

Vorprojekt “Einsamkeit im Alter”

Faktenblatt

Einsame Menschen in der medizinischen Grundversorgung

19.7.2024

Inhalt

1. Einführung	1
2. Facts and figures.....	2
2. Empfohlene Massnahmen in der Literatur	5
3. Mögliche Massnahmen in der Schweiz	7
4. Wichtige Akteure.....	8
6. Zu erwartende Wirkungen	8
5. Mögliche Timeline	9
7. Erste Schätzung benötigter finanzieller Ressourcen	10
8. Schlussfolgerungen.....	11
Anhang: An der Erarbeitung des Faktenblatts beteiligte Fachpersonen	13

1. Einführung

Für die Umsetzung des Programms «*connect!* – gemeinsam weniger einsam» ab 2024 sollen Handlungsprioritäten festgelegt werden. Ein Handlungsfeld ist die medizinische Grundversorgung.

Um eine Priorisierung zu ermöglichen, macht dieses Faktenblatt eine erste Auslegeordnung über den Stand des Wissens, führt internationale Vorgehensempfehlungen auf und erfasst die Einschätzungen von Vertretenden der medizinischen Grundversorgung, die nach dem Versand eines Entwurfs rückgemeldet wurden. (Andere Faktenblätter behandeln weitere Perspektiven der Einsamkeit aus pflegerischer Sicht und der Sicht der Sozialen Arbeit, aus Sicht von stationären Altersinstitutionen etc.). Im Anhang 1 sind die Fachpersonen aufgeführt, die sich im Rahmen der Vernehmlassung geäussert haben.

Das Faktenblatt schliesst mit Schlussfolgerungen zum Handlungsbedarf aus Sicht der Fachleute der medizinischen Grundversorgung und des Projektteams ab.

Auf der Basis dieses Faktenblatts soll sich die Trägerschaft über den Nutzen und die Erfolgsaussichten dieses Handlungsfeldes ein Bild machen und über dessen Priorität im Rahmen der Umsetzung des geplanten Programms «*connect!* – gemeinsam weniger einsam» entscheiden können. Sollte das Handlungsfeld weiterverfolgt werden, werden vertiefende Abklärungen über die Wirksamkeit und Machbarkeit von Interventionen im schweizerischen Kontext folgen müssen.

Definition von Einsamkeit

Die nachstehende Text-Box beinhaltet die Kurzfassung der Definition von «Einsamkeit», welche dem im Vorprojekt verfassten Faktenblatt «Definition Einsamkeit»¹ entnommen ist.

Kurzversion zur Definition von Einsamkeit

Einsamkeit ist ein unangenehmes und belastendes Gefühl, bei welchem die eigenen sozialen Beziehungen nicht den persönlichen Bedürfnissen entsprechen und als unzureichend empfunden werden. Dieses Gefühl kann sowohl die Qualität der Beziehungen betreffen (z.B. fehlende Vertrauensbeziehungen) als auch die Quantität von sozialen Kontakten (z.B. fehlendes soziales Netz)² sowie die Zugehörigkeit zu einer grösseren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft³. Andauernde Einsamkeit ist mit einem erhöhten Risiko für körperliche und psychische Krankheiten sowie mit erhöhter Mortalität assoziiert⁴.

2. Facts and figures

Der aktuelle Stand des Wissens zur Einsamkeit wurde im Rahmen des Vorprojekts «Einsamkeit im Alter» in einer Literaturanalyse⁵ und in einem Erfahrungsbericht über die nationalen Umsetzungsprogramme in anderen Ländern⁶ zusammengestellt.

«Burden of disease» der Einsamkeit

2010 wurde zum ersten Mal in einer breit angelegten Meta-Analyse aufgezeigt, dass der Einfluss sozialer Beziehungen auf das Sterberisiko mit den Auswirkungen des Tabakkonsums, des Übergewichts oder des Bewegungsmangels vergleichbar ist⁷.

Diese Erkenntnis wurden zwischenzeitlich mehrfach bestätigt, so auch im renommierten medizinischen Fachjournal «The Lancet». Die gesundheitliche Bedeutung von Einsamkeit und mangelnden sozialen Beziehungen wird dort wie folgt beschrieben⁸:

¹ Faktenblatt «Definition Einsamkeit». Verfügbar unter www.public-health-services.ch/connect

² Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships in Disorder* (S. 32). London: Academic Press

³ Vgl. Z.B. Cacioppo, John T. & Cacioppo S. (2012). The phenotype of loneliness. *The European Journal of Developmental Psychology*, 9/4, 446-452.

⁴ Holt-Lunstad J., Smith, T.B., Baker, M. et al. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Persp Psychol Sci*, 10, 227-237.

⁵ Schaaf, S. (2023). Zusammenfassende Dokumentation zur Literaturanalyse «Einsamkeit im Alter». Im Auftrag der Age-Stiftung und von PHS Public Health Services. Zürich und Bern: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF, PHS Public Health Services, Age-Stiftung

⁶ Kessler, C. et al. (2023). Wege aus der Einsamkeit: was machen andere Länder? Eine Analyse zum internationalen Erfahrungswissen, mit Fokus auf Europa (Schlussbericht). Age-Stiftung und PHS Public Health Services

⁷ Holt-Lunstad, J. et al. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med.* 2010 Jul 27;7(7):e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

⁸ The Lancet (2023). Loneliness as a health issue. Editorial: Vol 402 July 08, 2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01411-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01411-3)

- «As damaging to physical health as 15 cigarettes per day.»
- «Poor social connections are associated with increased risk of cardiovascular disease, hypertension, diabetes, infectious diseases, impaired cognitive function, depression, and anxiety.»

Häufigkeit von Einsamkeit im Alter in der Schweiz

Spezialauswertungen für das Vorprojekt «Einsamkeit im Alter» zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 2022⁹ und zu einem OBSAN-Bericht (2023)¹⁰ ergaben bei zuhause lebenden älteren Menschen der Altersgruppe 65+ eine Einsamkeitshäufigkeit (ziemlich/sehr häufig) von 5% bis knapp 9%^{11,12}. Dies ist vergleichbar mit einer europäischen Meta-Analyse bei älteren Menschen (60+), bei welcher eine Häufigkeit von schwerer Einsamkeit von 8% gefunden wurde¹³.

Bei diesen Zahlen ist gemäss Höpflinger (2024)¹² zu berücksichtigen, dass stark vereinsamte und isolierte Menschen weniger häufig an Befragungen teilnehmen als sozial gut integrierte Menschen, wodurch die Zahlen tendenziell zu tief liegen. Zudem weist die Zielgruppe der 65-74-Jährigen niedrige Einsamkeitswerte auf. Entsprechend liegt die Häufigkeit von Einsamkeit bei den älteren Altersgruppen und insbesondere bei den Hochaltrigen (80+) weit höher.

Die Spezialauswertung von Höpflinger zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 2022 (ebd.) zeigt, dass häufige Einsamkeitsgefühle im Alter sowohl durch soziale als auch gesundheitliche Faktoren bestimmt werden. Sozial bedeutsame Faktoren sind primär das Alleinleben, das Fehlen von Vertrauenspersonen sowie die Sprachregion. Ein Migrationshintergrund, v.a. wenn aus Ost-, Südost und Südwest-Europa stammend, erhöht ebenfalls das Risiko für Einsamkeitsgefühle (ebd.). Indirekt wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) aus, indem sich finanzielle Probleme negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken, was wiederum die Einsamkeitsgefühle beeinflusst. Indirekt wirkt sich auch das Bildungsniveau aus, indem eine tiefe Bildung mit einer geringeren Zahl von Vertrauenspersonen assoziiert ist. Auch das zunehmende Alter wirkt sich in erster Linie durch die Abnahme von Vertrauenspersonen aus (ebd.).

Aus gesundheitlicher Sicht sind vor allem körperliche Beschwerden und eine schlechte subjektive Gesundheit mit erhöhten Einsamkeitswerten verbunden. Dabei können sich allerdings auch wechselseitige Beziehungen ergeben: schlechte Gesundheit erhöht das Einsamkeitsrisiko, was wiederum zu einer schlechteren Gesundheitseinschätzung führen kann. Generell zeigen sich starke negative Beziehungen zwischen Einsamkeitsgefühlen und der psychischen Gesundheit, und einer tiefen Kontrollüberzeugung (ebd.).

Die Prävalenz der Einsamkeit ist gemäss Bundesamt für Statistik in der lateinischen Schweiz höher als in der deutschen Schweiz¹⁴. Die Ursachen hierfür sind nicht bekannt. Hingegen zeigen sich zwischen der ländlichen und der städtischen Bevölkerung in der Schweiz keine Unterschiede. Allerdings be-

⁹ Bundesamt für Statistik (2023). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Neuchâtel: BFS.

¹⁰ Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?, *Obsan Bericht 03/2023*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

¹¹ Schuler, D. (2023). Prävalenz «Einsamkeit im Alter». Spezialauswertung des OBSAN Berichts 03/2023 gemäss Anfrage Institut für Gesundheitsforschung (ISGF). (Bezug bei PHS Public Health Services)

¹² Höpflinger, F. (2024). Einsamkeitsgefühle im Alter – Ursachen und Auswirkungen – Eine Auswertung der Schweiz. Gesundheitsbefragung 2022. Version 6. März 2024 (Bezug bei PHS Public Health Services)

¹³ Chawla, K. et al. (2021). Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*: July 26, 2021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>

¹⁴ Bundesamt für Statistik (2019). Gesundheitsstatistik 2019. Neuchâtel: BFS.

richteten in intermediären Regionen (als dritter Gemeindetypus neben städtisch und ländlich) wohnhafte Personen häufiger von Einsamkeit als die städtische Bevölkerung.

Hinweis: Die Auftretenshäufigkeit der Einsamkeit zeigt einen U-förmigen Verlauf mit hohen Prävalenzen in der Jugend und bei jungen Erwachsenen und zunehmender Häufigkeit im hohen Alter¹⁵. Das Programm «connect!» fokussiert in einer ersten 3-Jahres-Phase auf das Alter. Es besteht jedoch der Wunsch, in kommenden Phasen auch andere Zielgruppen zu erfassen.

Ursachen von Einsamkeit

Die Auswertung von Höpflinger (2024)¹⁶ zur Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB 2022 zeigt, dass häufige Einsamkeitsgefühle im Alter sowohl durch soziale und gesundheitliche Faktoren bestimmt werden.

Sozial bedeutsame Faktoren sind primär das Alleinleben, das Fehlen von Vertrauenspersonen sowie die Sprachregion (höhere Werte in der lateinischen Schweiz). Ein Migrationshintergrund, v.a. wenn aus Ost-, Südost und Südwest-Europa stammend, erhöht ebenfalls das Risiko für Einsamkeitsgefühle (ebd.).

Indirekt wirkt sich ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) aus, indem sich finanzielle Probleme negativ auf die physische und psychische Gesundheit auswirken, was wiederum die Einsamkeitsgefühle beeinflusst. Indirekt wirkt sich auch das Bildungsniveau aus, indem eine tiefe Bildung mit einer geringeren Zahl von Vertrauenspersonen assoziiert ist. Auch das zunehmende Alter wirkt sich in erster Linie durch die Abnahme von Vertrauenspersonen aus (ebd.).

Aus gesundheitlicher Sicht sind vor allem körperliche Beschwerden und eine schlechte subjektive Gesundheit mit erhöhten Einsamkeitswerten verbunden. Dabei können sich allerdings auch wechselseitige Beziehungen ergeben: eine schlechte Gesundheit erhöht das Einsamkeitsrisiko, was wiederum zu einer schlechteren Gesundheitseinschätzung führen kann. Generell zeigen sich starke negative Beziehungen zwischen Einsamkeitsgefühlen und der psychischen Gesundheit, und einer tiefen Kontrollüberzeugung (ebd.).

Gemäss dem englischen Programm gegen Einsamkeit werden Einsamkeitsgefühle zudem stark von Eigenschaften wie Identität und Persönlichkeit beeinflusst. Soziale und kulturelle Einflüsse spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Von Bedeutung sind weiter die Wohnsituation und das Quartier, in dem Menschen leben. Ebenfalls potenziell grosse Auswirkungen haben kritische Lebensereignisse, sei dies die Pensionierung, der Verlust einer nahestehenden Person oder gesundheitliche Ereignisse.¹⁷

Eine aktuelle narrative Literatur-Analyse¹⁸ kommt zu ähnlichen Schlüssen. Sie bewertet zudem zwei weitere Elemente als besonders zentrale Faktoren betreffend Einsamkeit:

1. Die Persönlichkeitsmerkmale Extrovertiertheit als stark protektiv gegen Einsamkeitsgefühle und Neurotizismus als einflussreicher verstärkenden Faktor.
2. Das Vorhandensein von Vertrauenspersonen.

¹⁵ Bundesamt für Statistik (2023). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Neuchâtel: BFS.

¹⁶ Höpflinger, F. (2024). Einsamkeitsgefühle im Alter – Ursachen und Auswirkungen – Eine Auswertung der Schweiz. Gesundheitsbefragung 2022. Version 6. März 2024 (Bezug bei PHS Public Health Services)

¹⁷ Department for Digital, Culture, Media and Sport, UK (2018). A connected society; A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change. <https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness>

¹⁸ Barjaková M., Garneró A & d'Hombres B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Soc Sci Med.*,334:116-163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>

Diese beiden Elemente gilt es bei Interventionen im Fokus zu behalten.

Relevanz der Einsamkeit für das Gesundheitsversorgungssystem

Gemäss Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) ist Einsamkeit keine Krankheit. Einsamkeit kann die Gesundheit jedoch stark beeinträchtigen – und damit das Gesundheitsversorgungssystem belasten. Nachstehend eine Auswahl von Zitaten:

- Nat. Academies of Science, Engineering and Medicine, 2020¹⁹:
 - *“Evidence suggests an association between loneliness and increased use of inpatient care, more health care provider visits, increased re-hospitalisations, and longer length of stays.”*
- Erst wenige Studien haben die Kostenauswirkungen der Einsamkeit auf das Gesundheitsversorgungssystem berechnet. Beispiele hierfür kommen v.a. von Grossbritannien und Holland
 - *“Loneliness is associated with higher healthcare expenditure in all types of curative healthcare services independent of demographic-, socioeconomic- and lifestyle factors.”*²⁰
 - *“The evidence suggests that social prescribing can reduce pressure on Primary Care and save costs.”*²¹

2. Empfohlene Massnahmen in der Literatur

Nachstehend eine Auswahl von Zitaten aus der internationalen Literatur:

The National Academies of Sciences, Engineering, Medicine¹⁹:

- *“Health care providers and practices should periodically perform an assessment...”*

U.S. Surgeon General²²:

- *“Explicitly acknowledge social connection as a priority for health.*
- *Provide health professionals with formal training and continuing education on the health and medical relevance of social connection and risks associated with social disconnection (e.g., isolation, loneliness, low social support, social negativity), as well as advanced training on prevention and interventions.*
- *Facilitate inclusion of assessment results in electronic health records.*
- *Providers and insurers can educate and incentivize patients to understand the risks of, and take action to address inadequate social connection, with a particular focus on at-risk individuals, including but not limited to those with physical or mental health conditions or*

¹⁹ Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

²⁰ Meisters, R. et al. (2021). Does Loneliness Have a Cost? A Population-Wide Study of the Association Between Loneliness and Healthcare Expenditure. *International Journal of Public Health*, 66, 581286. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>

²¹ National Academy for Social Prescribing. Evidence Brief, The economic impact of social prescribing, <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/bnjcszbz/nasp-briefing-economic-impact.pdf>

²² The U.S. Surgeon General’s Advisory on the Healing Effects of Social Connection and Community (2023). Our Epidemic of Loneliness and Isolation, <https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>

disabilities, financial insecurity, those who live alone, single parents, and both younger and aging populations.

- *Integrate social connection into patient care in primary-, secondary-, and tertiary-level care settings by:

 - *Actively assessing patients' level of social connection to identify those who are at increased risk or already experiencing social disconnection and evaluate the level of necessary supports.*
 - *Educating patients about the benefits of social connection and the risk factors for social disconnection as part of primary prevention.*
 - *Leveraging interventions that provide psychosocial support to patients, including involving family or other caregivers in treatment, group therapies, and other evidence-based options.**
- *Work with community organizations to create partnerships that provide support for people who are at risk for, or are struggling with, loneliness, isolation, low social support, or poor-quality relationships.*
- *Create opportunities for clinicians to partner with researchers to evaluate the application of evidence-based assessment tools and interventions within clinical settings, including evaluating the efficacy of applications for specific populations."*

Interview Raveet Viridi, Sprecherin für die nationale britische Strategie «A connected society: a strategy for tackling loneliness», UK²³:

- *«the most important element in the UK strategy is social prescribing»*

Social Prescribing

Social prescribing ist eine Schlüsselkomponente der Universal Personalised Care. Es ist ein Ansatz, der Menschen mit Aktivitäten, Gruppen und Diensten in ihrer Gemeinschaft verbindet, um die praktischen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse zu erfüllen, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden beeinflussen.

Beim Social Prescribing verweisen lokale Einrichtungen wie lokale Sozial- und Gesundheitsdienste die Menschen an einen Social Prescribing Link Worker. Die Link Workers nehmen sich Zeit für die Menschen und konzentrieren sich auf die Frage "Was ist mir wichtig?", um gemeinsam einen einfachen, individuellen Betreuungs- und Unterstützungsplan zu erstellen und die Menschen dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden selbst in die Hand zu nehmen.

<https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/>

²³ Kessler, C. et al. (2023). Wege aus der Einsamkeit: was machen andere Länder? Eine Analyse zum internationalen Erfahrungswissen, mit Fokus auf Europa (Schlussbericht). Age-Stiftung und PHS Public Health Services.

3. Mögliche Massnahmen in der Schweiz

Angesichts der „Burden of disease“ von Einsamkeit erscheint eine Reaktion des Gesundheitsversorgungssystems und insbesondere der medizinischen Grundversorgung angebracht. Dies umso mehr, als starke Hinweise vorliegen, dass dadurch eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems bewirkt werden kann.

International empfohlen wird ein Screening und Assessment bei Einsamkeit, verbunden mit adäquaten Follow-up-Interventionen. Werden medizinische Gründe für die Einsamkeit festgestellt, z.B. Mobilitätseinschränkungen, Depression, sensorische Einschränkungen, ist es Aufgabe des Gesundheitsversorgungssystems, entsprechende therapeutische Massnahmen zu ergreifen. Stehen soziale Gründe im Vordergrund (und oft dürfte es beides sein), wäre ein interprofessionelles bzw. intersektorales Vorgehen im Sinne eines „Social prescribing“ hilfreich.

Eine Vielzahl von Fragen ist zu beantworten:

- Welche Screening-Fragen?
- Durch wen? (Ärzt:in, APN, MPK, MPA)
- Bei wem? (Definierte Altersgruppen, Risikogruppen?)
- Welches Assessment? (Wie erfolgt die vertiefende Abklärung der Ursachen der Einsamkeit?)
- Welche Massnahmen bei positivem Screening? (Medizinische Massnahmen, psychologische Massnahmen (KVT, Verhaltenstraining), Social Prescribing...?)
- Sozialberatung innerhalb oder ausserhalb der Praxis der Grundversorgung?
- Wenn Sozialberatung:
 - Welche Form der Beratung? (Was soll wem empfohlen werden?)
 - Durch wen? (Praxis-Mitarbeitende, professionelle Sozialarbeitende, Freiwillige?)
 - Welche Kompetenzen werden benötigt? Wie werden diese vermittelt?
- Finanzierung? Welche Aufwände (auch von APN, MPK, MPA) können wie/bei welchem Kostenträger über welche Positionen abgerechnet werden?
- Etc.

Sollte im Rahmen der Umsetzung von «Einsamkeit im Alter» der Aspekt «Einsame Menschen in der medizinischen Grundversorgung» prioritär weiterverfolgt werden, bietet sich folgendes Vorgehen an:

1. Bilden einer Trägerschaft mit relevanten Ärzteorganisationen, kombiniert mit Akteuren der Sozialen Arbeit, behördlichen Stellen, Geldgebern etc. Finanzielle Sicherstellung eines mehrjährigen Vorgehens.
2. Einberufung einer Arbeitsgruppe Medizinische Grundversorgung zur Erarbeitung einer Vorgehensstrategie und Beantwortung der oben aufgeführten Fragen.
3. Massnahmen zur Sensibilisierung der Health Professionals mittels Artikel, Kongress-Beiträgen und Informationsmaterialien.
4. Festlegung eines geeigneten Screening-Vorgehens und eines Algorithmus für den Follow-up bei positivem Screening.
5. Entwicklung und Verbreitung von Schulungsmaterialien für die Gesundheitsfachleute, beispielsweise für Qualitätszirkel, für PEPrä-Schulungsangebote, e-Learning-Tools etc.
6. Mehrjähriges Disseminationsprogramm.
7. Integration in die Aus- und Weiterbildung.

8. Erarbeitung von Modellen des Social Prescribing im schweizerischen Kontext.
9. Durchführung von Pilotprojekten mit integriertem Social Prescribing – mit wissenschaftlicher Begleitung.
10. Evaluation mit kontinuierlichen Rückkopplungen zur Optimierung des Vorgehens.

Aus der Konsultation mit Fachleuten der medizinischen Grundversorgung sind ergänzende Hinweise eingegangen:

- Ein Engagement der Ärzteschaft macht nur Sinn, wenn parallel dazu eine anhaltende Informations- und Sensibilisierungskampagne der breiten Bevölkerung sichergestellt ist.
- Eine gemeinsame Entwicklung des Vorgehens, der Tools, der Arbeitsteilung drängt sich mit der Spitex auf.
- Die medizinische Grundversorgung braucht Anlaufstellen im Bereich der Sozialen Arbeit und Übersichten über lokale Angebote der sozialen Teilhabe.
- Es sind die nötigen politischen und tarifarischen Anpassungen vorzunehmen, damit die Grundversorgung ihre Aufgaben übernehmen kann.
- Eine ausschliessliche Fokussierung auf ältere Menschen ist nicht sinnvoll. Auch die Jugend ist stark von Einsamkeit betroffen.

4. Wichtige Akteure

Voraussetzung für Akzeptanz und Erfolg von Sensibilisierungsmassnahmen ist eine namhafte Trägerschaft. Wichtige Akteure sind das KHM, die SGAIM, mfe, die FMH, die Organisationen der Praxisfachpersonen (MPA, MPK, APN), die Vertretenden der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, SAGES), wichtige Organisationen aus dem Freiwilligenbereich wie Pro Senectute, SRK, kirchliche Institutionen, Benevol etc. Interessant könnte auch ein gemeinsames Vorgehen von medizinischer Grundversorgung und Spitex sein, da die Herausforderungen sich in Vielem ähnlich sind.

(Unterstrichen = Interesse am Thema „Einsamkeit im Alter“ im Rahmen des Vorprojekts bekundet)

Für Pilotprojekte wäre der Einbezug einer städtischen Verwaltungseinheit nötig, zuständig für Gesundheit, das Alter oder Soziales. Nötig wäre auch die Vertretung der lokalen Ärzteschaft, insbesondere der Grundversorgung. Darüber hinaus müsste aber auch sehr konkret die Teilnahme der Arztpraxen sichergestellt werden. Die lokale Spitex könnte auch eingebunden werden. Als Vertretung der Sozialen Arbeit sind lokale Assoziationen der Sozialen Arbeit und die lokalen Unterorganisationen der NGO's der Freiwilligenarbeit plus die lokalen kirchlichen Einheiten einzubinden. Lokale Seniorenorganisationen sind ebenfalls erwünschte, wichtige Partner.

6. Zu erwartende Wirkungen

Das Gesundheitsversorgungssystem spielt bei der Einsamkeit im Alter eine ganz wichtige Rolle bei der Erkennung von Einsamkeit und beim Einleiten erster Massnahmen. Dies wird in allen bestehenden und von uns analysierten nationalen Programmen gegen Einsamkeit bestätigt. Konkrete und umfassende Umsetzungserfahrung im Gesundheitsversorgungssystem kann jedoch vorerst nur England vorweisen.

Trotz dem grossen Potenzial werden messbare Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlergehen älterer Menschen erst nach Jahren zu erwarten sein. Frühere Hinweise für eine Wirkung werden eine stärkere Sensibilisierung der Gesundheitsfachleute, besseres Wissen, die Motivation, Massnahmen zu ergreifen, die Integration von Screening und Follow-up in den Praxisalltag sein.

Ein Engagement von „Einsamkeit im Alter“ im Bereich der medizinischen Grundversorgung muss somit als langfristiges Engagement angelegt werden. Zwischenziele bei einem sechsjährigen Zeithorizont können folgende Outputs und Outcomes sein:

- Ein praxisnahes, evidenzbasiertes Vorgehen zum Umgang mit Einsamkeit ist für die medizinische Grundversorgung entwickelt.
- Informationsmaterialien liegen vor, Beiträge zur Einsamkeit haben bei den wichtigen Kongressen der relevanten Gesundheitsfachleuten stattgefunden, Schulungsmaterialien wurden produziert.
- Die Gesundheitsfachleute sind zum Thema Einsamkeit sensibilisiert, haben mehr Wissen zum Thema und sind motiviert, sich dem Thema im Praxisalltag zu widmen.
- xy% der Praxen der medizinischen Grundversorgung haben die angebotenen Schulungen absolviert.
- xy% der Ärztgruppen und -praxen haben begonnen, Einsamkeit systematisch zu screenen und entsprechende Follow-up-Massnahmen zu ergreifen.
- Erste Pilotprojekte mit einem schweizerischen Modell des Social prescribing wurden erfolgreich umgesetzt.
- Die Voraussetzungen für eine weiterführende breite Dissemination sind gegeben.

5. Mögliche Timeline

Für die Bildung der Trägerschaft, einer Arbeitsgruppe und für die Entwicklung einer Vorgehensstrategie ist ein Jahr einzuplanen.

Mit ersten Massnahmen zur Sensibilisierung der Gesundheitsfachleute mittels Fachartikeln und Beiträgen an Tagungen kann aber rasch begonnen werden.

Die Entwicklung eines Screeners, von Abklärungsalgorithmen und von Empfehlungen für Follow-up-Massnahmen kann im Verlauf von 2024 begonnen werden. Ziel sollte es sein, dass in der zweiten Jahreshälfte 2025 die nötigen Grundlagen für ein evidenzbasiertes, breit abgestütztes Vorgehen vorliegen, entsprechende Informations- und Schulungsunterlagen bereitstehen und mit der Dissemination gestartet werden kann.

Parallel zur Entwicklung von Inhalten und Tools innerhalb der Gesundheitsversorgung ist das Vorgehen in der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheits- und sozialen Systemen (Social Prescribing) zu entwickeln. Kommunale Pilotprojekte mit integriertem Social Prescribing sollen möglichst früh aufgelegt werden. Sie benötigen aber die oben erwähnten Grundlagen. Konkrete Umsetzungsmassnahmen in der Grundversorgung dürften somit im Verlauf von 2025 beginnen und es dürfte mit einer Mindestdauer von drei Jahren zu rechnen sein, um erste Erkenntnisse zu Machbarkeit, Akzeptanz und Wirkungen zu gewinnen.

Anschliessend an diese Entwicklungs- und Pilotphase muss für eine nachhaltige Verankerung von «Einsamkeit im Alter» im Gesundheitsversorgungssystem eine mehrjährige Disseminationsphase anschliessen.

Massnahme	Tentativer Zeitplan
Bilden der Trägerschaft für ein Teilprojekt Medizinische Grundversorgung und Entwicklung einer Vorgehensstrategie	April – Dez. 2024
Kommunikationsinitiative	Aug. 2024+
Entwicklung eines Screeners, Empfehlungen für Assessments und Follow-up-Massnahmen	Aug. 2024 – Juli 2025
Erarbeitung von Informationsmaterialien für die Grundversorgung und von Schulungsmaterialien	Jan. – Dez. 2025
Dissemination in Gruppen- und Einzelpraxen	2026+
Entwicklung eines schweizerischen Social Prescribing Modells	Mai 2024 – April 2025
Pilotierung von Social Prescribing Projekten	Mai 2025+

7. Erste Schätzung benötigter finanzieller Ressourcen

Folgende Kosten fallen an:

- Projektmanagement (ab 2024) inkl. Disseminationsarbeit (ab 2026)
- Entgelt für die Arbeitsgruppe Medizinische Grundversorgung (v.a. 2024 und 2025)
- Produktion der Informationsmaterialien und Schulungen (2025 und 2026)
- Kommunikationsaufwände (ab 2024)
- Kosten für Pilotprojekte (2025 -)
- Unerwartete Aufwände

Grobbudget

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Total
Projektmanagement und Dissemination (50%)	50000	75000	75000	75000	75000	75000	425000
Entgelt für AG Med. Grundversorgung	20000	20000	20000	10000	10000	10000	90000
Informationsmaterialien und Schulungen	10000	100000	10000	10000	10000	10000	150000
Kommunikationsaufwände	30000	30000	10000	10000	10000	10000	100000
Integration in Aus- und Weiterbildung				10000	10000	10000	30000
Unerwartetes	20000	20000	20000	20000	20000	20000	120000
Total	130000	245000	135000	135000	135000	135000	915000

Es ist mit mittleren Kosten von CHF 135'000 pro Jahr zu rechnen. 2025 entstehen Mehrkosten von geschätzten CHF 110'000 für die Produktion von Informationsmaterialien und Schulungen.

Zur Finanzierung werden folgende Finanzierungsquellen angegangen:

- Projektgelder der Trägerstiftungen
- Zusätzliche Gelder von Stiftungen und Institutionen, exklusiv für das Teilprojekt «Einsame Menschen in der medizinischen Grundversorgung»
- Finanzielle Unterstützung von behördlicher Seite für Pilotprojekte
- Forschungsgelder für die wissenschaftliche Begleitung

8. Schlussfolgerungen

- Die medizinische Grundversorgung ist bei Einsamkeit im Alter sehr wichtig
 - Das Risiko für Einsamkeit steigt mit zunehmendem Alter. Gleichzeitig nimmt die Häufigkeit von Kontakten mit Patient:innen mit zunehmendem Alter zu.
 - Es besteht oft ein gutes Vertrauensverhältnis
 - Grundversorger:innen können medizinische Ursachen von Einsamkeit diagnostizieren und angehen
 - Grundversorger können Patient:innen motivieren und unterstützen, weitere Unterstützung im psychosozialen/gesellschaftlichen Bereich zu erhalten
- Hindernisse
 - Workload zu gross
 - Vergütung nicht geregelt (Einsamkeit ist keine Krankheit)
 - Thema von Ärzteschaft und Praxis-Team nicht genügend als Problem erkannt
 - Ursachen und mögliche Massnahmen zu wenig bekannt
- Ansätze
 - Sensibilisieren und schulen/befähigen
 - Praxisorganisation: Aufgaben aufteilen auf unterschiedliches Personal
 - Kooperation mit Fachleuten der Sozialen Arbeit und Freiwilligen eingehen
- Aufgaben für Programm „connect!“
 - Bilden einer Arbeitsgruppe Grundversorgung und Bearbeitung der offenen Fragen in Kapitel 3.
 - Entwickeln von Umsetzungsmodellen für die Praxis (Vorgehen, Arbeitsteilung)
 - Sensibilisieren der Fachleute (ganze Praxis)
 - Schulungen entwickeln und aktiv propagieren
 - Entwicklung und Pilotierung von Umsetzungsmodellen mit Einbezug der Sozialen Arbeit und der Freiwilligen

Einsamkeit im Alter stellt ein wachsendes Problem dar, da das Risiko dafür mit zunehmendem Alter steigt. Gleichzeitig nimmt die Häufigkeit von Kontakten älterer Menschen mit medizinischem Personal zu. Dies schafft eine wertvolle Gelegenheit, Einsamkeit frühzeitig zu erkennen und entgegenzuwirken. Oftmals besteht ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen älteren Patient:innen und ihren Grundversorger:innen, was die Basis für effektive Interventionen bildet.

Grundversorger:innen sind in der Lage, medizinische Ursachen von Einsamkeit zu diagnostizieren und anzugehen. Sie können Patient:innen motivieren und unterstützen, weitere Hilfe im psychosozialen und gesellschaftlichen Bereich zu suchen und anzunehmen. Es gibt jedoch mehrere Hindernisse, die die effektive Behandlung von Einsamkeit im Alter erschweren. Zu diesen Hindernissen gehören eine

zu hohe Arbeitsbelastung des medizinischen Personals und die mangelnde Vergütung, da Einsamkeit nicht als Krankheit anerkannt ist. Darüber hinaus wird das Thema Einsamkeit von vielen in der Ärzteschaft und im Praxis-Team nicht ausreichend als Problem erkannt. Die Ursachen und möglichen Maßnahmen zur Bekämpfung von Einsamkeit sind oft zu wenig bekannt.

Um diese Hindernisse zu überwinden, sind mehrere Ansätze notwendig. Es ist wichtig, das medizinische Personal zu sensibilisieren und zu schulen, um sie zu befähigen, Einsamkeit als ernstzunehmendes Problem zu erkennen und anzugehen. Eine bessere Praxisorganisation, bei der Aufgaben auf unterschiedliches Personal verteilt werden, kann die Arbeitsbelastung verringern. Darüber hinaus sollte eine Kooperation mit Fachleuten der Sozialen Arbeit und Freiwilligen angestrebt werden, um eine umfassende Unterstützung der Patient:innen zu gewährleisten.

Das Programm «*connect!* – gemeinsam weniger einsam» kann eine zentrale Rolle bei der Bekämpfung von Einsamkeit im Alter spielen. Es sollte eine Arbeitsgruppe zur Grundversorgung bilden und die offenen Fragen in Kapitel 3 bearbeiten. Zudem müssen Umsetzungsmodelle für die Praxis entwickelt werden, die klare Vorgehensweisen und Arbeitsteilungen definieren. Es ist essenziell, das gesamte Praxis-Team für das Thema zu sensibilisieren und gezielte Schulungen zu entwickeln und aktiv zu propagieren. Schließlich sollten Umsetzungsmodelle unter Einbezug der Sozialen Arbeit und Freiwilligen entwickelt und pilotiert werden, um ihre Effektivität zu testen und zu optimieren.

Durch diese Maßnahmen kann die medizinische Grundversorgung einen entscheidenden Beitrag zur Reduzierung von Einsamkeit im Alter leisten und somit die Lebensqualität älterer Menschen verbessern.

Anhang: An der Erarbeitung des Faktenblatts beteiligte Fachpersonen

- Dr. med. Klaus Bally, Institut für Hausarztmedizin, Uni Basel
- Dr. med. François Héritier, Präsident Kollegium für Hausarztmedizin
- Dr. med. Heinrich Kläui, Hausarzt Bern
- PD Dr. med. Thomas Münzer, Chefarzt Geriatriische Klinik St. Gallen
- Dr. med. Silvia Richner, Hausärztin, Vertreterin Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
- Dr. med. Marzio Sabbioni, Hausarzt und Psychiater Bern
- PD Dr. med. Albert Wettstein, ehem. Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich, Zentrum für Gerontologie Universität Zürich