Psychology International* 30 (6), 555–567. <https://doi.org/10.1177/0143034309107077>.
- Jones, R. (2013). Education Reform in Korea. *OECD Economics Department Working Papers* No. 1067, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5k43nxs1t9vh-en>.
- Jopling, K. (2015). Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life. <http://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>.
- Kemperman, A./van den Berg, P./Weijs-Perrée, M./Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16, 406. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>.
- Klaassen, C.A. (2002). Teacher pedagogical competence and sensibility, *Teaching and Teacher Education* 18 (2), 151–158. [https://doi.org/10.1016/S0742-051X\(01\)00060-9](https://doi.org/10.1016/S0742-051X(01)00060-9).

- Kotwal, A.A./Fuller, S.M./Myers, J.J./Hill, D./Tha, S.H./Smith, A.K./Perissinotto, C.M. (2021). A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low-income older adults: A mixed-methods study. *Journal of the American Geriatric Society* 69 (12), 3365–3376.
- Kumar, M.V./Macharapu, R./Mallepalli, P.K./Babu, R.S. (2018). Comparing strengths, difficulties, and loneliness between socioeconomically deprived and advantaged children. *Arch Ment Health* 19, 123–128.
- Kung, C./Kunz, J.S./Shields, M.A. (2021). Economic aspects of loneliness in Australia. *Aust. Econ. Rev.* 54, 147–163.
- Langenkamp, A. (2021). Lonely Hearts, Empty Booths? The Relationship between Loneliness, Reported Voting Behavior and Voting as Civic Duty. *Social Science Quarterly* 102 (4), 1239–1254. <https://doi.org/10.1111/ssqu.12946>.
- Langenkamp, A./Bienstman, S. (2022). Populism and Layers of Social Belonging: Support of Populist Parties in Europe. *Political Psychology* 43 (5), 931–949, <https://doi.org/10.1111/pops.12827>.
- Larson, R.W./Richards, M.H./Moneta, G./Holmbeck, G./Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology* 32 (4), 744–754.
- Lepsius, M.R. (2017). Max Weber and Institutional Theory. Heidelberg: Springer.
- Lette, M./Boorsma, M./Lemmens, L./Stoop, A./Nijpels, G./Baan, C./de Bruin, S. (2020). Unknown makes unloved – A case study on improving integrated health and social care in the Netherlands using a participatory approach. *Health and Social Care in the Community* 28 (2), 670–680.
- Lewis, J. (2006). Work/family reconciliation, equal opportunities and social policies: the interpretation of policy trajectories at the EU level and the meaning of gender equality. *Journal of European Public Policy* 13 (3), 420–437. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1>.
- Liu, L./Gou, Z./Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology* 21 (5), 750–758.
- Livingston, M./Bailey, N./Kearns, A. (2008). People's Attachment to Place: The Influence of Neighbourhood Deprivation. Coventry: Chartered Institute of Housing/Joseph Rowntree Foundation.
- Luhmann, M./Buecker, S./Rüsberg, M. (2022). Loneliness across time and space. *Nat Rev Psychol.* <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00124-1>.
- Luhmann, M./Hawkley, L.C. (2016). Age Differences in Loneliness from Late Adolescence to Oldest Old Age. *Dev Psychol.* 52 (6), 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>.

- Luo, Y./Hawkley, 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>.
- Lykes, V.-A./Kemmelmeier, M. (2014). What Predicts Loneliness? Cultural Difference Between Individualistic and Collectivistic Societies in Europe. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 45 (3), 468–490.
- Macdonald, S.J./Deacon, L./Nixon, J./Akintola, A./Gillingham, A./Kent, J./Ellis, G./Mathews, D./Ismail, A./Sullivan, S./Dore, S./Highmore, L. (2018). ‘The invisible enemy’: disability, loneliness and isolation. *Disability/Society* 33 (7), 1138–1159.
<https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1476224>.
- Mann, F./Bone, J.K./Lloyd-Evans, B./Frerichs, J./Pinfold, V./Ma, R./Wang, J./Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52, 627–638.
- Martina, C.M.S./Stevens, N.L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging/Mental Health* 10 (5), 467–475.
- Masi, C.M./Chen, H.-Y./Hawkley, L.C./Cacioppo, J.T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev* 15, 219–266.
- Masi, C.M./Chen, H.-Y./Hawkley, L.C./Cacioppo, J.T. (2011). A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review* 15 (3), 219–266.
- Mihalopoulos, C./Le, L.K.-D., Chatterton, M.L./Bucholc, J./Holt-Lunstad, J./Lim, M.H., Engel, L. (2021). The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 55, 823–836.
- Morrish, N./Medina-Lara, A. (2021). Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. *Social Science/Medicine* 287, 114339.
- Morrish, N./Mujica-Mota, R./Medina-Lara, A. (2022). Understanding the effect of loneliness on unemployment: propensity score matching. *BMC Public Health* 22, 740.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13107-x>.
- Neu, C. (2022). Place Matters! Raumbezogene Faktoren von Einsamkeit und Isolation – Erkenntnisse und Implikationen für die Praxis. KNE Expertise 8/2022. Frankfurt a M.,
<https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-experten/kne-expertise-08-neu>.
- Nix, J./Jers, H./Ternström, S. (2020). Acoustical, Psychoacoustical, and pedagogical Considerations for Choral Singing with Covid-19 Health Measures. *The Choral Journal*. 61 (3), 30–39.

- Nyqvist, F./Nygård, M./Scharf, T. (2019). Loneliness amongst older people in Europe: a comparative study of welfare regimes. *Eur J Ageing* 16, 133–143.
<https://doi.org/10.1007/s10433-018-0487-y>.
- Parsons, J.G.M./Sheridan, N./Rouse, P./Robinson, E./Connolly, M. (2013). A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94 (6), 1015–1022.
- Picket, K./Wilkinson, R. (2010). Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. 4. Auflage, Haffmans/Tolkemitt.
- Plagnol, A.C./Huppert, F.A. (2010). Happy to Help? Exploring the Factors Associated with Variations in Rates of Volunteering Across Europe. *Soc Indic Res* 97, 157–176.
<https://doi.org/10.1007/s11205-009-9494-x>.
- Plantenga, J./Remery, C. (2015). Provision of Childcare Services: A Comparative Review of EU Member States. CESifo DICE Report 13 (1), 20–24.
- Prieto-Flores, M.-E./João Forjaz, M./Fernandez-Mayoralas, F./Rojo-Perez, F./Martinez-Martin, P. (2011): Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults. *Journal of Aging and Health* 23(1) 177–194.
- Qualter, P./Vanhalst, J./Harris, R./Van Roekel, E./Lodder, G./Bangee, M./Maes, M./Verhagen M. (2015). Loneliness Across the Life Span. *Perspectives on Psychological Science* 10 (2), 250–264.
- Refaeli, T./Achdut, N. (2022). Perceived poverty, perceived income adequacy and loneliness in Israeli young adults: Are social capital and neighbourhood capital resilience factors?. *Health Soc Care Community* 30, 668– 684. <https://doi.org/10.1111/hsc.13177>.
- Richter, M./Hurrelmann, K. (2007). Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. APuZ 42/2007, S. 3–10.
- Rico-Uribe, L.A./Caballero, F.F./Martín-Maria, N./Cabello, M./Ayuso-Mateos, J.-L./Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS ONE* 13(1), e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>.
- Rokach, A./Orzeck, T./Moya, M.C./Exposito, F. (2002). Causes of loneliness in North America and Spain. *European Psychologist* 7, 70–79. doi:10.1027/71016-9040.7.1.70.
- Ross, C.E./Jang, S.J. (2000). Neighborhood disorder, fear, and mistrust: the buffering role of social ties with neighbors. *Am. J. Community Psychol.* 28 (4), 401–420.
<https://doi.org/10.1023/A:1005137713332>.
- Rosta, J./Gjerløw Aasland, O. (2016). Doctors' working hours and time spent on patient care in the period 1994 – 2014. *Tidsskr Nor Legeforen* 136, 1355–1359.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0011>.

- Rosyida, H.N. (2022). Challenging minister of loneliness: Strategy of government to respond to women's suicide in Japan? In: Sukmana, O./ Salahudin/Robbie, I./Roziqin, A./Deniar, S.M./ Sihidi, I.T./Suhermanto, D.F.(Hg.): Social and Political Issues on Sustainable Development in the Post Covid-19 Crisis. Leiden: Routledge, 181–188.
- Rothgang, H./Cacace, M./Frisina, L./Grimmeisen, S./Schmid, A./Wendt, C. (2010). The State and Healthcare. Comparing OECD Countries. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sandu, V./Zólyomi, E./Leichsenring, K. (2021). Addressing loneliness and social isolation among older people in Europe. POLICY BRIEF 2021/7. Wien: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Schobin, J. (2022). Einsamkeit, Gesellschaft und Demokratie: Einstellungen und Teilhabe. KNE Expertise 11/2022. Frankfurt a. M., <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-experten/kne-expertise-11-schobin>.
- Shankar, A./Hamer, M./McMunn, A./Steptoe, A. (2013). Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. Psychosomatic Medicine 75 (2), 161–170. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31827f09cd>.
- Shapira, N./Barak, A./Gal, I. (2007). Promoting older adults' wellbeing through Internet training and use. Aging/Mental Health 11 (5), 477–484.
- Shin, O./Park, S./Amano, T./Kwon, E./Kim, B. (2020). Nature of Retirement and Loneliness: The Moderating Roles of Social Support. Journal of Applied Gerontology 39 (12), 1292–1302.
- Snellman, K./Silva, J.M./Frederick, C.B./Putnam, R.D. (2015). The Engagement Gap: Social Mobility and Extracurricular Participation among American Youth. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science 657 (1), 194–207. <https://doi.org/10.1177/0002716214548398>.
- Stephens, C./Alpass, F./Towers, A. (2010). Economic Hardship Among Older People in New Zealand: The Effects of Low Living Standards on Social Support, Loneliness, and Mental Health. New Zealand Journal of Psychology 39 (2), 49–55.
- Steptoe, A. (2022). Loneliness, health and applied psychology. Applied Psychology: Health and Wellbeing. <https://doi.org/10.1111/aphw.12417>.
- Stevens, N./Westerhof, G.J. (2006). Marriage, social integration, and loneliness in the second half of life: A comparison of Dutch and German men and women. Research on Aging 28, 713–729. <https://doi.org/10.1177/0164027506291747>.
- Stevens, N.L./Martina, C.M.S./Westerhof, G.J. (2006). Meeting the need to belong: Predicting effects of a friendship enrichment program for older women. The Gerontologist 46, 495–502. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.495>.

- Stojanovic, J./Collamati, A./La Milia, D.I./Borghini, A./Dupлага, M./Rodzinka, M./Ricciardi, W./Magnavita, N./Moscato, U./Poscia, A. (2016). Targeting loneliness and social isolation among the elderly: An update Systematic Review. *European Journal of Public Health* 26 (suppl.1), 10.
- Swader, C.S. (2019). Loneliness in Europe: Personal and societal individualism-collectivism and their connection to social isolation. *Social Forces* 97(3), 1307–1336.
- Thanakwang, K./Ingersoll-Dayton, B./Soonthorndhada, K. (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Aging/Mental Health* 16, 993–1003.
- Toch-Marquardt, M./Menvielle, G./Eikemo, T.A./Kulhánová, I./Kulik, M.C./Bopp, M./Esnaola, S./Jasilionis, D./Mäki, N./Martikainen, P./Regidor, E./Lundberg, O./Mackenbach, J.P. (2014). Occupational Class Inequalities in All-Cause and Cause-Specific Mortality among Middle-Aged Men in 14 European Populations during the Early 2000s. *PLOS one* 9 (9), e10807.
- Twenge, J.M./Haidt, J./Blake, A.B./McAllister, C./Lemon, H./Le Roy, A. (2021). Worldwide increases in adolescent loneliness. *Journal of Adolescence* 93, 257–269.
- Van den Berg, P./Kemperman, A./de Kleijn, B./Borgers, A. (2016). Ageing and loneliness: the role of mobility and the built environment. *Travel Behav. Soc.* 5, 48–55.
<https://doi.org/10.1016/j.tbs.2015.03.001>.
- Van Tilburg, T.G./Fokkema, T. (2021). Stronger feelings of loneliness among Moroccan and Turkish older adults in the Netherlands: in search for an explanation. *Eur J Ageing* 18, 311–322.
<https://doi.org/10.1007/s10433-020-00562-x>.
- Victor, C.R./Scambler, S.J./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/Society* 25, 357–375.
- Wendt, C. (2012). Gesundheit und Gesundheitssystem. In: Mau, S./Schöneck, N.M. (Hg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Frankfurt a. M.: VS-Verlag, 344–361.
- Wendt, C. (2017): Introduction to Lepsius' Concept of Institutional Theory. In: Lepsius, M.R.: *Max Weber and Institutional Theory* (Hg.: C. Wendt). Heidelberg: Springer, 1–21.
- Wendt, C./Bahle, T. (2020). Sozialpolitik. In: Joas, H./Mau, S. (Hg.): *Handbuch Soziologie*. Campus, S. 549–585.
- Wendt, C./Kohl, J./Mischke, M./Pfeifer, M. (2010). How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare. *European Sociological Review* 26 (2), 177–192.

- Wendt, C./Mischke, M./Pfeifer, M. (2011). *Welfare States and Public Opinion: Perceptions of Healthcare Systems, Family Policy and Benefits for the Unemployed and Poor in Europe*. Northampton, U.S.A.: Edward Elgar Publishing.
- Wendt, C./Mischke, M./Pfeifer, M./Reibling, N. (2012). Confidence in Receiving Medical Care when Seriously Ill: A Seven-Country Comparison of the Impact of Cost Barriers. *Health Expectations* 15 (2), 212–224.
- Williams, C.Y.K./Townson, A.T./Kapur, M./Ferreira, A.F./Nunn, R./Galante, J./Phillips, V./ Gentry, S./Usher-Smith, J.A. (2021). Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247139>.
- World Health Organization (2021a). UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030. Genf. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
- World Health Organization (2021b). Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Genf: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>.
- Yang, K. (2019). *Loneliness: a social problem*. Routledge.
- Yang, K. /Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing/Society* 31, 1368–1388.
- Yanguas, J./Pinazo-Henandis, S./Tarazona-Santabalbina, F.J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Biomed* 89 (2), 302–314.
- Zhang, J./Fokkema, T./Arpino, B. (2022). Loneliness Among Chinese Older Adults: The Role of Grandparenthood and Grandparental Childcare by Gender. *Journal of Family Issues* 43 (11), 3078–3099. <https://doi.org/10.1177/0192513X211041992>.

Impressum

Prof. Dr. Claus Wendt

Dieses Dokument wurde im Auftrag des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) - Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) erstellt. Der Inhalt des Dokuments wird vollständig von den Autor*innen verantwortet und spiegelt nicht notwendigerweise die Position des ISS/KNE wider.

Herausgegeben von:

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
Kompetenznetz Einsamkeit

Hauptsitz: Zeilweg 42, 60439 Frankfurt a.M.
Standort Berlin: Lahnstraße 19, 12055 Berlin

[info\(at\)kompetenznetz-einsamkeit.de](mailto:info(at)kompetenznetz-einsamkeit.de)
<https://kompetenznetz-einsamkeit.de>

Stand: März 2023

Erscheinungsjahr: 2023

ISBN (E-Paper) 978-3-88493-262-9

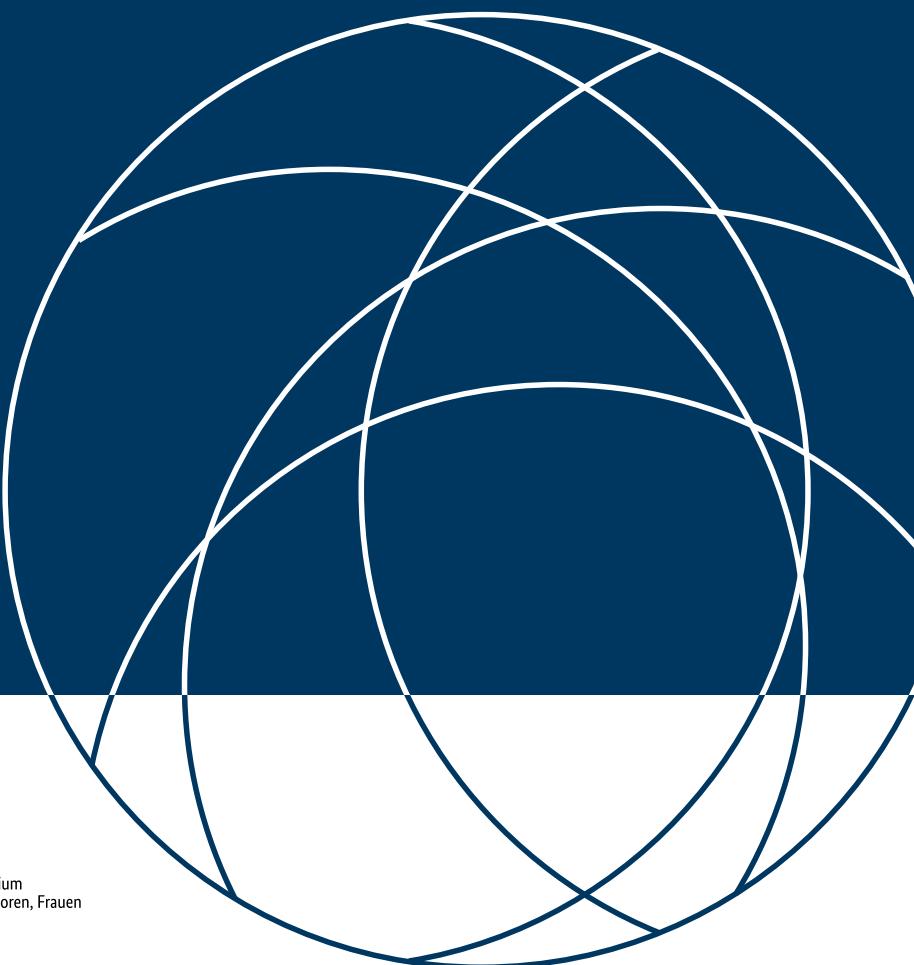
Gestaltung:

Simone Behnke, HCC

sbehnke@hotchicksandcowboys.com



KOMPETENZNETZ EINSAMKEIT



Ein Projekt des:



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend