ThemenCheck Medizin

Vorläufiger HTA-Bericht

Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter

Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken?

HTA-Nummer: HT20-03
Version: 1.0
Stand: 02.06.2022

IQWiG

Impressum

Herausgeber

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Thema

Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter: Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken?

HTA-Nummer

HT20-03

Beginn der Bearbeitung

19.10.2020

Anschrift des Herausgebers

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln
Tel.: +49 221 35685-0
Fax: +49 221 35685-1
E-Mail: themencheck@iqwig.de
Internet: www.iqwig.de

Autorinnen und Autoren

- Stefanie Butz, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland
- Max Georg Hügel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht, Lübeck, Deutschland
- Hannes Kahrass, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland
- Thomas Kloppe, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland
- Dagmar Lühmann, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland
- Marcel Mertz, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland
- Cathleen Muche-Borowski, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland
- Anja Neumann, EsFoMed GmbH, Essen, Deutschland
- Silke Neusser, EsFoMed GmbH, Essen, Deutschland
- Ilvie Otto, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland
- Thomas Ruppel, Kanzlei für Medizinrecht und Gesundheitsrecht, Lübeck, Deutschland
- Martin Scherer, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland

Inhaltliches Review

- Anne Stark, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, UKE, Hamburg, Deutschland

Die Projektkoordination sowie die Informationsbeschaffung für die Domänen Nutzenbewertung und Gesundheitsökonomie erfolgten durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Schlagwörter: Soziale Isolierung, Alte Menschen, Nutzenbewertung, Systematische Übersicht, Technikfolgen-Abschätzung – biomedizinische

Keywords: Social Isolation, Aged, Benefit Assessment, Systematic Review, Technology Assessment – Biomedical

Externe Sachverständige, die wissenschaftliche Forschungsaufträge für das Institut bearbeiten, haben gemäß § 139b Abs. 3 Satz 2 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung „alle Beziehungen zu Interessenverbänden, Auftragsinstituten, insbesondere der pharmazeutischen Industrie und der Medizinprodukteindustrie, einschließlich Art und Höhe von Zuwendungen“ offenzulegen. Das Institut hat von jedem der Sachverständigen ein ausgefülltes Formular „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ erhalten. Die Angaben wurden von dem speziell für die Beurteilung der Interessenkonflikte eingerichteten Gremium des Instituts bewertet. Die Selbstangaben der externen Sachverständigen und der externen Reviewerin zur Offenlegung von Beziehungen sind in Kapitel A10 zusammenfassend dargestellt. Es wurden keine Interessenkonflikte festgestellt, die die fachliche Unabhängigkeit im Hinblick auf eine Bearbeitung des vorliegenden Auftrags gefährden.

Dieser vorläufige HTA-Bericht wird zur Anhörung gestellt und es können schriftliche Stellungnahmen eingereicht werden. Das Ende der Stellungnahmefrist wird auf der Website des IQWiG (www.iqwig.de) bekannt gegeben. Dort sind auch die notwendigen Formblätter zu finden. Stellungnahmen können alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften abgeben. Gegebenenfalls wird eine wissenschaftliche Erörterung zur Klärung unklarer Aspekte aus den schriftlichen Stellungnahmen durchgeführt. Die Anhörung kann zu Änderungen und / oder Ergänzungen des HTA-Berichts führen.

HTA-Kernaussagen

Fragestellungen des HTA-Berichts

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind:

- die Nutzenbewertung von Interventionen, die zum Ziel haben, a) über das Auflösen oder b) der Vorbeugung einer sozialen Isolation beziehungsweise Einsamkeit zielgruppenrelevante Endpunkte positiv zu beeinflussen im Vergleich zur Versorgung ohne diese Interventionen oder mit Minimalinterventionen, jeweils a) bei Personen ab 65 Jahren, auf die ein objektives Kriterium der sozialen Isolation zutrifft und die subjektiv unter Einsamkeit leiden oder b) bei Personen ab 60 Jahren, die Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit aufweisen,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten),
- die Bewertung der Kosteneffektivität sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit den medizinischen Interventionen verbunden sind.

Schlussfolgerung des HTA-Berichts

Für die Nutzenbewertung wurden 14 randomisierte kontrollierte Studien zu Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von sozialer Isolation und Einsamkeit analysiert. Sechs Studien fokussierten auf die Evaluation von Präventionsmaßnahmen und acht auf Maßnahmen mit therapeutischem Ansatz. Sowohl in der Gruppe der Präventions- als auch in der Gruppe der Therapiestudien gab es Interventionsmaßnahmen, die von Ehrenamtlichen oder von professionellen Akteur:innen des Gesundheits- und Sozialwesens umgesetzt wurden. Es besteht eine große Heterogenität der untersuchten Maßnahmen: Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit, Telefonate/Telefonfreundschaften mit Ehrenamtlichen, professionell geleitete Gruppenangebote, Technikschulungen durch Ehrenamtliche und eine Tai Chi Qigong Intervention in Kombination mit ehrenamtlichen Gesundheitslotsen. Die Dauer der beschriebenen Interventionen reichte von 1,5 bis 12 Monate. In der Mehrzahl der Studien liegt das mittlere Alter der Studienpopulationen zwischen 70 und 80 Jahren. Der Anteil weiblicher Studienteilnehmerinnen war in fast allen Studien über 50 %; eine Studie hat sogar nur Teilnehmerinnen eingeschlossen.

Der Verzerrungspotential aller eingeschlossenen Studien musste bereits auf Studienebene als hoch klassifiziert werden.

Keine der eingeschlossenen Studien untersuchte unerwünschte Effekte der Intervention, ansonsten wurden alle vorab spezifizierten Endpunkte berichtet. Die Anzahl der untersuchten

Endpunkte variierte zwischen einem und 16. Vier Studien konnten für keinen ihrer betrachteten Endpunkte statistisch signifikante Veränderungen zu Gunsten der Intervention berichten. Zwei Studien berichten statistisch signifikante Unterschiede zu Gunsten der Intervention für den einzigen untersuchten Endpunkt. Die übrigen acht Studien präsentieren gemischte Ergebnisse.

Von insgesamt zehn statistisch signifikanten Ergebnissen aus den Präventionsstudien konnte nur für einen Endpunkt eine Relevanz abgeleitet werden. Bei den Therapiestudien sieht das Bild ähnlich aus; von neun statistisch signifikanten Ergebnissen zu unterschiedlichen Endpunkten konnte bei vier eine Relevanz abgeleitet werden.

In der Zusammenschau ist festzustellen, dass neben der hohen Anfälligkeit für verzerrte Ergebnisse, der überwiegend unklaren „Power“ der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien, auch die mangelhafte Berichtsqualität der Evaluation von komplexen Interventionen dazu beiträgt, dass die punktuell gesehenen positiven Ergebnisse schlecht interpretierbar sind. Aus der vorliegenden Evidenz zur Nutzenbewertung können keine Belege oder Hinweise abgeleitet werden, dass eine bestimmte Interventionsform zur Vorbeugung, Reduktion oder Bewältigung von sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen eindeutig wirksam ist. Gleichzeitig kann aber auch nicht zweifelsfrei auf die Unwirksamkeit der untersuchten Maßnahmen geschlossen werden, da für zwei Interventionsformen (Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit und professionell geleitete Gruppenangebote) beziehungsweise für fünf Endpunkte (soziale Unterstützung, Mortalität, Angst, selbstberichteter Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit) Anhaltspunkte für einen Nutzen abgeleitet werden konnten. So gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Besuchsprogramme durch Ehrenamtliche bei sozial isolierten und einsamen Personen zumindest die Lebenszufriedenheit steigern beziehungsweise die Angst reduzieren. Weiter gibt es einen Anhaltspunkt, dass bei Personen, die von Isolation und Einsamkeit bedroht sind, eine professionell geleitete soziale Gruppenarbeit die soziale Unterstützung erhöht. Bei sozial isolierten und von Einsamkeit betroffenen Personen gibt es Anhaltspunkte, dass ein professionell geleitetes Gruppenangebot die Mortalität senkt und den selbstberichteten Gesundheitszustand verbessert.

Die gesundheitsökonomische Bewertung betrachtet einerseits Kosten, die mit der Technologie verbunden sind (Interventionskosten) und andererseits vergleichende gesundheitsökonomische Studien. In den systematischen Recherchen wurden lediglich zwei gesundheitsökonomische Publikationen gefunden. Es handelt sich dabei um zwei Studien mit therapeutischer Intention, die auch in die Nutzenbewertung einbezogen wurden. In einer Studie wurde eine Kosten-Nutzwert-Analyse für das von Ehrenamtlichen umgesetzte Widow-to-Widow-Programm publiziert und die zweite Studie unternahm einen Kosten-Kosten-Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe für eine professionell umgesetzte

psychosoziale Gruppenintervention. Die im Rahmen der Durchführung der Studien ermittelten Interventionskosten betragen währungskonvertierte und inflationsbereinigte 574 € pro Person für die Hausbesuche durch Ehrenamtliche. Die Kostendifferenz zur Kontrollgruppe (Normalversorgung und Informationsbroschüre) von währungskonvertierten und inflationsbereinigten -218 € war statistisch nicht signifikant. Bei der professionell umgesetzten psychosozialen Gruppenintervention bestand eine währungskonvertierte und inflationsbereinigte signifikante Kostendifferenz in Höhe von 1127 € zugunsten der Interventionsgruppe (Kontrollgruppe: keine Intervention). Allerdings sind dabei die in der Publikation angegebenen Kosten für das Gruppenprogramm, in Höhe von währungskonvertiert und inflationsbereinigt 1053 € pro Person, nicht inkludiert. Eine Kosten-Outcome-Relation für die gemessenen Endpunkte erfolgt nicht.

Bei der Interpretation der gesundheitsökonomischen Ergebnisse sind weiterhin die unterschiedlichen Studientypen, die methodischen Defizite und die unterschiedlichen zugrundeliegenden Gesundheitssysteme mit entsprechender Variation in den einbezogenen Kostenparametern zu berücksichtigen. Eindeutige Schlussfolgerungen hinsichtlich der Kosten-Effektivität von bestimmten Interventionsformen zur Vorbeugung oder Bewältigung von sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen können damit nicht gezogen werden, vor allem auch nicht für den deutschen Kontext.

Auf Basis der Angaben in den zwei Publikationen wurden die potenziellen Interventionskosten für den deutschen Kontext erhoben. Diese lagen für den Besuchsdienst durch Ehrenamtliche (Organisation und Durchführung von 10 bis 12 Hausbesuchen pro Teilnehmer:in) bei 246 € bzw. 403 € pro Teilnehmer:in, abhängig von der Durchführung der Supervision. Für das professionell angeleitete 3-monatige Gruppenangebot wurden Interventionskosten in Höhe von durchschnittlich 434 € pro Teilnehmer:in ermittelt.

Demgegenüber stehen die Ergebnisse der Analysen aus ethischer, sozialer, organisatorischer und rechtlicher Perspektive, denen die systematische Aufarbeitung der Diskussionsabschnitte der in die Nutzenbewertung inkludierten Publikationen, weitere einschlägige Publikationen aus den orientierenden Literaturrecherchen, Interviews mit Betroffenen und die Diskussion in einem Stakeholder-Workshop zugrunde liegen. Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit sind durchweg positiv konnotiert. Dabei wird ihr „Nutzen“ nicht unbedingt an gesundheitsbezogenen Endpunkten festgemacht, sondern allein die Tatsache, dass Kontakte mit anderen Menschen stattfinden, wird bereits als Erfolg wahrgenommen. Mit Sozialkontakten werden vor allem Freude, Spaß und eine höhere Lebensqualität assoziiert, positive Effekte auf die Gesundheit werden daraus resultierend erwartet. Mehrfach wurde darauf verwiesen, dass Angebote bedarfsgerecht sein müssen. Dabei bezieht sich die Bedarfsgerechtigkeit zum einen auf Spezifika der Zielgruppe wie Erreichbarkeit (z. B. „stille Alte“), soziokulturelle Zusammensetzung, besondere Auslöser von sozialer Isolation und

Einsamkeit (z. B. Verlust von nahen Angehörigen) oder krankheitsbedingte Barrieren. Ein anderer Themenkomplex bezieht sich auf die inhaltliche Ausgestaltung von Angeboten. Unterschiedliche Wirkmechanismen werden ausgeführt: das Setzen von gemeinschaftsbildenden Stimuli durch Gruppenaktivitäten, die entlastende, öffnende Funktion von vertrauensvollen Gesprächen, insbesondere auch mit gleichartig Betroffenen, oder das gezielte Bearbeiten von individuellen psychischen Barrieren und Stärkung der Selbstwirksamkeit in eher therapeutisch ausgerichteten Settings. Förderlich für die Akzeptanz wird die partizipative Einbindung der Zielgruppe in die Entwicklung von Angeboten gesehen, um die Authentizität von Begegnungssituationen und die inhaltliche Passung an Interessen zu gewährleisten. Anderenfalls kann Interventionen eine hohe Abbruchquote drohen, wodurch sie ineffizient werden. Für wenig hilfreich dagegen wird die Unterscheidung zwischen präventiven und therapeutischen Maßnahmen eingeschätzt; hier wäre eine Orientierung am Schweregrad der Beeinträchtigung eher zielführend.

Die Implementierung von Maßnahmen hat mentale Barrieren als auch technische und organisatorische Aspekte zu berücksichtigen. Der Abbau von mentalen Barrieren kann z. B. mit gestuften Angeboten unterstützt werden, in denen auf eine initiale, vertrauensaufbauende Phase eine Phase mit weiterreichenden Kontakten folgt. In diesem Zusammenhang ist auch die Nachhaltigkeit von Angeboten von entscheidender Bedeutung, die als kritisches ethisches Kriterium identifiziert wurde. Technische und organisatorische Aspekte betreffen z. B. die Erreichbarkeit von Angeboten mit (öffentlichen) Verkehrsmitteln, gegebenenfalls Fahrdiensten, auch unter Berücksichtigung anfallender Kosten, oder der niedrigschwellige Zugang zu Angeboten, ohne komplexe Antragsverfahren. Besondere Herausforderungen ergeben sich aus der regional stark unterschiedlichen Angebotsvielfalt (Stadt-Land-Gefälle), der heterogenen Bevölkerungszusammensetzung im Hinblick auf ihren soziokulturellen und sozioökonomischen Hintergrund und der schwierigen Erreichbarkeit von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Für die Bekanntmachung von Angeboten sollten daher ebenfalls unterschiedliche Strategien vorgesehen werden. Neben reinen Bekanntmachungen über lokale Medien, schwarze Bretter oder Flyer, die eher die Beteiligung von eher „aktiven“ Senioren:innen stimulieren, sind auch gezielte, gegebenenfalls aufsuchende Strategien z. B. unter Einbindung von Hausarztpraxen, Pflege- und Sozialdiensten oder Apotheken vorzusehen, um das zurückgezogene, potenziell besonders bedürftige Klientel zu erreichen.

Weitere organisatorische Aspekte sind Infrastruktur und Personal. Für gruppenbasierte Angebote stehen z. B. Gemeinde- oder Stadtteilzentren, Altenhilfeeinrichtungen, Tagespflegeeinrichtungen aber auch Bibliotheken oder Sporteinrichtungen zur Verfügung. Umgesetzt werden die Angebote gegen soziale Isolation und Einsamkeit sowohl von ausgebildeten professionellen Akteur:innen wie Sozialarbeiter:innen oder Pflegekräften und Ehrenamtlichen, die zumeist Laien hinsichtlich sozialarbeiterischer oder pflegerischer

Expertise sind. In Unterstützungsangeboten, die auf Reziprozität setzen, werden auch Angehörige der Zielgruppe zu Akteur:innen. Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist die Sicherstellung einer adäquaten Qualifikation aller Beteiligten, die sich nicht nur auf Kenntnis der Intervention selbst beschränkt, sondern Fähigkeiten wie Gesprächsführung, Gruppenleitung, soziale Kompetenz und Umgang mit vulnerablen Gruppen umfasst. Gerade die Rekrutierung und Qualifikation von Ehrenamtlichen kann, besonders in sozioökonomisch eher benachteiligten Gegenden, schnell zu einer Hürde für die Umsetzbarkeit von Interventionen werden.

Aus sozialrechtlicher Perspektive sind bereits mehrere Einbindungsmöglichkeiten für Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit vorhanden. So finden sich in der Altenhilfe bereits verschieden Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter, wie Freiwilligenbesuchsdienste und professionell betreute Gruppenangebote. Präventive Angebote lassen sich der Krankenversicherung zuordnen, da soziale Isolation und Einsamkeit im Alter das Krankheitsrisiko, besonders für psychische Erkrankungen erhöhen.

In die Zukunft gerichtete Vorschläge sind weiterhin Selektivverträge nach § 140a SGB V mit Pflegekassen, Kommunen und Wohlfahrtseinrichtungen, die auch die besser verzahnte Prävention sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter zum Gegenstand haben. Denkbar sind auch nach dem Krankenversicherungsrecht die Verankerung von Care- und Casemanagement in der Regelversorgung und die Verankerung eines subjektiv-öffentlichen Rechts auf Hilfe bei sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter im Altenhilferecht. Dies könnte Betroffenen auch über die bisherigen Angebote hinaus durchsetzbare Rechtspositionen verschaffen. Hierzu wäre das Altenhilferecht so umzustrukturieren, dass dieses einen Leistungskatalog positiv evaluierter Interventionen enthält. Vorbild könnte hier das Krankenversicherungsrecht sein, welches die sehr heterogenen Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte im Rechts-konkretisierungskonzept detailliert und subjektiv-rechtlich umgesetzt hat.

Fazit

Zusammengenommen weisen die Ergebnisse des HTA auf die Notwendigkeit hin, auf der Grundlage der vielfältigen Vorarbeiten, valide und bedarfsadaptierte Konzepte zur Vorbeugung und Reduktion sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen zu entwickeln und zu überprüfen. Einen Rahmen hierfür bietet das Medical Research Council(MRC)-Framework für die Entwicklung komplexer Interventionen. Für den ersten Schritt, die Entwicklung eines theoretischen Wirkmodells, kann auf die Vorarbeiten der hier analysierten Studien zurückgegriffen werden, vorzugsweise von solchen, die wenigstens in einem Teil der betrachteten Endpunkte Vorteile zu Gunsten der Interventionsgruppen erzielen konnten beziehungsweise Anhaltspunkte für einen Nutzen geliefert haben. Für die Modellierung der Intervention, unter Berücksichtigung von Präferenzen und Bedürfnissen der Betroffenen sowie Kompetenzen und Ressourcen von Dienstleister:innen und Ehrenamtlichen

bieten sich partizipative Ansätze unter Einbindung von relevanten Stakeholder:innen an. Die Planung der Implementierungsstrategie und anschließender Machbarkeitsstudie sollte sich an den in Kapitel 6 herausgearbeiteten An- und Herausforderungen aus ethischer, sozialer, organisatorischer und rechtlicher Sicht orientieren und auch eine realistische und für den deutschen Kontext valide Kostenschätzung umfassen. Die Effektivität ist letztendlich in einer randomisierten kontrollierten Studie zu überprüfen, die gleichermaßen Wert auf Prozessevaluation, Bestimmung von Nutzen und Schaden anhand auch mit den Stakeholdern abgestimmter Outcomeparameter und Kosteneffektivität legt. Eine transparente Dokumentation aller Schritte stellt Nachvollziehbarkeit des Vorgehens und Interpretation der Ergebnisse sicher.

Inhaltsverzeichnis

HTA-Kernaussagen 5

Abbildungsverzeichnis 17
Tabellenverzeichnis 18
Abkürzungsverzeichnis 21

HTA-Überblick 25

1 Hintergrund 25
1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag 25
1.2 Medizinischer Hintergrund 25
1.2.1 Begrifflichkeiten 26
1.2.2 Krankheitswert von sozialer Isolation und Einsamkeit 26
1.2.3 Epidemiologie 27
1.2.4 Interventionen gegen soziale Isolation und Einsamkeit 28
1.3 Versorgungssituation 30
1.4 Anliegen des Themenvorschlagenden 31
2 Fragestellungen 32
3 Methoden 33
3.1 Methoden Nutzenbewertung 33
3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung 34
3.3 Methoden ethische Aspekte 35
3.4 Methoden soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 36
3.5 Interviews mit Betroffenen 38
4 Ergebnisse: Nutzenbewertung 39
4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung 39
4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 40
4.2.1 Charakteristika der Präventionsstudien 40
4.2.2 Charakteristika der Therapiestudien 43
4.3 Übersicht der zielgruppenrelevanten Endpunkte 46
4.3.1 Zielgruppenrelevante Endpunkte aus den Präventionsstudien 46
4.3.2 Zielgruppenrelevante Endpunkte aus den Therapiestudien 48

4.4 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse 50
4.4.1 Verzerrungspotenzial der Präventionsstudien 50
4.4.2 Verzerrungspotential der Therapiestudien 50
4.5 Ergebnisse zu zielgruppenrelevanten Endpunkten 51
4.5.1 Ergebnisse aus den Präventionsstudien 51
4.5.2 Ergebnisse aus den Therapiestudien 63
4.6 Landkarte der Beleglage 73
5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung 78
5.1 Interventionskosten 78
5.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen 79
5.2.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung 79
5.2.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 79
5.2.3 Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen 81
6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 83
6.1 Ergebnisse zu ethischen Aspekten 83
6.2 Ergebnisse zu sozialen und organisatorischen Aspekten 85
6.2.1 Soziales Konstrukt / Verständnis von sozialer Isolation 86
6.2.2 Soziales Image / Verständnis für die Maßnahme und deren Nutzung 86
6.2.3 Soziokulturelle und organisatorische Aspekte der Maßnahmen 91
6.3 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten 100
6.3.1 Einleitung 100
6.3.2 Gegenwärtiges Sozial- und Gesundheitsrecht 102
6.3.3 Reformbedarf und Regelungsausblick 106
7 Zusammenführung der Ergebnisse 112
7.1 Zusammenfassung Nutzenbewertung 112
7.2 Zusammenfassung gesundheitsökonomische Bewertung 118
7.3 Zusammenfassung ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 119
7.4 Logisches Modell 124
8 Diskussion 126
8.1 Berichtsqualität der Evaluationsstudien zu komplexen Interventionen 127
8.2 HTA-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen 130
8.3 HTA-Bericht im Vergleich zu Leitlinien 132
9 Schlussfolgerung 134

HTA-Details 139

A1 Projektverlauf 139
A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts 139
A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf 140
A2 Details der Methoden – Methodik gemäß HTA-Berichtsprotokoll 142
A2.1 Nutzenbewertung 142
A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien 142
A2.1.2 Informationsbeschaffung 145
A2.1.3 Informationsbewertung und -synthese 147
A2.2 Ökonomische Bewertung 150
A2.2.1 Interventionskosten 150
A2.2.2 Gesundheitsökonomische Aspekte 151
A2.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht 151
A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung 152
A2.2.2.3 Informationsbewertung 153
A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese 153
A2.3 Ethische Aspekte 153
A2.3.1 Ziele und theoretische Grundlage der Berücksichtigung ethischer Aspekte .. 153
A2.3.2 Informationsbeschaffung 154
A2.3.3 Informationsaufbereitung 154
A2.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte 155
A2.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen 155
A2.4.2 Informationsbeschaffung 156
A2.4.3 Informationsaufbereitung 157
A2.5 Domänenübergreifende Zusammenführung 158
A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung 159
A3.1 Umfassende Informationsbeschaffung 159
A3.1.1 Primäre Informationsquellen 159
A3.1.1.1 Bibliografische Datenbanken 159
A3.1.1.2 Studienregister 160
A3.1.2 Resultierender Studienpool 161
A3.1.3 Studien ohne berichtete Ergebnisse 162
A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien 170
A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulation der Präventionsstudien 170

A3.2.1.1 Charakterisierung der Präventionsstudien 170
A3.2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien 175
A3.2.1.3 Charakteristika der Intervention 177
A3.2.1.4 Charakteristika der Studienteilnehmer 182
A3.2.1.5 Bewertung endpunktübergreifende Kriterien des Verzerrungspotenziales 188
A3.2.2 Studiendesign und Studienpopulation der Therapiestudien 188
A3.2.2.1 Charakterisierung der Therapiestudien 188
A3.2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien 194
A3.2.2.3 Charakteristika der Intervention 196
A3.2.2.4 Charakteristika der Studienteilnehmer 203
A3.2.2.5 Bewertung endpunktübergreifende Kriterien des Verzerrungspotenziales 210
A3.3 Verwendete Erhebnungsinstrumente 211
A3.4 Ergebnisse der Nutzenbewertung 220
A3.4.1 Depression und Angst 221
A3.4.2 Einsamkeit 225
A3.4.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität 230
A3.4.4 Kognitive Leistungsfähigkeit 234
A3.4.5 Körperliche Funktionsfähigkeit 236
A3.4.6 Körperliche Rollenfunktion 237
A3.4.7 Körperliche Schmerzen 238
A3.4.8 Mentale Gesundheit und Somatisierung 239
A3.4.9 Mortalität 242
A3.4.10 Psychische Ressourcen 243
A3.4.11 Selbstberichteter Gesundheitszustand 248
A3.4.12 Soziale Teilhabe 251
A3.4.13 Suizidalität, Melancholie und Trauer 259
A3.4.14 Vertrauen in Personen und Institutionen 261
A3.4.15 Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere 263
A3.4.16 Vitalität 264
A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung 265
A4.1 Bestimmung der Interventionskosten 265
A4.1.1 Besuchsdienste durch Ehrenamtliche 265
A4.1.2 Professionelle Gruppenangebote 267
A4.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen 270

A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung ... 270
A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen ... 270
A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken ... 271
A4.2.1.3 Resultierender Studienpool ... 272
A4.2.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien ... 272
A4.2.2.1 Studiendesign ... 272
A4.2.2.2 Inputparameter ... 277
A4.2.3 Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen ... 283
A4.2.4 Bewertung der Berichtsqualität und Übertragbarkeit ... 287
A4.2.4.1 Bewertung der Berichtsqualität ... 287
A4.2.4.2 Übertragbarkeit ... 293
A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale / organisatorische und rechtliche Aspekte ... 296
A5.1 Perspektive von Stakeholdern und Betroffenen ... 296
A5.2 Ethische Aspekte ... 297
A5.2.1 Recherche zu ethischen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 297
A5.2.2 Identifizierte ethische Aspekte ... 298
A5.2.3 Ethische Kriterien ... 308
A5.3 Soziale und organisatorische Aspekte ... 311
A5.3.1 Recherche zu sozialen und organisatorischen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 311
A5.3.2 Identifizierte soziale und organisatorische Aspekte ... 312
A5.4 Rechtliche Aspekte ... 318
A5.4.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten der zu bewertenden Technologie ... 318
A5.4.2 Identifizierte rechtliche Aspekte ... 319
A6 Literatur ... 344
A7 Topics des EUnetHTA Core Models ... 362
A8 Studienlisten ... 363
A8.1 Studienlisten Nutzenbewertung ... 363
A8.1.1 Liste der im Volltext gesichteten systematischen Übersichten ... 363
A8.1.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen ... 365
A8.2 Studienlisten gesundheitsökonomische Bewertung ... 372
A8.2.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten ... 372
A8.2.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen zum Thema mit Ausschlussgründen ... 372
A8.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten ... 376

A8.3.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten 376
A8.3.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen und organisatorischen Aspekten 377
A8.3.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten 378
A9 Suchstrategien 381
A9.1 Suchstrategien zur Nutzenbewertung 381
A9.1.1 Bibliografische Datenbanken 381
A9.1.2 Studienregister 384
A9.2 Suchstrategien zur gesundheitsökonomischen Bewertung 385
A9.2.1 Bibliografische Datenbanken 385
A10 Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen und der Reviewerin 388

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Soziale und organisatorische Aspekte von Maßnahmen bei sozialer Isolation und Einsamkeit in Anlehnung an Mozygemba 2016 85
Abbildung 2: Logisches Modell für HT20-03: Maßnahmen bei sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter 125
Abbildung 3: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion – Nutzenbewertung 160
Abbildung 4: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion – gesundheitsökonomische Evaluation 271

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eingeschlossene Studien zur Nutzenbewertung 39
Tabelle 2: Matrix der zielgruppenrelevanten Endpunkte - Präventionsstudien 46
Tabelle 3: Matrix der zielgruppenrelevanten Endpunkte - Therapiestudien 48
Tabelle 4: Zuordnung Intervention - Präventionsstudien 52
Tabelle 5: Übersicht der Effekte in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene - Präventionsstudien 52
Tabelle 6: Zuordnung Intervention - Therapiestudien 63
Tabelle 7: Übersicht der Effekte in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene - Therapiestudien 64
Tabelle 8: Anhaltspunkte Präventionsstudien 74
Tabelle 9: Anhaltspunkte Therapiestudien 74
Tabelle 10: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte der Präventionsstudien 75
Tabelle 11: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte der Therapiestudien 77
Tabelle 12: Bewertung der Berichtsqualität für komplexe Interventionen (Extrakt aus CReDECI 2) 128
Tabelle 13: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung 144
Tabelle 14: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit 150
Tabelle 15: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung 152
Tabelle 16: Studienpool der Nutzenbewertung 161
Tabelle 17: In der Informationsbeschaffung identifizierte Studien ohne berichtete Ergebnisse 162
Tabelle 18: Charakterisierung der eingeschlossenen Präventionsstudien 171
Tabelle 19: Ein- / Ausschlusskriterien für Patient:innen in den Präventionsstudien 175
Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Präventionsstudien 177
Tabelle 21: Charakterisierung der Studienpopulation - Präventionsstudien 182
Tabelle 22: Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial - Präventionsstudien 188
Tabelle 23: Charakteristika der Therapiestudien 189
Tabelle 24: Ein- / Ausschlusskriterien für Patient:innen in den Therapiestudien 194

Tabelle 25: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Therapiestudien 196
Tabelle 26: Charakterisierung der Studienpopulation - Therapiestudien 203
Tabelle 27: Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial - Therapiestudien 210
Tabelle 28: Verwendete Erhebungsinstrumente - Nutzenbewertung 211
Tabelle 29: Ergebnisse - Depression und Angst 221
Tabelle 30: Ergebnisse - Einsamkeit 225
Tabelle 31: Ergebnisse - gesundheitsbezogene Lebensqualität 230
Tabelle 32: Ergebnisse - kognitive Leistungsfähigkeit 234
Tabelle 33: Ergebnisse - körperliche Funktionsfähigkeit 236
Tabelle 34: Ergebnisse - körperliche Rollenfunktion 237
Tabelle 35: Ergebnisse - körperliche Schmerzen 238
Tabelle 36: Ergebnisse - mentale Gesundheit und Somatisierung 239
Tabelle 37: Ergebnisse - Mortalität 242
Tabelle 38: Ergebnisse - psychische Ressourcen 243
Tabelle 39: Ergebnisse - Gesundheitszustand 248
Tabelle 40: Ergebnisse - Gesundheitzustand (dichotomer Endpunkt) 250
Tabelle 41: Ergebnisse - soziale Teilhabe 251
Tabelle 42: Ergebnisse - Suizidalität, Melancholie und Trauer 259
Tabelle 43: Ergebnisse - Suizidalität, Melancholie und Trauer (dichotomer Endpunkt) 260
Tabelle 44: Ergebnisse - Vertrauen in Personen und Institutionen 261
Tabelle 45: Ergebnisse - Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere 263
Tabelle 46: Ergebnisse - Vitalität 264
Tabelle 47: Studienpool der gesundheitsökonomischen Bewertung 272
Tabelle 48: Studiencharakteristika - Gesundheitsökonomische Evaluation 274
Tabelle 49: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation 276
Tabelle 50: Daten zum Nutzen 277
Tabelle 51: Daten zu Nutzwerten 278
Tabelle 52: Daten zu Kosten 279
Tabelle 53: Ergebnisse Kosten- und / oder Kosteneffektivität 284
Tabelle 54: Bewertung der Berichtsqualität 288
Tabelle 55: Bewertung der Übertragbarkeit 293
Tabelle 56: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten 298
Tabelle 57: Kriterien zur Bewertung der ethischen Angemessenheit von Maßnahmen gegen soziale Isolation im Alter (in Frageform, mit Erläuterung und Bewertung) 308
Tabelle 58: Soziale und organisatorische Aspekte - Ergebnistabelle 312

Tabelle 59: Identifizierte rechtliche Aspekte 319
Tabelle 60: Domänen des EUnetHTA Core Models..... 362

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
15D	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
6CIT	Six Cognitive Impairment Test
ADAS-COG	Alzheimer´s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AMT	Abbreviated Mental Test
ANCOVA	Kovarianzanalyse (analysis of covariance)
ANOVA	Varianzanalyse (analysis of variance)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOK-LS	Ando-Osada-Kodama-loneliness scale
AUA	Angebote zur Unterstützung im Alltag
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BDI	Beck Depression Inventory
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CAU	Care-as-Usual (Normalversorgung)
HRQOL	Centers for Disease Control and Prevention Health-Related Quality of Life
CDR	Clinical Dementia Rating scale
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CHEERS	Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards
CONSORT	Consolidated Standards of Reporting Trials
CSU	Christlich-Sozialen Union in Bayern e. V.
CTN	Community Tech Network
CUA	Cost-Utility-Analysis
DDD	Defined Daily Dose
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EBM	Einheitlichen Bewertungsmaßstab

Abkürzung	Bedeutung
ECOG	Eastern Co-Operative Oncology Group
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EQ-5D	EuroQol 5-Dimension Utility Score
EUnetHTA	European network for Health Technology Assessment
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7 item
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDS	Geriatric Depression Scale
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell-Studie
G-I-N	The Guidelines International Network
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSE	General Self-Efficacy Scale
GSIS	Geriatric Suicide Ideation Scale
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HPLP-C	Chinese Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile
HPQ	Health Perception Questionnaire
HR	Hazard Ratio
HSCL-10	Hopkins Symptom Checklist 10-item version
HTA	Health Technology Assessment (Gesundheitstechnologiebewertung)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICG-R	Inventory of Complicated Grief-Revised
IKER	Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation
INQ-Belonging	Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Belonging
INQ-Burden	Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Burden
IQR	Interquartilsabstand
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ITT	Intention to Treat
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List
I-SOCIAL	Increasing Social Competence and social Integration of older Adults experiencing Loneliness
k. A.	keine Angabe

Abkürzung	Bedeutung
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Konfidenzintervall
LBFE	Little Brothers – Friends of the Elderly
LSI-A	Life Satisfaction Index-japanische Version
LSIZ	Life Satisfaction Index
LSNS	Lubben´s Social Network Scale
MHI-18	Mental Health Inventory-18 Items
MMSE	Mini- Mental State Examination
MOCA	Montreal Cognitive Assessment
MOSSSS	Medical Outcomes Study Social Support Survey
MW	Mittelwert
NGO	Non-governmental organization
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMB	Net Monetary Benefit
NMN	Netto Monetären Nutzen
NYHA	New York Heart Association
ONS	Office for National Statistics well-being measure
OSS-3	Social Support Scale-3 Items
p. a.	per annum (pro Jahr)
PGC	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 item
p. P.	pro Person
PRQ	Personal Resource Questionnaire
PSS-FA	Perceived Social Support Scale-Family Members
PSS-FR	Perceived Social Support Scale-Friends
PWS	Psychological Well-being Score
QALY	Quality-Adjusted Life Years (qualitätsadjustiertes Lebensjahr)
RCT	Randomized controlled Trial (randomisierte kontrollierte Studie)
ROI	Return on Investment
SCL-90	Symptom Checklist
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler

Abkürzung	Bedeutung
SEE	Self-Efficacy for Walking/Exercise Scale
SF-12	12-Item Short Form Health Survey
SF-36	36-Item Short Form Health Survey
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozio-ökonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschland
SPPB	Short Physical Performance Battery
SPS	Social Provisions Scale
SROI	Social Return on Investment
SSQ6	Social Support Questionnaire – Kurzform
SSRS	Social Support Rating Scale
TF	Telefonfreundschaft
TiC-P	Treatment Inventory of Costs in Patients with psychiatric disorders
TN	Teilnehmer
TSC	The Senior Connection
UCLA LS	University of California at Los Angeles Loneliness Scale
UCSF	University of California, San Francisco
VAS	visuelle Analogskala
VPI	Verbraucherpreisindex
WHO-QoL-Bref	World Health Organization Quality of Life – Kurzform
WtP	Willingness to Pay (Zahlungsbereitschaft)

HTA-Überblick

1 Hintergrund

1.1 Gesundheitspolitischer Hintergrund und Auftrag

Der § 139b Absatz 5 des Sozialgesetzbuchs – Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sieht vor, dass Versicherte und interessierte Einzelpersonen beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Themen für die wissenschaftliche Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen können. Die Themen für diese Health-Technology-Assessment (HTA)-Berichte können auf der Website des IQWiG eingereicht werden.

Ziel des ThemenCheck Medizin ist es, die Beteiligung der Bürger:innen an der evidenzbasierten Medizin zu fördern und Antworten auf Fragestellungen zu finden, die für die Versorgung von Patient:innen besonders bedeutsam sind.

Einmal pro Jahr wählt das IQWiG unter Beteiligung von Patientenvertreter:innen sowie Bürger:innen bis zu fünf Themen für die Erstellung von HTA-Berichten aus. Mit der Bearbeitung der Fragestellung werden vom IQWiG externe Sachverständige beauftragt. Die durch die externen Sachverständigen erarbeiteten Ergebnisse werden gemeinsam mit einem Herausgeberkommentar des IQWiG als HTA-Bericht veröffentlicht.

Die HTA-Berichte leitet das IQWiG an Institutionen in Deutschland weiter, die zum Beispiel über die Leistungen und die Struktur des Gesundheitswesens entscheiden. Der Fachöffentlichkeit wird der HTA-Bericht über die Website des IQWiG (www.iqwig.de) zur Verfügung gestellt. Ebenso wird eine allgemein verständliche Darstellung der Ergebnisse des HTA-Berichts mit dem Titel „HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt“ veröffentlicht. Auf diese Weise sollen die Ergebnisse von HTA-Berichten Auswirkungen auf die Versorgung von Patient:innen haben.

1.2 Medizinischer Hintergrund

Die Wahrnehmung und die Berichterstattung zu den Themen soziale Isolation und Einsamkeit steigen. Großbritannien hat seit 2018 eine sogenannte Ministerin für Einsamkeit, die Gegenstrategien und Maßnahmen koordiniert, um die soziale Einbindung der Bürger:innen zu stärken. CDU/CSU und SPD haben in ihrem Koalitionsvertrag 2018 festgehalten, dass sie „…Strategien und Konzepte entwickeln, die Einsamkeit in allen Altersgruppen vorbeugen und Vereinsamung bekämpfen“ [1].

1.2.1 Begrifflichkeiten

Das Konstrukt Soziale Isolation ist nicht eindeutig definiert. Es wird verwendet für die Beschreibung eines Zustandes objektiver Isoliertheit beziehungsweise einer fehlenden sozialen Integration, die mit Größe des sozialen Netzwerks und der Quantität der sozialen Kontakte gemessen wird. In manchen Studien wird „Leben im Einpersonenhaushalt“ als Messgröße verwendet, um das Ausmaß des Problems „sozialer Isolation“ in Bevölkerungen abzuschätzen und international zu vergleichen [2]. Allerdings wird die Begrifflichkeit „soziale Isolation“ auch oft synonym mit Einsamkeit verwendet. Einsamkeit beschreibt die subjektiv empfundene soziale Isolation, die aus der individuellen Bewertung von Anzahl, Qualität und nicht erfüllten Bedürfnissen nach Kontakt resultiert. Sich allein oder einsam zu fühlen, bedeutet dementsprechend nicht zwangsläufig, allein zu sein. Ebenso bedeutet allein sein nicht notwendigerweise, sich allein zu fühlen [3]. Unstrittig ist, dass Menschen, die sozial isoliert sind, häufig auch einsam sind und Menschen, die sich einsam fühlen, häufig auch sozial isoliert sind [4,5].

1.2.2 Krankheitswert von sozialer Isolation und Einsamkeit

Weder bei der objektiven sozialen Isolation noch bei der subjektiven Einsamkeit kann von einem Krankheitsbild mit bekanntem Verlauf und bekannten Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden. Vielmehr handelt es sich um Lebenssituationen, in denen der Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit durch fehlende Teilhabe beeinträchtigt sein können. Durch Beeinträchtigungen in Teilhabe und Partizipation wird die funktionale Gesundheit innerhalb des bio-psycho-sozialen Modells gestört [6,7], wodurch das Krankheitsrisiko insbesondere vor dem Hintergrund komplexer und instabiler (vergleiche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie [8]) Kontextbedingungen erhöht ist.

Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen, Einsamkeit und soziale Isolation sind insbesondere bei älteren Menschen assoziiert mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck, Schlaganfall, Depression und Angststörungen, Schlafstörungen, Immunstressreaktionen, kognitiven Beeinträchtigungen und dem Missbrauch von Psychopharmaka [9-11]. Einsamkeit und soziale Isolation erhöhen zudem das generelle Mortalitätsrisiko in ähnlicher Größenordnung wie das Rauchen, Bewegungsmangel, Fettleibigkeit und Bluthochdruck [5,12-14].

Morbidität, Einsamkeit und soziale Isolation verstärken sich dabei gegenseitig, wobei unklar bleibt, welcher Aspekt mit dem größten Einfluss verbunden ist [12,13]. Hawkley und Cacioppo 2010 beschreiben ein theoretisches Erklärungsmodell, in dem Einsamkeit Gefühle der Unsicherheit verstärkt, eine erhöhte Empfindlichkeit für soziale Bedrohungen in der Umwelt auslöst und damit chronischen Stress verursachen kann. Verunsicherungen in sozialen Interaktionen führen wiederum zu Fehlinterpretationen von Verhalten und zu Vermeidungsverhalten. Morbidität, insbesondere schamhaft besetzte Morbidität wie

Inkontinenzprobleme oder chronische Wunden [15,16], kann ebenso ein Vermeidungsverhalten auslösen beziehungsweise verstärken und somit Einsamkeit und soziale Isolation auslösen beziehungsweise die zugrunde liegende Einsamkeit und soziale Isolation verstärken. Gleichzeitig kann der Anstieg an negativen Emotionen zu Selbstzweifeln und zu einer Vernachlässigung anderer gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wie physischer Aktivität und einem gemäßigten Alkoholkonsum führen [17].

Die ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) erlaubt es lediglich, eine alleinlebende Person mit dem Schlüssel Z60.2 zu klassifizieren [18], um diese Eigenschaft als Risikofaktor zu kennzeichnen. Das „Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) bietet hingegen eine differenziertere Klassifikation, um jeweils den Grad der sozialen Eingebundenheit, den Grad der sozialen Isolation und der Einsamkeit zu operationalisieren [6]. Diese Einteilung zur Bestimmung der Teilhabe wird jedoch hauptsächlich in diagnostischen und therapeutischen Zusammenhängen und weniger in der Forschung genutzt [19].

1.2.3 Epidemiologie

In der Forschung existiert eine große Zahl an Instrumenten, die Einsamkeit und soziale Isolation messen sollen [20]. Die meistgenutzten validierten Forschungsinstrumentarien zur Messung der Einsamkeit sind die „UCLA Loneliness Scale“ [21] sowie die „De Jong Gierveld Loneliness Scale“ [22] in verschiedenen Versionen, Kurzformen und Übersetzungen [23-25]. Sie fragen beispielsweise danach, ob der Kontakt zu anderen Menschen vermisst wird, ob es Menschen gibt, denen sich die Befragten anvertrauen können, oder ob sich die Befragten oftmals zurückgewiesen fühlen. Für die Messung von sozialer Isolation ist ein validiertes und etabliertes Instrument die „Lubben Network Scale“ [26]. Hier werden Fragen nach der absoluten Kontakthäufigkeit mit engen Freund:innen, Bekannten und mit der Familie gestellt. Aber auch „Einpersonenhaushalt“ wird in epidemiologischen Untersuchungen als Proxy für soziale Isolation verwendet.

Soziale Isolation und Einsamkeit sind weit verbreitet. Bei der Betrachtung der Haushaltsgröße als Indikator für soziale Isolation zeigte sich, 42 % der Haushalte in Deutschland waren Einpersonenhaushalte und jede 5. Person lebte 2018 in einem Einpersonenhaushalt [27]. Ab 65 Jahre zeigte sich dieser Durchschnittswert nur bei den 19,9 % der alleinlebenden Männer. Mit 47,9 % lebte fast die Hälfte aller Frauen ab 65 allein.

Die Prävalenz von Einsamkeit wird, abhängig von der in den jeweiligen Untersuchungen verwendeten Operationalisierung, etwas unterschiedlich angegeben. Beutel 2017 kommen in einer repräsentativen Paneluntersuchung von 2007 bis 2012 auf eine Prävalenz von durchschnittlich 10,5 % bei den 35- bis 74-Jährigen, die von Einsamkeit berichten [28]. Die

Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) wiesen 2017 eine Prävalenz von 9,5 % aus, mit der sich die erwachsenen Befragten sehr oft beziehungsweise oft einsam fühlen. In der Altersgruppe über 60 Jahre fühlten sich 10,8 % oft beziehungsweise sehr oft einsam [29]. Böger und Huxhold zeigten hingegen in einer Auswertung des Deutschen Alterssurvey (DEAS), dass in der Altersgruppe der 70- bis 85-Jährigen nur 7,1 % der Befragten von Einsamkeit betroffen waren, aber 10 % der 40- bis 69-Jährigen davon berichteten [30]. Für Deutschland beschreibt das SOEP 2017 insgesamt einen niedrigen Durchschnittswert für Einsamkeit von 3 im Wertebereich von 0 bis 12 (niedrige Werte geben niedrige Einsamkeitsgefühle an) in der Bevölkerung. Durch die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen im Jahr 2020 hat sich dieser Durchschnittswert auf 5,4 fast verdoppelt [31]. Die prozentual meisten Menschen, die in Deutschland von Einsamkeit betroffen sind, leben in Ostdeutschland, insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Besonders geringe Einsamkeitswerte finden sich rund um die westdeutschen Metropolregionen München, Nürnberg, Hamburg, Köln und Bonn [2].

Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit im Alter sind unter anderem der Wegzug von Angehörigen, ein geringes Einkommen, der Migrationsstatus, der Verlust des/der Partners:in, Scheidung, weibliches Geschlecht, Einschränkungen der Mobilität, Nachbarschaften mit geringer Bevölkerungsdichte, abnehmendes Hör- und Sehvermögen, Depression, ein generell schlechter Gesundheitszustand, Multimorbidität [32-34] und wenig vorhandene soziale Kontakte sowie ein geringes lokales Gemeinschaftsgefühl [35-37].

Alter ist ein kontrovers diskutierter Risikofaktor [2]. Luhmann und Hawkley 2016 zeigten in einer Studie mit 16 132 Teilnehmenden, dass das Alter ein zu vernachlässigender Faktor ist, wenn für die vorab genannten Risikofaktoren kontrolliert wird [38]. Manche Untersuchungen zeigen dann sogar eine abnehmende Prävalenz mit zunehmendem Lebensalter [28,37,39,40]. Unstrittig ist aber, dass mit steigendem Lebensalter die genannten Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit häufiger vorkommen und damit das Risiko [12] erhöht ist. Ebenso kann der Renteneintritt zum gleichzeitigen Auftreten verschiedener Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit führen, da durch dieses Ereignis soziale Netzwerke sowie sinnstiftende soziale Rollen verschwinden können und das Einkommen in der Regel abnimmt [41,42].

Protektiv gegen soziale Isolation und Einsamkeit können Erwerbstätigkeit, eine gute Gesundheitsversorgung sowie die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Freizeitangeboten wirken [29].

1.2.4 Interventionen gegen soziale Isolation und Einsamkeit

Das Spektrum an Interventionen, die eingesetzt werden, um dem Phänomen „soziale Isolation“ zu begegnen und damit den gesundheitlichen Folgen vorzubeugen oder

entgegenzuwirken, ist vielfältig und komplex. In der Regel wird eine 3-teilige Kategorisierung in gruppenbezogen, individuumsbezogen und der Art der Intervention vorgenommen [43]. Gardiner 2018 bieten in ihrem systematischen integrativen Review eine beispielhafte Kategorisierung von Interventionen an [44], deren Wirksamkeit mithilfe unterschiedlicher empirischer Studiendesigns evaluiert wurde.

Hierzu gehören:

Interventionen zur Förderung der Teilnahme am sozialen Leben

Sie beinhalten häufig Interventionen, die die soziale Interaktion von betroffenen Personen untereinander fördern sollen. Das sind in erster Linie Gruppenangebote, die spezielle Themen wie kulturelle Brauchtümer, Vorlieben und Hobbys aber auch Gesundheitsthemen adressieren können. Mitgemeint sind darüber hinaus Interventionen zur Aufrechterhaltung des sozialen Netzwerks in Tagespflegeeinrichtungen und technologiebasierte Lösungen wie Videokonferenztechnik.

Psychologische Therapien zur Veränderung maladaptiver Muster

In dieser Kategorie finden sich therapeutische Ansätze und Programme, die von professionellen Therapeut:innen durchgeführt werden – beispielsweise in Form von Humortherapien, Achtsamkeits- und Stressreduktionstrainings, Reminiszenz-Gruppentherapien und kognitive und soziale Unterstützungsmaßnahmen.

Interventionen innerhalb der Gesundheits- und Sozialfürsorge

Hierunter werden formalisierte Interventionen verstanden, die von Angehörigen des Sozialsystems beziehungsweise verschiedener Gesundheitsprofessionen durchgeführt werden. Hierunter fallen zum Beispiel spezielle professionelle Netzwerke, die Maßnahmen gegen Einsamkeit bei Älteren initiieren. Dazu zählen Gardiner 2018 ebenso Besuchsprogramme von Krankenpflegehochschulen bei älteren sozial isolierten Personen wie auch Interventionen, die Umstrukturierungen in Senioreneinrichtungen für eine Verbesserung der sozialen Interaktion vornehmen.

Tiergestützte Interventionen

Hierunter fallen meist Programme mit Hunden oder Katzen, in denen ältere Personen durch die Beziehung zu einem Haustier Bewältigungsmechanismen gegen die Einsamkeit aufbauen sollen, die fehlende soziale Unterstützung und Begleitung kompensieren. Inkludiert sind hier auch Angebote mit Roboterhunden, -robben und anderen elektronischen Tieren.

Programme zur Etablierung von Freundschaften

Diese Interventionen werden definiert als eine Form der Ermöglichung sozialer Kontakte mit dem Ziel, neue Freundschaften zu schließen. Meist werden sie 1:1 mit Freiwilligen angeboten, persönlich, telefonisch und auch als Brieffreundschaften.

Hobby- und Freizeitgruppen

Die letzte Kategorie von Gardiner 2018 beinhaltet Interventionen mit Schwerpunkt Freizeit und der (Weiter-)Entwicklung von Fähigkeiten, wie die Bedienung von Computern oder auch der Gärtnerei.

Zusätzlich gibt es systemische Ansätze, die vorwiegend auf die Verbesserung von infrastrukturellen Rahmenbedingungen wie dem öffentlichen Nahverkehr oder der Förderung von Ehrenamtsstrukturen fokussieren [12,45]. Diese Ansätze werden aber zumeist nicht von Leistungserbringern des Gesundheits- oder Sozialfürsorgesystems vorgehalten.

Vor allem gibt es aber auch Hinweise, dass die Kontextualisierung der Interventionen eine entscheidende Rolle im Hinblick auf die Wirksamkeit spielt. Zudem sind Interventionen eher erfolgversprechend, wenn sie eine theoretische Grundlage besitzen und wenn sie soziale Aktivitäten und / oder Unterstützung innerhalb eines Gruppenformats anbieten [43,44,46]. Viele Interventionen berücksichtigen jedoch nicht die komplexe multidirektionale Beziehung zwischen Einsamkeit, sozialer Isolation, Morbidität und Sterblichkeit in ihrer Ausgestaltung [47].

1.3 Versorgungssituation

Maßnahmen zur Vorbeugung und gegen soziale Isolation und Einsamkeit sind in Deutschland bisher selten Teil des medizinischen Versorgungssystems innerhalb der gesetzlichen Krankenkasse (SGB V), sondern eher des sozialen Versorgungssystems, das auf den Sozialgesetzbüchern IX und XII fußt. Gleichwohl stehen das medizinische Versorgungssystem und die Krankenkassen in der Pflicht, für die krankheitswertigen Folgen von sozialer Isolation und Einsamkeit aufzukommen. Einsamkeit ist zudem bereits ein eigenständiger Beratungsanlass in der hausärztlichen Versorgung [48]. Der § 20 SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung beinhaltet einen expliziten Auftrag, evidente Risikofaktoren mit Public Health Maßnahmen [49] in den Blick zu nehmen, die unter anderem soziale Eingebundenheit fördern. Eine Verstärkung der Bemühungen der gesetzlichen Krankenkassen ist daher möglich, wenn evidenzbasierte Methoden zur Vorbeugung und zur Bekämpfung von sozialer Isolation und Einsamkeit vorhanden sind. Zunehmend findet sich die Förderung der sozialen Einbindung auch als Teilaspekt in stationären, aber auch ambulanten geriatrischen Rehabilitationskonzepten [50] zur Vermeidung von Vereinsamung. In der Regel werden sie aber lediglich mitadressiert, wenn eine beliebige Rehabilitationsmaßnahme innerhalb einer Gruppe stattfindet [51].

Eine Abgrenzung von „medizinischen und gesundheitsbezogenen Interventionen" gegen Interventionen, die von dem sozialen Hilfesystem angeboten werden, ist aktuell jedoch nicht immer durchzuhalten. Spezielle „Angebote" der Krankenversicherung sind selten und erst seit kurzem verfügbar. Zum Beispiel führt die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg als eine der einzigen Krankenkassen ein Angebot durch, das primär auch die Bekämpfung von Einsamkeit verfolgt. Auf 14 Gesundnah-Festen sollten sich im Jahr 2020 Gleichgesinnte treffen, die sich gegenseitig zu einem gesunden Lebensstil und zu gemeinsamen Vor-Ort-Angeboten aus Sport, Bewegung, Ernährung und Entspannung motivieren sollten [52]. Ein anderes Beispiel bietet die Betriebskrankenkasse BKK Verkehrsbau Union, die im Rahmen einer neu geschlossenen Kooperation mit dem Verein Wege aus der Einsamkeit e.V. ab September praxisnahe Online-Schulungen für Senior:innen zum Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen durchführt [53]. Das Training selbst ist dabei zum Teil ein Instrument der sozialen Einbindung, aber auch der instrumentellen Vermittlung von Fertigkeiten, die nicht direkt mit Einsamkeit und sozialer Isolation korrespondieren.

1.4 Anliegen des Themenvorschlagenden

Ein Bürger stellte die Frage, ob wirksame Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung vorhandener sozialer Isolation existieren. Soziale Isolation im Alter werde ein immer größeres Problem und könne nicht nur mit psychischen, sondern in Folge auch mit physischen Beeinträchtigungen einhergehen.

Aus diesem Vorschlag haben Mitarbeiter:innen des ThemenCheck Medizin beim IQWiG eine HTA-Fragestellung entwickelt.

2 Fragestellungen

Die Ziele der vorliegenden Untersuchung sind:

- die Nutzenbewertung von Interventionen, die zum Ziel haben, a) über das Auflösen oder b) der Vorbeugung einer sozialen Isolation beziehungsweise Einsamkeit zielgruppenrelevante Endpunkte positiv zu beeinflussen im Vergleich zur Versorgung ohne diese Interventionen oder mit Minimalinterventionen, jeweils a) bei Personen ab 65 Jahren, auf die ein objektives Kriterium der sozialen Isolation zutrifft und die subjektiv unter Einsamkeit leiden oder b) bei Personen ab 60 Jahren, die Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit aufweisen,
- die Bestimmung der Kosten (Interventionskosten) von Interventionen, die zum Ziel haben, a) über das Auflösen oder b) der Vorbeugung einer sozialen Isolation beziehungsweise Einsamkeit zielgruppenrelevante Endpunkte positiv zu beeinflussen, jeweils a) bei Personen ab 65 Jahren, auf die ein objektives Kriterium der sozialen Isolation zutrifft und die subjektiv unter Einsamkeit leiden oder b) bei Personen ab 60 Jahren, die Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit aufweisen,
- die Bewertung der Kosteneffektivität von Interventionen, die zum Ziel haben, a) über das Auflösen oder b) der Vorbeugung einer sozialen Isolation beziehungsweise Einsamkeit zielgruppenrelevante Endpunkte positiv zu beeinflussen, im Vergleich zur Versorgung ohne diese Interventionen oder mit Minimalinterventionen, jeweils a) bei Personen ab 65 Jahren, auf die entweder ein objektives Kriterium der sozialen Isolation zutrifft und die subjektiv unter Einsamkeit leiden oder b) bei Personen ab 60 Jahren, die Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit aufweisen sowie
- die Aufarbeitung ethischer, sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte, die mit den medizinischen Interventionen verbunden sind.

3 Methoden

3.1 Methoden Nutzenbewertung

Die Zielpopulation der Nutzenbewertung bilden Personen ab 60 Jahren, die Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit aufweisen und Personen ab 65 Jahren, auf die ein objektives Kriterium der sozialen Isolation zutrifft und die subjektiv unter Einsamkeit leiden. Die Prüfintervention bilden Interventionen, die zum Ziel haben eine soziale Isolation und Einsamkeit vorzubeugen oder aufzulösen. Als Vergleichsinterventionen galten Normalversorgung (Care-as-Usual (CAU)) oder eine Normalversorgung mit Minimalintervention.

Für die Untersuchung werden folgende zielgruppenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Mortalität
- Morbidität, wie
  - Klinische Endpunkte psychisch (z. B. Depressivität)
  - klinische Endpunkte somatisch (z. B. Krankheitskomplikationen)
- unerwünschte Ereignisse
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe (Partizipation), wie
  - soziale Beziehungen und Unterstützung
  - Einsamkeit
  - psychische Ressourcen (z. B. Selbstwirksamkeit, Coping).

Es wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) in die Nutzenbewertung eingeschlossen. Hinsichtlich der Studiendauer bestand keine Einschränkung.

Parallel zur Erstellung des HTA-Berichtsprotokolls erfolgte eine Suche nach systematischen Übersichten in der Datenbank MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), HTA Database sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

Es wurde geprüft, ob mindestens 1 hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kommt, deren Informationsbeschaffung als Grundlage für die Bewertung verwendet werden kann.

Lag eine solche hochwertige und aktuelle systematische Übersicht vor, erfolgte in einem 2. Schritt eine ergänzende Suche nach Studien für den Zeitraum, der nicht durch die

systematische(n) Übersicht(en) abgedeckt war. Andernfalls erfolgte die Suche nach Studien ohne Einschränkung des Zeitraums.

Eine systematische Literaturrecherche nach RCTs wurde in den Datenbanken MEDLINE, Embase und Cochrane Central Register of Controlled Trials durchgeführt.

Darüber hinaus wurden Studienregister hinsichtlich geeigneter Studien durchsucht.

Die Selektion relevanter Studien erfolgte durch zwei Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst. Die Datenextraktion erfolgte in standardisierte Tabellen. Zur Einschätzung der qualitativen Ergebnissicherheit wurden endpunktübergreifendeund endpunktspezifische Kriteriendes Verzerrungspotenzials bewertet und das Verzerrungspotenzial jeweils als niedrig oder hoch eingestuft. Die Ergebnisdarstellung erfolgt getrennt nach Präventions- und Therapiefragestellungen. Innerhalb dieser Kategorien wird unterschieden zwischen Interventionen, die durch ehrenamtliche Helfer:innen und solchen, die durch professionelle Akteur:innen des Sozial- und Gesundheitswesens umgesetzt werden. Die Ergebnisse der einzelnen Studien werden nach Endpunkten geordnet beschrieben.

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens in vier Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Die Ableitung der Relevanz erfolgte durch die Berechnung der Effektstärke nach Hedges^{g}, wobei davon ausgegangen wird, dass eine gesicherte Relevanz vorliegt, wenn der Effektschätzer und das korrespondierende Konfidenzintervall vollständig oberhalb der Irrelevanzschwelle von ,02 beziegungsweise unterhalb -0,2 liegt.

Es lag entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser drei Situationen vor. Der letzte Fall trat ein, wenn keine Daten vorlagen oder die vorliegenden Daten keine der drei übrigen Aussagen zuließen. In diesem Fall wurde die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden vor“ getroffen.

3.2 Methoden gesundheitsökonomische Bewertung

Bei der gesundheitsökonomischen Bewertung wurden die Interventionskosten und die Kosteneffektivität betrachtet.

Die im Rahmen der Nutzenbewertung identifizierten Prüfinterventionen, die eingesetzt werden können, um sozialer Isolation und Einsamkeit vorzubeugen oder entgegenzuwirken, stellen in Deutschland bislang keine erstattungsfähigen Maßnahmen dar. Daher wurden zur Bestimmung der Interventionskosten die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche für die Prüfinterventionen a) Angebote durch Ehrenamtliche und b) professionelle Angebote auf der

Basis der, im Rahmen der Recherche für die gesundheitsökonomische Bewertung identifizierten Studien, einbezogen. Um abschätzen zu können in welcher Preisspanne die Kosten der benötigten Ressourcen in Deutschland liegen, wurden auf Basis der ermittelten Mengen die deutschen Preise der einzelnen Kostenkomponenten mittels einer Internetrecherche identifiziert. Wurden Preise aus vergangenen Jahren identifiziert, wurden diese mittels des deutschen Verbraucherpreisindex (VPI) auf das Jahr 2020 inflationiert. Auf dieser Basis wurden die Gesamtkosten der Interventionen in Deutschland geschätzt.

Interventionskosten für eine Vergleichsintervention wurden nicht erhoben, da im vorliegenden HTA insbesondere „keine Intervention (CAU, Wartegruppen)“ oder allenfalls Minimalintervention (z. B. Broschüre mit Kontaktadressen für Beratungsstellen) als Vergleichsintervention dienen, für die keine beziehungsweise minimale Interventionskosten anfallen.

Zur Bestimmung der Kosteneffektivität erfolgte eine systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung nach Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen in den Datenbanken MEDLINE, Embase und HTA Database. Ergänzend erfolgte der Einschluss vergleichender gesundheitsökonomischer Studien mit einer Aussage zu den Kosten der Prüfintervention und Vergleichsintervention, in Form von Kosten-Kosten-Analysen. Die relevanten Publikationen wurden durch eine Person selektiert und durch eine zweite Person qualitätsgesichert. Die Datenextraktion erfolgte in standardisierten Tabellen durch eine Person und wurde durch eine zweite Person qualitätsgesichert. Die gesundheitsökonomischen Studien wurden hinsichtlich ihrer Berichtsqualität bewertet und die Studienergebnisse beschrieben. Außerdem erfolgte eine Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse zur Kosteneffektivität auf das deutsche Gesundheitssystem.

3.3 Methoden ethische Aspekte

Ethische Aspekte lassen sich aus ethischen Prinzipen ableiten [54]. Von einem ethischen Aspekt kann dann gesprochen werden, wenn a) ein oder mehrere medizinethische Prinzipien unberücksichtigt bleiben („ethisches Risiko“), oder wenn b) Konflikte zwischen zwei oder mehr Prinzipien bestehen („ethische Herausforderung“) [55].

Es wurde ein Public-Health-Ethik-Rahmengerüst als Grundlage verwendet [56], welches nach Abgleich mit dem Hofmannschen Fragekatalog [57] auf sieben ethische Prinzipien erweitert wurde:

- Wohltun (Nutzendimension),
- Nicht-schaden (Schadendimension),
- Selbstbestimmung,

- Gerechtigkeit,
- Menschenwürde,
- Effizienz und
- Legitimität.

Für die Identifizierung von ethischen Aspekten im Zusammenhang mit Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter wurden zwei orientierende Literaturrecherchen in PubMed, PhilPapers und Wiso Sozialwissenschaften durchgeführt. Der Fokus lag zum einen auf Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit (interventionsspezifische Aspekte) und zum anderen auf dem Phänomen soziale Isolation mit Einsamkeit selber (krankheitsspezifische Aspekte). Zudem dienten auch die Transkripte von Interviews mit Betroffenen und Ehrenamtlichen sowie die theoriebasierte Reflexion durch die Berichtsautor:innen (basierend auf dem oben erwähnten Prinzipienansatz) der Identifikation von weiteren ethischen Aspekten.

Die identifizierten ethischen Aspekte bildeten die Grundlage für die Formulierung von konkreten Bewertungskriterien von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter. Die Kriterien wurden für die Bewertung in Frageform formuliert und von allen Autor:innen des Berichts vor dem Hintergrund der jeweiligen domänenspezifischen Informationen kommentiert und validiert.

Anhand der entwickelten Prüffragen wurden die identifizierten Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter in einem Stakeholder-Workshop ethisch bewertet. Teilnehmende waren die am Bericht beteiligten Personen sowie zwei Personen mit praktischer Erfahrung in der Seniorenbetreuung, Altenpflege und Sozialarbeit. Dabei wurde die Bedeutung für den hier relevanten Versorgungskontext eingeschätzt und eine Bewertung durchgeführt.

3.4 Methoden soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

Soziale, rechtliche und organisatorische Argumente und Aspekte greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (z. B. Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Technologien, Präferenzen von Patient:innen, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen) auf.

Sie finden sich in Publikationen, in Monografien, Projektberichten aber beispielsweise auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Webseiten von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im HTA-Bericht wurden Argumente und Aspekte berücksichtigt, die Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Aspekten der zu untersuchenden Technologie beinhalten.

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte wurden orientierende Recherchen in folgenden Informationsquellen durchgeführt.

- MEDLINE via Pubmed,
- Web of Science Core Collection,
- Juris,
- Nationale und regionale Register,
- Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien,
- interessenabhängige Informationsquellen, z. B. Webseiten von Interessenvertretern und Wohlfahrtsverbänden.

Im Fokus der orientierenden Recherche standen insbesondere Übersichtsarbeiten, die die Einführung von Maßnahmen betrachteten und qualitative Gesichtspunkte beleuchteten. Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen wurden von einer Person auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet.

Anschließend wurden die folgenden Dokumente auf mögliche soziale, rechtliche und / oder organisatorische Argumente und Aspekte geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene randomisiert kontrollierte Studien,
- qualitative Studien, die innerhalb der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien zur Prozessevaluation durchgeführt und zitiert wurden,
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien,
- die Protokolle zur Dokumentation der Interviews mit den befragten Betroffenen und Ehrenamtlichen,
- das Protokoll des Stakeholder-Workshops.

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie erfolgte durch eine Person. Das Ergebnis wurde durch eine zweite Person qualitätsgesichert.

Die Informationsaufbereitung zu sozialen und organisatorischen Aspekten orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [58] vorgeschlagenem umfassenden konzeptionellen Rahmen, welcher in Abbildung 1 im Abschnitt 6.2 dargestellt ist.

Die Informationsaufbereitung zu rechtlichen Aspekten wurde indiviuell für diesen Bericht konzeptioniert und folgte den Originalaussagen in Gesetztexten und Gesetzkommentaren (vergleiche Tabelle 59 in Abschnitt A5.4.2).

3.5 Interviews mit Betroffenen

Dem INTEGRATE-HTA Ansatz folgend, wurden für die Erstellung des Berichtsprotokolls zwei Personen, die von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffenen waren, zu ihren Erfahrungen mit Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit interviewt. Zusätzlich wurden zielgruppenrelevante Aspekte, relevante Subgruppen sowie relevante ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte diskutiert. Die Interviews wurden im Januar 2021 mit Hilfe eines Leitfadens telefonisch geführt und dauerten jeweils 45 Minuten. Die Rekrutierung erfolgte über eine Seniorenberatungsstelle sowie über eine Sozialstation.

Zusätzlich wurde eine Ehrenamtliche interviewt, die seit mehreren Jahren Angebote für Menschen, die von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen sind, durchführt. Das Interview erfolgte ebenfalls im Januar 2021 und dauerte 45 Minuten. Im Mittelpunkt der Interviews standen die Erfahrungen der Interviewten mit Maßnahmen, ihre Akzeptanz, wahrgenommene Hürden, förderliche Faktoren sowie Wünsche an zukünftige Angebote.

Im Rahmen eines Stakeholder-Workshops luden wir zudem zwei professionelle Akteur:innen aus dem sozialen Hilfesystem für die Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die ethischen, sozialen, rechtlichen und die organisatorischen Aspekte ein. Moderiert wurde der Stakeholder-Workshop von der Projektleiterin des HTA-Berichts.

Der Stakeholder-Workshop und die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und inhaltlich verdichtet zusammengefasst.

4 Ergebnisse: Nutzenbewertung

4.1 Ergebnisse der umfassenden Informationsbeschaffung

Die Informationsbeschaffung identifizierte 18 Veröffentlichungen zu insgesamt 14 randomisiert kontrollierten Studien als relevant für die Fragestellung der Nutzenbewertung (Tabelle 1).

Des Weiteren wurden zwei geplante sowie zwei laufende Studien identifiziert, außerdem 13 Studien mit unklarem Status. Die letzte Suche fand am 11.02.2021 statt.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt gemäß den beiden Berichtsfragestellungen getrennt für Präventionsstudien (Vermeidung von sozialer Isolation und Einsamkeit) und Therapiestudien (Auflösung und Reduktion von sozialer Isolation und Einsamkeit). Die Gruppierung hinsichtlich Präventions- beziehungsweise Therapiestudie ergab sich aus der Beschreibung in den Studien. Weiterhin wird unterschieden zwischen Interventionen, die von professionellen Akteur:innen angeboten werden und solchen, die von ehrenamtlichen Helfer:innen (im Folgenden: Ehrenamtliche) umgesetzt werden. Hauptunterscheidungsmerkmal ist, dass die erstgenannte Gruppe gegen Bezahlung aktiv wird.

Tabelle 1: Eingeschlossene Studien zur Nutzenbewertung

Studien	Veröffentlichung(en)	Referenz(en)
Präventionsstudien		
Angebote durch Ehrenamtliche		
Chan 2017	Chan et al. 2017	[59]
Hind 2014 / Mountain 2014	Hind et al. 2014	[60]
	Mountain et al. 2014	[61]
Angebote von professionellen Akteur:innen		
Ristolainen 2020	Ristolainen et al. 2020	[62]
Saito 2012	Saito et al. 2012	[63]
Shvedko 2020	Shvedko et al. 2020	[64]
Zhang 2019	Zhang et al. 2019	[65]
Therapiestudien		
Angebote durch Ehrenamtliche		
Conwell 2020	Conwell et al. 2020	[66]
Fields 2020	Fields et al. 2020	[67]
Heller 1991	Heller et al. 1991	[68]
MacIntyre 1999	MacIntyre et al. 1999	[69]
Onrust 2008 / 2010	Onrust et al. 2008	[70]
	Onrust et al. 2010	[71]

Studien	Veröffentlichung(en)	Referenz(en)
Angebote von professionellen Akteur:innen		
Cohen-Mansfield 2018	Cohen-Mansfield et al. 2018	[72]
Pynnönen 2018	Pynnönen et al. 2018	[73]
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	Routasalo et al. 2009	[74]
	Pitkala et al. 2009	[75]
	Pitkala et al. 2011	[76]

4.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

4.2.1 Charakteristika der Präventionsstudien

Im Kapitel 4.2.1.1 erfolgt eine Zusammenfassung der eingeschlossenen Studien, welche hauptsächlich die Verhinderung einer sozialen Isolation mit Einsamkeit bei risikobehafteten Personengruppen ab 60 Jahren zum Ziel haben.

4.2.1.1 Studiendesign und Studienpopulation

Zwei Studien untersuchten die Wirksamkeit von Interventionen, die von Ehrenamtlichen umgesetzt wurden.

In einer sechsmonatigen Studie aus Japan mit insgesamt 48 Teilnehmer:innen wurde von Chan 2017 die Wirksamkeit eines kombinierten Programms bestehend aus einem Tai Chi Qigong Kurs und Unterstützung durch nachbarschaftliche Gesundheitsbotschafter:innen gegen Normalversorgung (Care as Usual) verglichen. Ziele waren die Festigung von sozialen Netzwerken und Förderung der psychischen Befindlichkeit. Der Tai Chi Qigong Kurs bestand aus zwei einstündigen Übungssitzungen pro Woche für drei Monate. Weiter wurden die Teilnehmer:innen ermutigt, die Übungen jeden Tag selbstständig für mindestens 30 Minuten durchzuführen. Begleitende Unterstützung erhielten sie von geschulten Laien, welche, in der unmittelbaren Nachbarschaft wohnend, als Gesundheitsbotschafter:innen fungierten, und die Teilnehmer:innen in der Interventionsgruppe an die Kurse erinnerten und Selbstübungsgruppen starteten, damit die Teilnehmer:innen gemeinsam ihre täglichen Tai Chi Qigong-Übungen im Park durchführten. Die Kontrollgruppe erhielt die gewöhnliche normale Versorgung mit unregelmäßigen Hausbesuchen von Sozialarbeiter:innen und regelmäßigen Informationen über gemeinnützige Dienste. Voraussetzung für die Studienteilnahme war ein Alter von mindestens 60 Jahren und ein geringes bis kein Engagement in sozialen Aktivitäten. Im Mittel waren die Studienteilnehmer:innen 77 Jahre alt.

In einer Pilot-Studie aus Großbritannien mit insgesamt 157 Teilnehmer:innen von Hind 2014 / Mountain 2014 wurde zum einen die Durchführbarkeit und zum anderen die Wirksamkeit von Telefonfreundschaften im Vergleich zu keiner Intervention im Hinblick auf

die Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verglichen. Ziel der Intervention war es, Telefonfreundschaften zwischen den Teilnehmer:innen zu initiieren und so das soziale Netzwerk zu vergrößern. Dafür wurden in den ersten sechs Wochen die Personen einmal pro Woche für 10 bis 20 Minuten von immer derselben ehrenamtlich tätigen Person angerufen, um eine persönliche Bindung aufzubauen. Nach dieser Initialphase sollten für drei Monate wöchentliche, einstündige Telefonkonferenzen mit jeweils sechs Personen der Interventionsgruppe, geleitet durch die ehrenamtlich tätige Person, erfolgen. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Gesundheits- und Sozialfürsorge. Voraussetzung für den Studieneinschluss war ein Mindestalter von 75 Jahren, gute kognitive Funktionen und ein Leben ohne Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer:innen lag bei ca. 80 Jahren. Die Studie wurde frühzeitig abgebrochen, da nicht genügend Ehrenamtliche in dem vorgeschriebenen Zeitraum rekrutiert werden konnten und somit nicht alle eingeschlossenen Teilnehmer:innen die Intervention erhielten.

Vier Studien untersuchten die Wirksamkeit von Interventionen, die von professionellen Akteur:innen umgesetzt wurden (Ristolainen 2020, Saito 2012, Shvedko 2020, Zhang 2019).

Eine sechsmonatige Studie aus Finnland mit insgesamt 392 Teilnehmer:innen (Ristolainen 2020) untersuchte die Wirksamkeit eines partizipativen Gruppenangebots mit den Schlüsselelementen a) soziale Unterstützung, b) Beratung und c) Aktivitäten auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Inhalte und Gestaltung der fünf zwei- bis dreistündigen Treffen wurde von den Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe frei bestimmt und von Pflegemanager:innen und Wissenschaftler:innen geleitet und begleitet. Die Kontrollgruppe erhielt kein Angebot von Dienstleistungen. Bei Bedarf konnten die lokalen Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens in Anspruch genommen werden (Normalversorgung). Einschlusskriterien waren: Alleinebende mit einem Mindestalter von 65 Jahren, mit Gesundheits- und Wohlfühldefiziten sowie mindestens zweimaliger Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten in den letzten sechs Monaten. Das Alter der Teilnehmer:innen lag im Durchschnitt bei ca. 77 Jahren.

Die Studie von Saito 2012 untersuchte die Wirksamkeit einer Intervention zur Bewältigung von sozialer Isolation in einem Vorort von Tokio an insgesamt 63 Teilnehmer:innen im Hinblick auf soziale Kontakte und Wohlbefinden. Die Teilnehmer:innen mussten in den letzten zwei Jahren von der Innenstadt in die Vorstadt umgezogen sein. Vier zweistündige Sitzungen, die im Abstand von zwei Wochen stattfanden, umfassten die Einführung in das Interventionsprogramm, Fokusgruppendiskussionen über die Umzugserfahrungen, Ermittlung von Bedürfnissen und eine Besichtigungstour durch die Stadt. Die Teilnehmer:innen aus der Kontrollgruppe hatten die Möglichkeit, nach Ablauf der Nachbeobachtungszeit von sechs Monaten die Intervention zu erhalten (Wartegruppe). Voraussetzungen für die

Studienteilnahme waren neben einem Umzug, ein Mindestalter von 65 Jahren sowie ein Leben in der eigenen Häuslichkeit. Im Durchschnitt waren die Teilnehmer:innen 73 Jahre alt.

In Großbritannien wurde in einer randomisierten Machbarkeitsstudie eine 12-wöchige Intervention mit insgesamt 25 Teilnehmer:innen evaluiert. Die Intervention, deren Ziel es war Einsamkeit abzumildern und über die Teilnahme an körperlichen Aktivitäten die psychische und körperliche Gesundheit zu festigen, bestand aus wöchentlichen Gruppenspaziergängen für bis zu 90 Minuten sowie Workshops zur Gesundheitserziehung und sozialer Interaktion (Shvedko 2020). Die Intensität der Spaziergänge war auf leichte Steigerung ausgelegt und wurde durch eine/n zertifizierte/n Trainer:in begleitet, der/die auch ein Vitalparametermonitoring durchführte. Die Kontrollgruppe konnte nach Abschluss des Beobachtungszeitraums von 12 Wochen mit der Intervention beginnen (Wartegruppe). Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 60 Jahren, weniger als 20 Minuten moderate Bewegung pro Woche im letzten Monat bei gleichzeitiger körperlicher Fitness und ein Einsamkeitsrisiko ≥ 6 von 9 Punkten auf einer Einsamkeitsskala. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer:innen lag bei ca. 68 Jahren.

In einer siebenmonatigen Interventionsstudie aus China wurde die Wirksamkeit einer auf gegenseitiger Unterstützung beruhenden Gruppenintervention für „empty-nesters“, d. h. für Personen, deren erwachsene Kinder den gemeinsamen Haushalt verlassen haben, untersucht (Zhang 2019). Die Intervention zielte auf die Förderung der sozialen Unterstützung und wurde in drei Phasen umgesetzt. In den ersten beiden Monaten fanden Einzelgespräche, Hausbesuche und Unterrichtseinheiten mit Themen zur sozialen Unterstützung statt. In dieser Phase sollen die Bedarfe der Teilnehmer:innen ausgelotet, Vertrauen aufgebaut und ein Interesse an sozialer Interaktion geweckt werden. In den Monaten drei und vier fanden Gruppentreffen mit 2-3 Teilnehmer:innen statt, in denen das Bewusstsein und die Bereitschaft Unterstützung anzunehmen, aber auch zu geben, geschärft wurden. Auch in dieser Phase gab es Unterrichtseinheiten einerseits zum Geben von sozialer Unterstützung und zur Annahme von sozialer Unterstützung. In der dritten Phase fanden sich die Teilnehmer:innen in Gruppen von 7-9 Personen zusammen, um ihre Fähigkeiten soziale Unterstützung aus dem Gruppenaustausch zu ziehen, zu trainieren. Auch diese Phase war von Unterrichtseinheiten zur Nutzung von sozialer Unterstützung begleitet. Die Kontrollgruppe erhielt eine Follow-Up Untersuchung und hatte nach fünf Monaten die Möglichkeit, ebenfalls mit der Intervention zu beginnen (Wartegruppe). Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren die Abwesenheit von kognitiven Störungen oder andere psychische Erkrankungen, ein Mindestalter von 60 Jahren und eine Wohndauer in der Gemeinde von mindestens einem Jahr vor Studiebeginn. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer:innen lag bei ca. 88 Jahren.

Ausführliche Angaben zu den Charakteristika der Präventionsstudien (Tabelle 18), den Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 19), den Interventionen (Tabelle 20) und den Charakteristika

der eingeschlossenen Studienpopulation (Tabelle 21) sind den Tabellen 18 bis 21 im Teil A3.2.1 dieses Berichtes zu entnehmen.

4.2.2 Charakteristika der Therapiestudien

Im Kapitel 4.2.2.1 erfolgt eine Zusammenfassung der eingeschlossenen Studien, welche hauptsächlich das Auflösen oder die Reduzierung der sozialen Isolation und der Einsamkeit bei Personen ab 65 Jahren zum Ziel haben.

4.2.2.1 Studiendesign und Studienpopulation

Die Wirksamkeit von Interventionen, welche hauptsächlich durch Ehrenamtliche durchgeführt wurden, untersuchten fünf Studien (Conwell 2020, Fields 2020, Heller 1991, MacIntyre 1999, Onrust 2008 / 2010).

In einer 12-monatigen Interventionsstudie an insgesamt 369 Personen aus den USA untersuchten Conwell 2020 die Wirksamkeit von „The Senior Connection (TSC)“, einem etablierten Besuchsprogramm des U.S. Aging Services Network im Hinblick auf die Endpunkte Suizidalität, Angst und Depression. Die Freundschaftsbesuche wurden von gleichaltrigen Ehrenamtlichen umgesetzt. Pro Monat fanden in der Interventionsgruppe vier Kontakte statt, persönlich oder telefonisch. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. In die Studie eingeschlossen wurden Personen über 60 Jahre, welche in der Gemeinde wohnhaft waren und das Gefühl von Einsamkeit hatten oder sich als Belastung für andere in den letzten 2 Wochen fühlten. Das Alter der Teilnehmer:innen lag im Mittel bei 71 Jahren. Ursprünglich war eine Studienlaufzeit von 24 Monaten geplant; durch Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Freiwilligen und Auslaufen der Finanzierung verkürzte sich die Laufzeit auf 12 Monate.

Die Wirksamkeit einer Schulung zur Nutzung von Tabletcomputern und Internet untersuchten Fields 2020 in einer in den USA umgesetzten Studie mit insgesamt 83 Teilnehmer:innen. Relevante Endpunkte waren: Sozialkontakte, Einsamkeit und Technologiegebrauch. Die Schulung wurde durch Ehrenamtliche durchgeführt. Die Intervention dauerte acht Wochen, wobei einmal pro Woche neue Themen behandelt wurden, z. B. Erklärung von Hardware, Einrichten des Tablets, E-Mail-Adresse einrichten und damit arbeiten oder auch Umgang mit sozialen Netzwerken. Die Teilnehmer:innen hatten die Möglichkeit nach der Intervention weiterhin das Tablet und den Touchpen zu nutzen. Als Kontrolle wurde das Wartelistendesign gewählt. Studienvoraussetzungen waren neben einem Alter von mindestens 60 Jahren, weniger als zwei soziale Besuche pro Monat und der Bedarf einer Schulung zur Nutzung digitaler Technologien. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer:innen lag bei 75 Jahren.

Eine weitere Studie aus den USA untersuchte die Wirksamkeit einer Intervention aus dem Feld der Telefonfreundschaften auf Sozialkontakte, Gesundheit, Aktivität und Stimmung. Die Studie wurde mit 291 Frauen durchgeführt, dauerte 30 Wochen und war in drei Phasen

unterteilt (Heller 1991). Die erste Phase bestand aus der wöchentlichen telefonischen Kontaktaufnahme der Studienteilnehmerinnen durch geschulte Interviewer:innen. In Phase zwei wurden die Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe in fünf Gruppen eingeteilt, abhängig davon, ob sie aktiv andere Teilnehmerinnen anrufen würden, ob sie Telefonanrufe von anderen Teilnehmerinnen entgegennehmen würden, ob sie Telefonkontakte mit anderen Teilnehmerinnen ablehnten, ob sie weiteren Telefonkontakten mit dem Studienpersonal zustimmten oder den Kontakt zum Studienpersonal abbrachen. In der Phase drei wurde keine Person mehr aktiv angerufen. Anrufe unter den Teilnehmerinnen waren aber weiterhin möglich. Die Kontrollgruppe erhielt während der gesamten Studiendauer keine Intervention. In die Studie wurden nur Frauen eingeschlossen deren jährliches Haushaltseinkommen unterhalb einer vorher definierten Grenze lag. Weiter wurden Grenzwerte für sozialen Support und subjektive Einsamkeit festgelegt. Der Altersdurchschnitt lag bei 74 Jahren.

Die kanadische Pilotstudie von MacIntyre 1999 untersuchte den Effekt von wöchentlichen Besuchen durch Freiwillige „The Volunteer Friendly Visitor Programme“ auf Lebenszufriedenheit und soziale Unterstützung. Studierende einer Universität besuchten Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe einmal pro Woche für drei Stunden. Wie diese Zeit gestaltet wurde, war den Teilnehmer:innen frei gestellt, z. B. Spaziergänge, Unterhaltungen, Vorlesen, Unterstützung bei Aktivitäten im Haushalt. Insgesamt wurden 22 Teilnehmer:innen in diese sechs Wochen dauernde Intervention eingeschlossen. Die Kontrollgruppe erhielt weiterhin pflegerische Maßnahmen und Unterstützung bei der Haushaltsführung (Normalversorgung). In Frage für die Studie kamen ältere Personen, die in ihrer eigenen Häuslichkeit lebten und kognitiv nicht eingeschränkt waren. Die Teilnehmer:innen waren im Durchschnitt ca. 79 Jahre alt.

In den Niederlanden wurde die Wirksamkeit eines „Widow-to-Widow Program“ auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität an insgesamt 216 Teilnehmer:innen untersucht (Onrust 2008 / 2010). Die Interventionsgruppe erhielt Besuche von Freiwilligen, die ebenfalls verwitwet waren. Ziel der Besuche war Unterstützung durch Austausch von Erfahrungen und Emotionen anzubieten, auch mit dem Verweis auf Selbsthilfegruppen. Die Anzahl der Besuche richtete sich nach den Wünschen der Betroffenen (Annahme waren 10 bis 12 Treffen). Die Kontrollgruppe erhielt die gewöhnliche Gesundheitsversorgung plus einer Broschüre über depressive Verstimmung beziehungsweise Anzeichen einer Depression. Voraussetzungen für die Studienteilnahme waren der Verlust der Ehepartner:in / Lebenspartner:in 6-9 Monaten vor Studienbeginn, ein Mindestalter von 55 Jahren, ein mittleres bis starkes Gefühl der Einsamkeit und keine psychischen Erkrankungen. Im Mittel waren die Studienteilnehmer:innen ca. 69 Jahre alt.

Die Wirksamkeit professionell durchgeführter Interventionen untersuchten drei Studien (Cohen-Mansfield 2018, Pynnönen 2018, Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011).

Zur Erhöhung der sozialen Teilhabe und zur Reduktion der Einsamkeit wurde die Wirksamkeit des neun Monate andauernden Projektes I-SOCIAL (Increasing SOcial Competence and social Integration of older Adults experiencing Loneliness) in Israel mit insgesamt 89 Teilnehmer:innen untersucht (Cohen-Mansfield 2018). In bis zu zehn Einzeltreffen wurden mit einem professionellen „Activities counselor" Möglichkeiten erarbeitet, Barrieren für die soziale Teilhabe abzubauen. In bis zu sieben Gruppentreffen wurden die neu erlernten sozialen Fähigkeiten erprobt und mit anderen Betroffenen Barrieren und Lösungsideen diskutiert. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. In Frage kommende Personen waren mindestens 65 Jahre alt, fühlten sich einsam, hatten einen Wert von > 22 Punkten in der Mini-Mental State Examination (MMSE) und keine Depression. Das mittlere Alter der Teilnehmer:innen lag bei ca. 78 Jahren.

Die in der finnischen Studie von Pynnönen 2018 untersuchte Intervention zielte auf die Förderung von sozialen Kontakten und darüber hinaus auf die Verbesserung der mentalen Gesundheit. Die Teilnehmer:innen konnten sich die Aktivität aussuchen, von der sie glaubten, dass sie davon am meisten profitieren würden: a) Sport / Bewegung in Kleingruppen, b) soziale Aktivitäten wie Ausflüge oder c) persönliche Beratung. Insgesamt dauerte die Studie 18 Monate mit insgesamt 257 Teilnehmer:innen. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Eingeschlossen wurden Personen zwischen 75-79 Jahren, die das Gefühl der Einsamkeit, Melancholie oder depressive Verstimmung verspürten und mehr als 21 Punkte auf der MMSE-Skala hatten. Das Durchschnittsalter lag bei ca. 77 Jahren.

Eine weitere aus Finnland stammende Studie untersuchte die Wirksamkeit einer „Psychosocial Group Rehabilitation" an insgesamt 235 Teilnehmer:innen (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011) auf Einsamkeit, soziale Aktivitäten und psychische Befindlichkeit. Es fanden wöchentliche Treffen mit Gruppenleiter:innen in verschiedenen Tageskliniken statt. Teilnehmer:innen konnten sich aussuchen, an welcher Interventionsgruppe sie teilnehmen wollten: a) Therapeutisches Schreiben und Psychotherapie, b) Sport / Bewegung und Diskussion von Gesundheitsthemen oder c) Kunst und anregende Aktivitäten (Musik, Theater, Malerei). Der gesamte Beobachtungszeitraum betrug 24 Monate. Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Ein subjektives Gefühl der Einsamkeit und ein Alter über 74 Jahre waren Studienvoraussetzung. Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt 80 Jahre alt.

Ausführliche Angaben zu den Charakteristika der Therapiestudien (Tabelle 23), den Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 24), den Interventionen (Tabelle 25) und den Charakteristika der eingeschlossenen Studienpopulationen (Tabelle 26) sind den Tabellen 23 bis 26 im Teil A3.2.2 dieses Berichtes zu entnehmen.

4.3 Übersicht der zielgruppenrelevanten Endpunkte

4.3.1 Zielgruppenrelevante Endpunkte aus den Präventionsstudien

Aus sechs Präventionsstudien konnten Daten zu zielgruppenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 2 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu zielgruppenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien. Zu unerwünschten Ereignissen und zur Mortalität wurden in keiner Studie Daten berichtet.

Tabelle 2: Matrix der zielgruppenrelevanten Endpunkte - Präventionsstudien

Endpunkte	**Präventionsstudien**					
	Angebote von Ehrenamtlichen		**Angebote von professionellen Akteur:innen**			
	Chan 2017	**Hind 2014 / Mountain 2014**	**Ristolainen 2020**	**Saito 2012**	**Shvedko 2020**	**Zhang 2019**
Mortalität	-	-	-	-	-	-
Morbidität						
Depression	-	●	-	●	●	-
Angst	-	-	-	-	●	-
Mentale Gesundheit	●	●[a]	-	-	-	-
Körperliche Funktionsfähigkeit	-	●	-	-	-	-
Körperliche Rollenfunktion	-	●	-	-	-	-
Körperliche Schmerzen	-	●	-	-	-	-
Vitalität	-	●	-	-	-	-
Gesundheitszustand	-	●[b]	-	-	-	-
Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
SF-36 körperlicher Summenscore	-	●	-	-	-	-
SF-36 mentaler Summenscore	-	●	-	-	-	-
EQ-5D Index	-	●	-	-	-	-
SF-12 körperlicher Summenscore	●	-	-	-	-	-
SF-12 mentaler Summenscore	●	-	-	-	-	-
WHOQOL-Bref Index	-	-	●	-	-	-
Unerwünschte Ereignisse	-	-	-	-	-	-
Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe						
Einsamkeit	●	●	●	●	●	-
Soziale Teilhabe:						
Soziale Unterstützung	●	-	-	●	●	●
Soziales Netzwerk	●	-	-	●	●	-
Soziale Aktivitäten	-	-	-	●	-	-

Endpunkte	**Präventionsstudien**					
	Angebote von Ehrenamtlichen		**Angebote von professionellen Akteur:innen**			
	Chan 2017	**Hind 2014 / Mountain 2014**	**Ristolainen 2020**	**Saito 2012**	**Shvedko 2020**	**Zhang 2019**
Zufriedenheit mit sozialen Kontakten	-	-	-	-	●	-
Vertrauen in Personen	-	-	●	-	-	-
Vertrauen in Institutionen	-	-	●	-	-	-
Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere	-	-	-	●	-	-
Psychische Ressourcen:						
Selbstwertgefühl	●	-	-	-	-	-
Selbstwirksamkeit für Bewegung	-	-	-	-	●	-
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	-	●	-	-	-	-
Soziale Funktionsfähigkeit	-	●	-	-	-	-
Emotionale Rollenfunktion	-	●	-	-	-	-
Wohlbefinden	-	●	-	-	-	-
Lebenszufriedenheit	-	-	-	●	-	-

● Daten wurden berichtet und waren verwertbar.
- Es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben) / Der Endpunkt wurde nicht erhoben.

Erklärungen:
a: Bei dem Endpunkt handelt es sich um den primären Endpunkt der Studie
b: Endpunkt wurde 2-mal erhoben mit unterschiedlichen Instrumenten.

4.3.2 Zielgruppenrelevante Endpunkte aus den Therapiestudien

Aus acht Therapiestudien konnten Daten zu zielgruppenrelevanten Endpunkten extrahiert werden. Tabelle 3 zeigt die Übersicht der verfügbaren Daten zu zielgruppenrelevanten Endpunkten aus den eingeschlossenen Studien. In einer Studie wurden Daten zum primären Endpunkt „Nutzung von digitaler Technologie“ berichtet, diese waren jedoch für die Nutzenbewertung nicht relevant. Zu unerwünschten Ereignissen wurden in keiner Studie Daten berichtet.

Tabelle 3: Matrix der zielgruppenrelevanten Endpunkte - Therapiestudien

Endpunkte	**Therapiestudien**							
	Angebote von Ehrenamtlichen					**Angebote von professionellen Akteur:innen**		
	Conwell 2020	**Fields 2020**	**Heller 1991**	**MacIntyre 1999**	**Onrust 2008 / 2010**	**Cohen-Mansfield 2018**	**Pynnönen 2018**	**Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011**
Mortalität	-	-	-	-	-	-	-	●
Morbidität								
Depression	●	-	●	-	●	-	●	-
Angst	●	-	-	-	●	-	-	-
Suizidalität	●	-	-	-	-	-	-	-
Melancholie	-	-	-	-	-	-	●	-
Trauer	-	-	-	-	●	-	-	-
Somatisierung	-	-	-	-	●	-	-	-
Gesundheitszustand	-	-	-	●	-	-	-	●
Kognitive Leistungsfähigkeit	-	-	-	-	-	-	-	●
Unerwünschte Ereignisse	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesundheitsbezogene Lebensqualität								
EQ-5D Index	-	-	-	-	●	-	-	-
15D Index	-	-	-	-	-	-	-	●
Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe								
Einsamkeit	-	●	●	-	-	●[a]	●	●
Soziale Teilhabe:								
Soziale Unterstützung	-	●	-	●	-	-	-	●
Unterstützung durch Familienmitglieder	-	-	●	-	-	-	-	-
Unterstützung durch Freunde	-	-	●	-	-	-	-	-
Sozialer Zusammenhalt	-	-	-	-	-	-	●	-

Endpunkte	**Therapiestudien**							
	Angebote von Ehrenamtlichen					**Angebote von professionellen Akteur:innen**		
	Conwell 2020	**Fields 2020**	**Heller 1991**	**MacIntyre 1999**	**Onrust 2008 / 2010**	**Cohen-Mansfield 2018**	**Pynnönen 2018**	**Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011**
psychische Belastung:								
Lebenszufriedenheit	-	-	-	●	-	-	-	-
Wohlbefinden	-	-	●	-	-	-	-	●
Zugehörigkeitsgefühl	●	-	-	-	-	-	-	-
Empfundene Belastung für andere	●	-	-	-	-	-	-	-
weiterer primärer Endpunkt								
Nutzung von digitaler Technologie[b]	-	○	-	-	-	-	-	-

●: Daten wurden berichtet und waren verwertbar.

○: Daten wurden berichtet, aber waren nicht für die Nutzenbewertung relevant.

-: Es wurden keine Daten berichtet (keine weiteren Angaben) / Der Endpunkt wurde nicht erhoben.

Erklärungen:

a: Bei dem Endpunkt handelt es sich um den primären Endpunkt der Studie.

b: Endpunkt wurde von den Autor:innen als einer der primären Endpunkte der Studie beschrieben. Nutzung von digitaler Technologie wurde erhoben, indem die Studienteilnehmer:innen gefragt wurden, ob sie in letzter Zeit das Internet genutzt haben und wie sie ihre Fähigkeiten bei einer Internetrecherche und Versenden von E-Mails beschreiben würden.

4.4 Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

4.4.1 Verzerrungspotenzial der Präventionsstudien

Das Verzerrungspotenzial wurde endpunktübergreifend für alle sechs Studien (Chan 2017 und Hind 2014 / Mountain 2014 (Angebote von Ehrenamtlichen) Ristolainen 2020, Saito 2012, Shvedko 2020 und Zhang 2019 (Angebote von professionellen Akteur:innen)) als hoch eingestuft.

In den Studien Chan 2017 und Hind 2014 / Mountain 2014 waren Patient:innen und Behandler:innen nicht verblindet. Bei Chan 2017 war eine Registrierung vorhanden, die Endpunkte variierten jedoch zwischen der Registrierung und der Publikation. Beide Studien geben eine adäquate Randomisierungssequenz und eine verdeckte Gruppenzuteilung an.

Die Patient:innen und Behandler:innen waren in den Studien Ristolainen 2020, Saito 2012, Shvedko 2020 und Zhang 2019 nicht verblindet. Bei Ristolainen 2020 und Saito 2012 bleibt es unklar, ob eine ergebnisabhängige Berichterstattung ausgeschlossen werden kann, da es keine Hinweise auf Studienprotokolle oder Registereinträge gibt. Ebenso unklar bleibt, ob eine adäquate Randomisierungssequenz durchgeführt wurde oder die Gruppenzuteilung verdeckt erfolgte. In der Studie Zhang 2019 waren Patient:innen und Behandler:innen nicht verblindet. Aufgrund der ungleichen Outcome-Angaben zwischen Registereintrag und Publikation kann eine ergebnisabhängige Berichterstattung nicht ausgeschlossen werden.

Die Patient:innen und Behandler:innen waren in der Studie von Shvedko 2020 nicht verblindet. Die Randomisierungssequenz war adäquat und die Gruppenzuteilung ist verdeckt erfolgt. Bei Shvedko 2020 handelt es sich um eine Pilotstudie.

Ein endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial wurde für keine der sechs Studien ermittelt, da sich für die berichteten Endpunkte die Einstufung des endpunktübergreifenden Verzerrungspotenzials als „hoch“ auf das endpunktspezifische Verzerrungspotenzial überträgt.

Die tabellarische Darstellung mit dem endpunktübergreifenden Verzerrungspotenzial in den Präventionsstudien findet sich im Anhang A3.2.2.5, Tabelle 22.

4.4.2 Verzerrungspotential der Therapiestudien

Das Verzerrungspotenzial wurde endpunktübergreifend für alle acht Studien (Conwell 2020, Fields 2020, Heller 1991, MacIntyre 1999 und Onrust 2008 / 2010 (Angebote von Ehrenamtlichen) Cohen-Mansfield 2018, Pynnönen 2018 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 (Angebote von professionellen Akteur:innen)) als hoch eingestuft.

Die Patient:innen und Behandler:innen waren in allen Studien nicht verblindet. Die Dokumentation zur Randomisierungssequenz war in den Studien Fields 2020, Heller 1991 und MacIntyre 1999 unklar. Bei Conwell 2020 und Onrust 2008 / 2010 war dies klar dokumentiert. Ob die Gruppenzuteilung verdeckt erfolgte, konnte in den Studien Fields 2020, Heller 1991 und MacIntyre 1999 nicht eindeutig beantwortet werden; bei Conwell 2020 und Onrust 2008 / 2010 jedoch schon. Aufgrund fehlender Hinweise zu Studienprotokollen oder fehlender Effektschätzer kann bei Fields 2020, Heller 1991, MacIntyre 1999 und Onrust 2008 / 2010 eine ergebnisabhängige Berichterstattung nicht ausgeschlossen werden. Die Studie von Conwell 2020 wurde gestoppt, bevor für die Teilnehmer:innen der primäre Endpunkt nach 24 Monaten erhoben werden konnte.

In der Studie von Cohen-Mansfield 2018 war die adäquate Randomisierungssequenz und die verdeckte Gruppenzuteilung unklar. Weiter kann aufgrund des fehlenden Hinweises auf ein Studienprotokoll eine ergebnisabhängige Berichtserstattung nicht ausgeschlossen werden. Routasalo 2009/ Pitkala 2009 / 2011 berichteten eine adäquate Randomisierungssequenz und eine verdeckte Gruppenzuteilung. Eine ergebnisabhängige Berichterstattung kann nicht ausgeschlossen werden, da es keinen Hinweis auf ein Studienprotokoll gab. Pynnönen 2018 gaben eine adäquate Randomisierungssequenz an, jedoch bleibt die verdeckte Gruppenzuteilung unklar. Auch in dieser Studie kann eine ergebnisabhängige Berichterstattung nicht ausgeschlossen werden, da kein Studienprotokoll vorlag. In allen Studien zu den professionellen Therapieinterventionen waren die Patient:innen und Behandler:innen nicht verblindet.

Ein endpunktspezifisches Verzerrungspotenzial wurde für keine der acht Studien ermittelt, da sich für die berichteten Endpunkte die Einstufung des endpunktübergreifenden Verzerrungspotenzials als „hoch“ auf das endpunktspezifische Verzerrungspotenzial überträgt.

Die tabellarische Darstellung mit den endpunktübergreifendem Verzerrungspotenzial in den Therapiestudien findet sich im Anhang A3.2.2.5, Tabelle 27.

4.5 Ergebnisse zu zielgruppenrelevanten Endpunkten

Eine detailierte Beschreibung aller verwendeter Erhebungsinstrumente findet sich im Abschnitt HTA-Details A3.3; Tabelle 28.

4.5.1 Ergebnisse aus den Präventionsstudien

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse zu den zielgruppenrelevanten Endpunkten, welche in den Präventionsstudien erhoben wurden. Zur besseren Übersicht erfolgt zuerst eine tabellarische Darstellung der Zuordnung der Studien zu den Interventionen

(Tabelle 4) und dann eine Übersicht zu den Ergebnissen der Studien hinsichtlich der zielgruppenrelevanten Endpunkte (Tabelle 5).

Die Präventionsstudien lassen sich grob folgenden Interventionsarten zuordenen:

Tabelle 4: Zuordnung Intervention - Präventionsstudien

Studie	**Interventionsart**
Chan 2017	Tai Chi Qigong Intervention in Kombination mit ehrenamtlichen Gesundheitslotsen
Hind 2014 / Mountain 2014	Telefonate/Telefonfreundschaften mit Ehrenamtlichen
Ristolainen 2020	professionell geleitete Gruppenangebote
Saito 2012	professionell geleitete Gruppenangebote
Shvedko 2020	professionell geleitete Gruppenangebote
Zhang 2019	professionell geleitete Gruppenangebote

Der Tabelle 5 sind zum besseren Vergleich die Messzeitpunkte und Laufzeiten der Interventionen zu entnehmen.

Tabelle 5: Übersicht der Effekte in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene - Präventionsstudien

Endpunkte	**Präventionsstudien**					
	Angebote von Ehrenamtlichen		**Angebote von professionellen Akteur:innen**			
	Chan 2017	**Hind 2014 / Mountain 2014**	**Ristolainen 2020**	**Saito 2012**	**Shvedko 2020**	**Zhang 2019**
Messzeitpunkt (Monate nach Baseline)	6	6	6	8	3	7
Dauer der Intervention (Monate)	3	4 ½	6	2	3	7
Follow-Up-Dauer (Monate)	3	1 ½	0	6	0	0
Morbidität						
Depression	-	↔	-	↔	↔	-
Angst	-	-	-	-	↔	-
Mentale Gesundheit	↔	↑	-	-	-	-
Körperliche Funktionsfähigkeit	-	↔	-	-	-	-
Körperliche Rollenfunktion	-	↑	-	-	-	-
Körperliche Schmerzen	-	↑	-	-	-	-
Vitalität	-	↔	-	-	-	-

Endpunkte	**Präventionsstudien**					
	Angebote von Ehrenamtlichen		**Angebote von professionellen Akteur:innen**			
	Chan 2017	**Hind 2014 / Mountain 2014**	**Ristolainen 2020**	**Saito 2012**	**Shvedko 2020**	**Zhang 2019**
Messzeitpunkt (Monate nach Baseline)	6	6	6	8	3	7
Dauer der Intervention (Monate)	3	4 ½	6	2	3	7
Follow-Up-Dauer (Monate)	3	1 ½	0	6	0	0
Allgemeiner Gesundheitszustand	-	↔	-	-	-	-
Gesundheitszustand	-	↔	-	-	-	-
Gesundheitsbezogene Lebensqualität						
SF-36 körperlicher Summenscore	-	↔	-	-	-	-
SF-36 mentaler Summenscore	-	↔	-	-	-	-
EQ-5D Index	-	↔	-	-	-	-
SF-12 körperlicher Summenscore	↔	-	-	-	-	-
SF-12 mentaler Summenscore	↔	-	-	-	-	-
WHOQOL-Bref	-	-	↔	-	-	-
Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe						
Einsamkeit	↑	↔	↔	↑	↔	-
Soziale Teilhabe:						
Soziale Unterstützung	↗[a]	-	-	↑	↔	↑
Soziales Netzwerk	↔	-	-	↔	↔	-
Soziale Aktivitäten	-	-	-	↔	-	-
Zufriedenheit mit sozialen Kontakten	-	-	-	-	↔	-
Vertrauen in Personen	-	-	↗[b]	-	-	-
Vertrauen in Institutionen	-	-	↗[c]	-	-	-
Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere	-	-	-	↑	-	-
Psychische Ressourcen:						
Selbstwertgefühl	↔	-	-	-	-	-
Selbstwirksamkeit für Bewegung	-	-	-	-	↔	-
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	-	↔	-	-	-	-
Soziale Funktionsfähigkeit	-	↑	-	-	-	-
Emotionale Rollenfunktion	-	↔	-	-	-	-
Wohlbefinden	-	↔	-	-	-	-
Lebenszufriedenheit	-	-	-	↑	-	-

Endpunkte	Präventionsstudien					
	Angebote von Ehrenamtlichen		Angebote von professionellen Akteur:innen			
	Chan 2017	Hind 2014 / Mountain 2014	Ristolainen 2020	Saito 2012	Shvedko 2020	Zhang 2019
Messzeitpunkt (Monate nach Baseline)	6	6	6	8	3	7
Dauer der Intervention (Monate)	3	4 ½	6	2	3	7
Follow-Up-Dauer (Monate)	3	1 ½	0	6	0	0

↑: Statistisch signifikanter Effekt zu Gunsten der Intervention

↗: Numerisch auffälliger Unterschied zu Gunsten der Intervention ohne Angabe der Signifikanz ODER einzelne Items / Subskalen des Instruments weisen einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention auf

↔: Kein statistisch signifikanter Unterschied

-: Keine Daten berichtet

Erklärungen:

a: Autor:innen berichten für 1 von 2 Items einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention.

b: Autor:innen berichten für 1 von 2 Items einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention.

c: Autor:innen berichten für 1 von 6 Items einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention.

4.5.1.1 Morbiditätsparameter

Morbiditätsparamenter als Endpunkte wurden in vier der sechs Präventionsstudien berichtet. Effekte auf Depression wurden in insgesamt drei Studien erfasst. Hind 2014 / Mountain 2014 verwendeten zur Messung den Patient Health Questionnaire-9 item (PHQ-9), Saito 2012 die Geriatric Depression Scale (GDS) und Shvedko 2020 die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Der Endpunkt Angst wurde in nur einer Studie (Shvedko 2020) mit der HADS gemessen. Chan 2017 verwendeten das Mental Health Inventory-18 Items (MHI-18) zur Messung der mentalen Gesundheit. Hind 2014 / Mountain 2014 nutzen die Dimensionen des 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) zur Messung der mentalen Gesundheit, körperlichen Funktionsfähigkeit, körperlichen Rollenfunktion, körperlichen Schmerzen, Vitalität und des allgemeinen Gesundheitszustandes. Der Gesundheitszustand wurde ergänzend mit der Visuelle Analogskala (VAS) des EQ-5D gemessen.

4.5.1.1.1 Depression und Angst

Im Hinblick auf den Endpunkt Depression wurden in den Arbeiten von Hind 2014 / Mountain 2014, Saito 2012 und Shvedko 2020 keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gefunden.

Es ergibt sich für den Endpunkt Depression kein Anhaltspunkt für einen Nutzen weder von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu keiner Intervention noch von Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Warteliste.

Shvedko 2020 fand hinsichtlich des Endpunkts Angst keinen signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen.

Es ergibt sich für den Endpunkt Angst kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Wartegruppe.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 29: Ergebnisse - Depression und Angst in Abschnitt A3.4.1 zu entnehmen.

4.5.1.1.2 Mentale Gesundheit und Somatisierung

Effekte auf die mentale Gesundheit wurden bei Chan 2017 und bei Hind 2014 / Mountain 2014 erhoben. Während Chan 2017 weder nach drei noch nach sechs Monaten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen konnte, fanden Hind 2014 / Mountain 2014 eine Differenz von 9,5 (95 %-Konfidenzintervall (KI): [4,5; 14,5]) Punkten zu Gunsten der Interventionsgruppe nach sechs Monaten. Für die Prüfung auf Relevanz des ermittelten Gruppenunterschiedes wurde eine Bestimmung der Effektstärke nach Hedges^{g} vorgenommen, die 0,341 (95 %-KI -0,188 – 0,87) betrug. Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^{g}) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Es ergibt sich für den Endpunkt mentale Gesundheit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu einer Normalversorgung bzw. keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 36: Ergebnisse - mentale Gesundheit und Somatisierung in Abschnitt A3.4.8 zu entnehmen.

4.5.1.1.3 Körperliche Funktionsfähigkeit

Hind 2014 / Mountain 2014 fand keinen numerisch auffälligen Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe für die SF-36 Dimension körperliche Funktionsfähigkeit.

Es ergibt sich für den Endpunkt körperliche Funktionsfähigkeit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 33: Ergebnisse - körperliche Funktionsfähigkeit in Abschnitt A3.4.5 zu entnehmen.

4.5.1.1.4 Körperliche Rollenfunktion

Für die SF-36 Dimension körperliche Rollenfunktion berichten Hind 2014 / Mountain 2014 eine Differenz von 20,2 Punkten (95 %-KI: [9,9; 30,6]) zu Gunsten der Interventionsgruppe nach 6 Monaten. Die Bestimmung der Effektstärke (Hedges^g) ergab 0,654 (95 %-KI 0,115 – 1,193). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Es ergibt sich für den Endpunkt körperliche Rollenfunktion kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 34: Ergebnisse - körperliche Rollenfunktion im Abschnitt A3.4.6 zu entnehmen.

4.5.1.1.5 Körperliche Schmerzen

Für die SF-36 Dimension körperliche Schmerzen berichten Hind 2014 / Mountain 2014 eine Differenz von 16,6 (95 %-KI: [8; 25,3]) Punkten zu Gunsten der Interventionsgruppe nach 6 Monaten. Die Prüfung der Effektstärke (Hedges^g) ergab 0,608 (95 %-KI 0,071 – 1,146). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Es ergibt sich für den Endpunkt körperliche Schmerzen kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 35: Ergebnisse - körperliche Schmerzen im Abschnitt A3.4.7 zu entnehmen.

4.5.1.1.6 Vitalität

Für die SF-36 Dimension Vitalität fanden Hind 2014 / Mountain 2014 keinen numerisch auffälligen Unterschied zwischen der Kontroll- und Interventionsgruppe.

Es ergibt sich für den Endpunkt Vitalität kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 46: Ergebnisse - Vitalität im Abschnitt A3.4.16 zu entnehmen.

4.5.1.1.7 Gesundheitszustand

Hind 2014 / Mountain 2014 erfassten den Gesundheitszustand zum einen mit der SF-36 Dimension allgemeiner Gesundheitszustand und zum anderen mit der EQ-5D VAS. Für beide konnte kein numerisch auffälliger Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden.

Somit konnten in beiden Instrumenten keine Vorteile der Interventionsgruppe hinsichtlich des Gesundheitszustandes dokumentiert werden.

Es ergibt sich für den Endpunkt Gesundheitszustand kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 39: Ergebnisse - Gesundheitszustand in Abschnitt A3.4.11 zu entnehmen.

4.5.1.2 Parameter der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Endpunkt wurde in drei der sechs Studien berichtet. Chan 2017 verwendeten den 12-Item Short Form Health Survey (SF-12) mit dem körperlichen und mentalen Summenscore. Hind 2014 / Mountain 2014 den EuroQol 5-Dimension Utility Score (EQ-5D) Index sowie die körperlichen und mentalen Summenscores des SF-36. Ristolainen 2020 nutzen den World Health Organization Quality of Life – Kurzform (WHO-QoL-Bref) zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem Item zur Gesamtbeurteilung der Lebensqualität und den vier Domänen: körperliche Gesundheit (DOM1), psychische Gesundheit (DOM2), soziale Beziehungen (DOM3) und Umwelt (DOM4).

Keine der Studien konnte einen statistisch signifikanten beziehungsweise einen numerisch auffälligen Unterschied zeigen.

Es ergibt sich für den Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 31: Ergebnisse - gesundheitsbezogene Lebensqualität in Abschnitt A3.4.3 zu entnehmen.

4.5.1.3 Parameter des gesundheitsbezogenen sozialen Funktionsniveaus und der sozialen Teilhabe

Endpunkte zu den gesundheitsbezogenen sozialen Funktionsniveaus und zur sozialen Teilhabe wurden von allen sechs Studien berichtet.

Fünf Studien liefern Ergebnisse zu Einsamkeit, bei Chan 2017 und Hind 2014 / Mountain 2014 gemessen mit der De Jong Gieveld Skala, bei Ristolainen 2020 mit der University of California at Los Angeles Loneliness Scale-12 Items (UCLA-LS-12), bei Shvedko 2020 mit der University of California at Los Angeles Loneliness Scale-8 Items (UCLA-LS-8) und bei Saito 2012 mit der Ando-Osada-Kodama loneliness scale (AOK-LS).

Soziale Unterstützung als Endpunkt wird in vier Studien berichtet. Chan 2017 berichten Ergebnisse des Social Support Questionnaire - Short Form (SSQ-6), Saito 2012 verwenden je vier Einzelitems zu emotionaler und instrumenteller Unterstützung, Shvedko 2020 und Zhang 2019 verwenden nicht näher bezeichnete Fragebögen. Ein soziales Netzwerk als Endpunkt wird in drei Studien berichtet. Chan 2017 und Shvedko 2020 verwenden zur Messung die Luben´s Social Network Scale-6 Items (LSNS-6), Saito 2012 ein Einzelitem zur Häufigkeit von Kontakten. Saito 2012 berichten weiterhin soziale Aktivitäten und Vertrautheit mit Dienstleistungen, Shvedko 2020 die Zufriedenheit mit den Sozialkontakten, Ristolainen 2020 das Vertrauen in Personen und das Vertrauen in Institutionen als Endpunkte, alle gemessen mit nicht näher bezeichneten Fragebögen.

Das Selbstwertgefühl (Rosenberg-Self-Esteem Skala) wird von Chan 2017 als Endpunkt berichtet, die Selbstwirksamkeit für Bewegung (Self-Efficacy for Exercise Scale (SEE)) von Shevdko 2020 und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (General Self-Efficacy-Skala (GSE)) von Hind 2014 / Mountain 2014. Weiter werden die SF-36 Dimensionen soziale Funktionsfähigkeit und emotionalle Rollenfunktion von Hind 2014 / Mountain 2014 berichtet. Saito 2012 messen die Lebenszufriedenheit mit der japaischen Version des Life Satisfaction Index-A (LSI-A). Das Wohlbefinden wurde von Hind 2014 / Mountain 2014 mit einer Skala des Office for National Statistics (ONS) erhoben.

4.5.1.3.1 Einsamkeit

Statistisch signifikante Gruppenunterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe zeigten sich in der Arbeit von Chan 2017 nach sechs Monaten: Interventionsgruppe MW (SD) 3,8 (2,1) zu Baseline, 1,9 (1,8); Kontrollgruppe 3,2 (1,8) zu Baseline, 2,7 (1,6); p=0,033. Die Bestimmung der Effektstärke (Hedges^g) ergab -0,469 (95 %-KI -1,055 – 0,118). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

In der Studie von Saito 2012 zeigten sich nach acht Monaten folgende statistisch signifikanten Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe: Interventionsgruppe MW (SD) 12,1 (2,7) zu Baseline, 11,1 (k.A.) und Kontrollgruppe 11,9 (2,6) zu Baseline, 12,3 (k.A.), p=0,011. Eine formale Prüfung der Effektstärke für den Gruppenunterschied mittels Hedges^g konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden.

In den Arbeiten Hind 2014 / Mountain 2014, Ristolainen 2020 und Shvedko 2020 wurden keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede gefunden.

Es ergibt sich für den Endpunkt Einsamkeit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung, Warteliste oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 30: Ergebnisse - Einsamkeit in Abschnitt A3.4.2 zu entnehmen.

4.5.1.3.2 Soziale Teilhabe

Die soziale Teilhabe wurde mit nachfolgenden Endpunkten erhoben:

- Soziale Unterstützung (Chan 2017: SSQ-6, Saito 2012: 4 Items emotionale Unterstützung, 4 Items instrumentelle Unterstützung, Shvedko 2020: Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSSSS) und Zhang 2019: Social Support Rating Scale (SSRS))
- Soziales Netzwerk (Chan 2017 und Shvedko 2020: LSNS-6 und Saito 2012: eine Frage nach der Häufigkeit von Sozialkontakten)
- Soziale Aktivitäten (Saito 2012: eine Frage nach der Häufigkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten)
- Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten (Shvedko 2020: eine Frage)

Das von Chan 2017 verwendete SSQ-6 zur Messung der sozialen Unterstützung unterscheidet die Dimensionen Anzahl der Kontaktpersonen und Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten. Die Veränderung der Gesamtzahl der sozialen Kontaktpersonen unterschied sich nach sechs Monaten nicht statistisch signifikant. Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung fanden sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe. Nach sechs Monaten erhöhten sich in der Interventionsgruppe die MW (SD) von 14,2 (5,7) auf 18,0 (5,4), in der Kontrollgruppe blieben sie weitgehend gleich 16,1 (5,0) auf 16,7 (4,9), p=0,044. Die Prüfung auf eine Relevanz des Gruppenunterschieds ergab eine Hedges^g von 0,252 (95 %-KI -0,329 – 0,832) für die Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung. Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Saito 2012 fanden nach acht Monaten ebenfalls einen statistisch signifikanten Unterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe. In der Interventionsgruppe stiegen die Mittelwerte für soziale Unterstützung von Baseline zu Follow-Up leicht an (7,2 auf 7,8). In der Kontrollgruppe fielen sie ab (6,7 auf 5,9), p=0,013 (höhere Werte sind gleichbedeutend mit mehr sozialer Unterstützung.). Eine formale Prüfung der Effektstärke für den Gruppenunterschied mittels Hedges^g konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden.

Auch in der von Zhang 2019 verwendeten SSRS stehen höhere Werte für ein höheres Maß an sozialer Unterstützung. Die Skala liefert ein Ergebnis für die soziale Unterstützung insgesamt und für die Subdimensionen objektive Unterstützung, subjektive Unterstützung und Nutzung der Unterstützung in der Interventionsgruppe. Die Veränderung von Baseline zum Follow-Up nach sieben Monaten zeigte in allen Dimensionen statistisch signifikante Gruppenunterschiede, zu Gunsten der Interventionsgruppe ($p < 0,001$):

- Soziale Unterstützung gesamt: Interventionsgruppe MW (SD) zu Baseline 37,32 (8,94), Follow-Up 41,01 (6,80); Kontrollgruppe: MW (SD) zu Baseline 37,10 (7,92), Follow-Up 36,38 (7,72).
- Objektive Unterstützung: Interventionsgruppe MW (SD) zu Baseline 8,23 (3,56), Follow-Up 9,47 (2,79); Kontrollgruppe MW (SD) zu Baseline 8,08 (3,16), Follow-Up 7,97 (3,10).
- Subjektive Unterstützung: Interventionsgruppe MW (SD) zu Baseline 21,76 (5,27), Follow-Up 23,22 (4,19); Kontrollgruppe MW (SD) zu Baseline 21,63 (4,69), Follow-Up 21,19 (4,61).
- Nutzung sozialer Unterstützung: Interventionsgruppe Mittelwert (SD) zu Baseline 7,33 (2,24), Follow-Up 8,35 (2,03); Kontrollgruppe MW (SD) zu Baseline 7,39 (1,97), Follow-Up 7,23 (1,84).

Die Prüfung der Effektstärke des Gruppenunterschieds mittels Hedges^g erfolgte für die soziale Unterstützung gesamt = 0,635 (95-% KI 0,42 – 0,85), die objektive Unterstützung = 0,507 (95 %-KI 0,294 – 0,721), die subjektive Unterstützung = 0,46 (95 %-KI 0,247 – 0,672) sowie für den Nutzen der Unterstützung = 0,579 (95 %-KI 0,365 – 0,794). Die 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenzen (Hedges^g) für den Gesamtwert als auch alle drei Subdimensionen liegen vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert.

Shvedko 2020 fand keine signifikanten Gruppenunterschiede für soziale Unterstützung. Auch zu den Endpunkten „Soziales Netzwerk“ (Saito 2012, Chan 2017, Shvedko 2020), „Soziale Aktivitäten“ (Saito 2012) und „Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten“ (Shvedko 2020) wurden keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede gefunden.

Somit ergibt sich für den Endpunkt soziale Unterstützung ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von einem professionell geleiteten Gruppenangebot (Zhang 2019: Einzelgespräche und Gruppentreffen zur sozialen Unterstützung im Sinne einer sozialen Gruppenarbeit) im Vergleich zu einer Warteliste. Für alle anderen Interventionen im Hinblick auf soziale Unterstützung sowie alle anderen Endpunkte zur sozialen Teilhabe ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung, Warteliste oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 41: Ergebnisse - soziale Teilhabe in Abschnitt A3.4.12 zu entnehmen.

4.5.1.3.3 Vertrauen in Personen und Institutionen

Ristolainen 2020 untersuchten als Endpunkt der sozialen Teilhabe das Vertrauen in beziehungsweise Misstrauen gegenüber Personen sowie das Vertrauen in Institutionen

(Institutionen insgesamt, Regierung und Behörden, öffentliche Gesundheitsversorgung, öffentliche Sozialfürsorge, Gerichte, Polizei, kommunale Entscheidungsfindung) anhand der Zustimmung zu Einzelaussagen. Ein höherer Score weist auf größeres Vertrauen hin.

Nach sechs Monaten zeigte sich ein kleiner Effekt hinsichtlich des Vertrauens gegenüber anderen Personen zu Gunsten der Interventionsgruppe: Interventionsgruppe MW (SD) zu Baseline 3,2 (1,0), Follow-Up 3,3 (0,9); Kontrollgruppe MW (SD) zu Baseline 3,2 (1,0), Follow-Up 3,2 (1,0); p=0,05. Im Hinblick auf das abgefragte Vertrauen in Institutionen zeigte sich lediglich ein Gruppenunterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe, für das Vertrauen in Regierung und Behörden: Interventionsgruppe MW (SD) zu Baseline 3,2 (1,1), Follow-Up 3,3 (1,0); Kontrollgruppe MW (SD) zu Baseline 3,2 (1,2), Follow-Up 3,0 (1,2); p=0,015. Die Effektstärke (Hedges^g) beträgt 0,105 (95 %-KI -0,107 – 0,317) für das Vertrauen in andere Personen. Im Hinblick auf das Vertrauen in Regierung und Behörden ergab sich eine Effektstärke (Hedges^g) von 0,27 (95 %-KI 0,057 – 0,482. Die 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenzen (Hedges^g) liegen jeweils im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass die Effekte relevant sind.

Es ergibt sich für den Endpunkt Vertrauen in andere Personen bzw. Vertrauen in Institutionen kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 44: Ergebnisse - Vertrauen in Personen und Institutionen in Abschnitt A3.4.14 zu entnehmen.

4.5.1.3.4 Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere

Saito 2012 fragte die Vertrautheit mit Dienstleistungen für ältere Personen mit Hilfe einer Liste von acht Dienstleistungen ab. Nach acht Monaten war der Mittelwert in beiden Gruppen angestiegen. In der Interventionsgruppe von MW (SD) 2,4 (2,4) zu Baseline auf 6,0 (k.A.) in der Follow-Up Untersuchung. In der Kontrollgruppe war der Anstieg weniger ausgeprägt, von 3,9 (2,7) auf 4,2 (k.A.); p=0,008. Der Unterschied zwischen Baseline und Studienende beträgt bei der Interventionsgruppe 3,6 Punkte und in der Kontrollgruppe 0,3 Punkte. Diese Veränderungen sind aber unter Vorbehalt zu verstehen, da es sich bei den Baseline-Angaben um Rohdaten handelt und bei den Follow-up-Daten um adjustierte Werte. Eine formale Prüfung der Relevanz anhand der Effektstärke (Hedges^g) konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden.

Es ergibt sich für den Endpunkt Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Warteliste.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 45: Ergebnisse - Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere in Abschnitt A3.4.15 zu entnehmen.

4.5.1.3.5 Psychische Ressourcen

Die Untersuchung des Selbstwertgefühls (Rosenberg self-esteem scale) bei Chan 2017, der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (GSE) in der Studie Hind 2014 / Mountain 2014 und der Selbstwirksamkeit für Bewegung (SEE) bei Shvedko 2020 zeigten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Auch für die SF-36 Dimension emotionale Rollenfunktion und das Wohlbefinden (ONS) fanden Hind 2014 / Mountain 2014 keine numerisch auffälligen Unterschiede.

Bei der SF-36 Dimension soziale Funktionsfähigkeit berichten Hind 2014 / Mountain 2014 einen numerisch auffälligen Unterschied von 18,1 (95 %-KI: [7,9; 28,3]) Punkten zu Gunsten der Interventionsgruppe. Die Effektstärke (Hedges^g) beträgt 0,511 (95 %-KI -0,022 – 1,045). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Die Studie von Saito 2012 berichtet einen statistisch signifikanten Unterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe hinsichtlich der Lebenszufriedenheit (LSI-A) nach sechs Monaten: Interventionsgruppe MW (SD) zu Baseline 20,9 (2,3), nach sechs Monaten 22,8 (k.A.); Kontrollgruppe MW (SD) zu Baseline 21,2 (4,4), nach sechs Monaten 21,4 (k.A.), p=0,039. Der Unterschied zwischen Baseline und Studienende beträgt in der Interventionsgruppe 1,9 Punkte und in der Kontrollgruppe 0,2 Punkte. Auch hier ist wieder zu beachten, dass die angegebenen Daten zu Baseline roh und zum Follow-Up adjustiert sind. Eine Berechnung der Effektstärke (Hedges^g) zur formalen Prüfung der Relevanz konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden.

Für alle Endpunkte zu psychischen Ressourcen ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung, Warteliste oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 38: Ergebnisse - psychische Ressourcen in Abschnitt A3.4.10 zu entnehmen.

4.5.2 Ergebnisse aus den Therapiestudien

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine Darstellung der Ergebnisse zu den zielgruppenrelevanten Endpunkten, welche in den Therapiestudien erhoben wurden. Zur besseren Übersicht erfolgt zuerst eine tabellarische Darstellung der Zuordnung der Studien zu den Interventionen (Tabelle 6) und dann eine Übersicht zu den Ergebnissen der Studien hinsichtlich der zielgruppenrelevanten Endpunkte (Tabelle 7).

Die Therapiestudien lassen sich grob folgenden Interventionsarten zuordnen:

Tabelle 6: Zuordnung Intervention - Therapiestudien

Studie	**Interventionsart**
Conwell 2020	Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit
Fields 2020	Technikschulungen durch Ehrenamtliche
Heller 1991	Telefonate/Telefonfreundschaften mit Ehrenamtlichen
MacIntyre 1999	Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit
Onrust 2008 / 2010	Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit
Cohen-Mansfield 2018	professionell geleitete Gruppenangebote
Pynnönen 2018	professionell geleitete Gruppenangebote
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	professionell geleitete Gruppenangebote

Der Tabelle 7 sind zum besseren Vergleich die Messzeitpunkte und Laufzeiten der Interventionen zu entnehmen.

Tabelle 7: Übersicht der Effekte in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte auf Einzelstudienebene - Therapiestudien

Endpunkte	**Therapiestudien**							
	Angebote von Ehrenamtlichen					**Angebote von professionellen Akteur:innen**		
	Conwell 2020	**Fields 2020**	**Heller 1991**	**MacIntyre 1999**	**Onrust 2008 / 2010**	**Cohen-Mansfield 2018**	**Pynnönen 2018**	**Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011**
Messzeitpunkte (Monate nach Baseline)	12	2	7 ½	1 ½	12	9	6/18	3/6/12/24
Dauer der Intervention (Monate)	12	2	5	1 ½	unklar[a]	6	6	3
Follow-Up-Dauer (Monate)	0	0	2 ½	0	unklar	3	12	21
Mortalität	-	-	-	-	-	-	-	↑ (24 M.)
Morbidität								
Depression	↔	-	↔	-	↔	-	↔ (6 M.)	-
Angst	↑	-	-	-	↔	-	-	-
Suizidalität	↔	-	-	-	-	-	-	-
Melancholie	-	-	-	-	-	-	↔ (6/18 M.)	-
Trauer	-	-	-	-	↔	-	-	-
Somatisierung	-	-	-	-	↔	-	-	-
Selbstberichteter Gesundheitszustand	-	-	-	↔	-	-	-	↑ (12 M.)
Kognitive Leistungsfähigkeit	-	-	-	-	-	-	-	↑ (3 M.)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität								
EQ-5D Index	-	-	-	-	↔	-	-	-
15D Index	-	-	-	-	-	-	-	↑ (12 M.)
Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe								
Einsamkeit	-	↔	↔	-	-	↑	↔ (6/18 M.)	↔ (6 M.)
Soziale Teilhabe:								
Soziale Unterstützung	-	↔	-	↔	-	-	-	↔ (6 M.)
Unterstützung durch Familienmitglieder	-	-	↔	-	-	-	-	-

Endpunkte	**Therapiestudien**							
	Angebote von Ehrenamtlichen					**Angebote von professionellen Akteur:innen**		
	Conwell 2020	**Fields 2020**	**Heller 1991**	**MacIntyre 1999**	**Onrust 2008 / 2010**	**Cohen-Mansfield 2018**	**Pynnönen 2018**	**Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011**
Messzeitpunkte (Monate nach Baseline)	12	2	7 ½	1 ½	12	9	6/18	3/6/12/24
Dauer der Intervention (Monate)	12	2	5	1 ½	unklar[a]	6	6	3
Follow-Up-Dauer (Monate)	0	0	2 ½	0	unklar	3	12	21
Unterstützung durch Freunde	-	-	↔	-	-	-	-	-
Sozialer Zusammenhalt	-	-	-	-	-	-	↗[b] (6 M.)	-
Psychische Ressourcen:								
Lebenszufriedenheit	-	-	-	↑	-	-	-	-
Wohlbefinden	-	-	↔	-	-	-	-	↑ (12 M.)
Zugehörigkeitsgefühl	↔	-	-	-	-	-	-	-
Empfundene Belastung für andere	↑	-	-	-	-	-	-	-

↑: Statistisch signifikanter Effekt zu Gunsten der Intervention

↗: Numerisch auffälliger Unterschied zu Gunsten der Intervention ohne Angabe der Signifikanz ODER einzelne Items / Subskalen des Instruments weisen einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention auf

↔: Kein statistisch signifikanter Unterschied

-: Keine Daten berichtet

Abkürzungen:

M: Monate

Erklärungen:

a: Interventionslänge wurde vorher nicht genau festgelegt; Annahme war, dass ca. 10-12 Hausbesuche pro Teilnehmer:in durchgeführt werden müssen, jedoch wurde die Teilnehmer:in so lange besucht, wie der Bedarf war; Spanne reichte von 0 – 30, Durchschnitt lag bei 8,3 Besuchen.

b: Autor:innen berichten für 1 von 6 Items einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention.

4.5.2.1 Mortalität

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 zeigten eine statistisch signikant höhere Überlebensrate (in %) nach 24 Monaten; Interventionsgruppe: 97 % und Kontrollgruppe 90 %. Die adjustierte Hazard Ratio für Mortalität betrug 0,39 (95 %-KI [0,15; 0,98], p=0,044).

Es ergibt sich für den Endpunkt Mortalität ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von professionell geleiteten Gruppenangeboten (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011: wöchentliche Gruppentreffen mit unterschiedlichen Angeboten wie Kunst oder Sport) im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 37: Ergebnisse - Mortalität in Abschnitt A3.4.9 zu entnehmen.

4.5.2.2 Morbiditätsparameter

Unter den Morbiditätsendpunkten wird Depression am häufigsten berichtet (in vier der acht Studien). Conwell 2020 verwenden zur Messung das PHQ-9, Heller 1991 und Onrust 2008 / 2010 die Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) und Pynnönen 2018 die GDS. Angst wird in zwei Studien thematisiert; Conwell 2020 messen Angst mit der Generalized Anxiety Disorder-7 item (GAD-7), Onrust 2008 / 2010 nutzen die Symptom Checklist, Subscale Anxiety (SCL-90-Anxiety). In je einer Studie wird Suizidalität (Conwell 2020, Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS)), Melancholie (Pynnönen 2018, Einzelitem zur Häufigkeit melancholischer Stimmung), Trauer (Onrust 2008 / 2010, Inventory of Complicated Grief-Revised (ICG-R)), Somatisierung (Onrust 2008 / 2010, Symptom Checklist, Subscale Somatization (SCL-90-Somatization)) und kognitive Leistungsfähigkeit (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011, Alzheimer´s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-COG)) berichtet. Zwei Studien verwenden den selbstberichteten Gesundheitszustand als Endpunkt: MacIntyre 1999 (Health Perception Questionnaire (HPQ)) und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 (auf vierstufiger Skala zu bewertendes Einzelitem).

4.5.2.2.1 Depression und Angst

In den Arbeiten von Conwell 2020 (PHQ-9), Heller 1991 (CES-D), Onrust 2008 / 2010 (CES-D) und Pynnönen 2018 (GDS) wurden für den Endpunkt Depression keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gefunden.

Es ergibt sich für den Endpunkt Depression kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu keiner Intervention oder einer Normalversorgung.

Für den Endpunkt Angst (GAD-7) hingegen berichten Conwell 2020 statistisch signifikante Unterschiede: Interventionsgruppe von 8,08 (1,02) auf 6,56 (1,02) vs. Kontrollgruppe von 7,86

(1,04) auf 7,58 (1,11), der Unterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe betrug 1,23 (0,55); p=0,03. Die Berechnung der Effektstärke (Hedges^g) ergibt einen Wert von -0,956 (95 %-KI - 1,215 – - 0,697). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von − 0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert.

Onrust 2008 / 2010 (SCL-90-Anxiety) fanden hinsichtlich des Endpunktes Angst keinen signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen.

Somit ergibt sich für den Endpunkt Angst ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von einem Besuchsangebot durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit (Conwell 2020: ein freiwilligen-basiertes Programm zur Begleitung bzw. zum Gesellschaft leisten von Älteren durch Gleichaltrige) im Vergleich zu keiner Intervention. Für ein weiteres Angebot von Ehrenamtlichen ergibt sich im Hinblick auf den Endpunkt Angst kein Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu einer Normalversorgung.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 29: Ergebnisse - Depression und Angst in Abschnitt A3.4.1 zu entnehmen.

4.5.2.2.2 Suizidalität, Melancholie und Trauer

Suizidalität wurde bei Conwell 2020 mit der GSIS bestimmt. Melancholie erhob die Studie von Pynnönen 2018 mit einer eigenen Frage. Onrust 2008 / 2010 bestimmten den Endpunkt Trauer mit dem ICG-R; statistisch signifikante Gruppenunterschiede wurden in allen drei Studien nicht gefunden.

Für alle Endpunkte ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 42: Ergebnisse - Suizidalität, Melancholie und Trauer und der Tabelle 43: Ergebnisse - Suizidalität, Melancholie und Trauer (dichotomer Endpunkt) in Abschnitt A3.4.13 zu entnehmen.

4.5.2.2.3 Mentale Gesundheit und Somatisierung

Somatisierung erhoben Onrust 2008 / 2010 mit der SCL-90-Somatization. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen wurden nicht gefunden.

Es ergibt sich für den Endpunkt Somatisierung kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen im Vergleich zu einer Normalversorgung.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 36: Ergebnisse - mentale Gesundheit und Somatisierung in Abschnitt A3.4.8 zu entnehmen.

4.5.2.2.4 Selbstberichteter Gesundheitszustand

In der Studie MacIntyre 1999 wurde der selbstberichtete Gesundheitszustand mit drei Fragen des HPQ erfasst. Die Fragen beziehen sich auf die allgemeine Wahrnehmung des Gesundheitszustandes, Schmerzen und Sorge um die eigene Gesundheit. Die Ergebnisse werden als Veränderung nach sechswöchiger Intervention beziehungsweise Kontrolle im Vergleich zu Baseline berichtet. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen wurden nicht gefunden.

In der Studie von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 wurden die Teilnehmer:innen gebeten ihre subjektive Gesundheit auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen. Der subjektive Gesundheitszustand wurde durch zusammenfassen der unteren beiden und oberen beiden Kategorien dichotomisiert (gesund und krank). Nach 12 Monaten war der Anteil der Probanden, die sich als „gesund“ einstuften in der Interventionsgruppe deutlich angestiegen, in der Kontrollgruppe dagegen gesunken (ausschließlich grafische Darstellung). Der Gruppenunterschied war statistisch signifikant (p=0,007).

Somit ergibt sich für den Endpunkt Gesundheitszustand ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von einem professionell geleiteten Gruppenangebot (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011: wöchentliche Gruppentreffen mit unterschiedlichen Angeboten wie Kunst oder Sport) im Vergleich zu keiner Intervention. Für ein weiteres Angebot von Ehrenamtlichen ergibt sich im Hinblick auf den Endpunkt Gesundheitszustand kein Anhaltspunkt für einen Nutzen im Vergleich zu einer Normalversorgung.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 39: Ergebnisse - Gesundheitszustand und der Tabelle 40: Ergebnisse - Gesundheitzustand (dichotomer Endpunkt) in Abschnitt A3.4.11 zu entnehmen.

4.5.2.2.5 Kognitive Leistungsfähigkeit

Die kognitive Leistungsfähigkeit wurde in den Studien von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 mit der ADAS-COG erhoben. Höhere Werte bedeuten eine stärkere kognitive Einschränkung. Die Studienteilnehmer:innen konnten sich nach Neigung einer von drei Interventionsgruppen zuordnen (Kunst, Bewegung und therapeutisches Schreiben). Innerhalb der Gruppe wurden sie anschließend randomisiert und der aktiven Intervention oder der Kontrollbedingung (Normalversorgung) zugeordnet. In allen Studiengruppen (aktiven Interventionsgruppen, als auch Kontrollen) zeigten sich drei Monate nach Baseline negative Mittelwertdifferenzen, d. h. es fand in allen Gruppen eine Verbesserung statt, in den aktiven Interventionsgruppen jedoch ausgeprägter. Ein statistisch

signifikanter Unterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe wurde für die zusammengefasste Interventionsgruppe (Mittelwertdifferenz von -2,6 (95%-KI: -3,4 – -1,8)) im Vergleich zu der zusammengefassten Kontrollgruppe (Mittelwertdifferenz von -1,6 (95%-KI: - 2,2 – -1,0)) gefunden (p=0,023). Eine Berechnung der Effektstärke (Hedges^g) zur formalen Prüfung der Relevanz konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden.

Es ergibt sich für den Endpunkt kognitive Leistungsfähigkeit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 32: Ergebnisse - kognitive Leistungsfähigkeit in Abschnitt A3.4.4 zu entnehmen.

4.5.2.3 Parameter der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Zwei von acht Studien berichten Endpunkte zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Onrust 2008 / 2010 verwenden den EQ-5D Index und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 den Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (15D).

Onrust 2008 / 2010 nutzen den EQ-5D Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Mittels Indexwert zwischen 0 bis 1, wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand darstellt, zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe 12 Monate nach Baseline.

In der Studie von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 wurde der 15D-Fragebogen verwendet. Auch hier wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels Indexwert zwischen 0 bis 1 erfasst. Wie bei dem EQ-5D Indexwert stellt die 1 den bestmöglichen und die 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand dar. 12 Monate nach der Intervention wurde ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zu Gunsten der Interventionsgruppe gefunden. Die Mittelwertsveränderung in der Interventionsgruppe lag bei 0,008 (95%-KI: - 0,006 – 0,022) und in der Kontrollgruppe bei -0,015 (95%-KI: - 0,033 – 0,003), (p=0,047). Eine formale Prüfung der Relevanz mittels Hedges^g konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden. Nach Angabe der Entwickler des 15D-Fragebogen wird bei einer MW-Veränderung von >-0,015 bis <0,015 von keiner klinisch bedeutsamen Veränderung („much the same/no change“) ausgegangen.

Es ergibt sich für den Endpunkt gesundheitsbezogene Lebensqualität kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen oder Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 31: Ergebnisse - gesundheitsbezogene Lebensqualität im Abschnitt A3.4.3 zu entnehmen.

4.5.2.4 Parameter des gesundheitsbezogenen sozialen Funktionsniveaus und der sozialen Teilhabe

Unter den Endpunkten zum gesundheitsbezogenen sozialen Funktionsniveau und der sozialen Teilhabe wird am häufigsten (fünf von acht Studien) der Endpunkt Einsamkeit berichtet. Fields 2020 nutzt die University of California at Los Angeles Loneliness Scale-3 Items (UCLA-LS-3), Cohen-Mansfield 2018 verwendet einen Score, gebildet aus den Ergebnissen dreier Messinstrumente (UCLA-LS-8, Einzelitem zur Häufigkeit von Einsamkeit und Einzelitem zur Schwere der Einsamkeit), Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 verwenden zur Messung die University of California at Los Angeles Loneliness Scale-20 Items (UCLA LS-20), Heller 1991 die Skala von Paloutzian und Ellison und Pynnönen 2018 verwenden ein Einzelitem zur Häufigkeit von Einsamkeit.

Drei von acht Studien berichten den Endpunkt soziale Unterstützung. Bei Fields 2020 gemessen mit der Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), bei MacIntyre 1999 mit dem Personal Resource Questionnaire (PRQ85-PartII) und bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 mit der Lubben´s Social Network Scale (LSNS). Jeweils in einer Studie wurde Unterstützung durch Familienmitglieder (Heller 1991, Perceived Social Support Scale – Family Members (PSS-FA)), Unterstützung durch Freunde (Heller 1991, Perceived Social Support Scale – Friends (PSS-FR)) und sozialer Zusammenhalt (Pynnönen 2018, Social Provisions Scale (SPS)) als Endpunkte gemessen.

Zur Messung der Lebenszufriedenheit verwenden MacIntyre 1999 den Life Satisfaction Index (LSIZ). Wohlbefinden wird in zwei von acht Studien als Endpunkt berichtet: Heller 1991 (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC)) und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 (Psychological Well-being Score (PWS)). Conwell 2020 erfassen das Zugehörigkeitsgefühl (Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Belonging (INQ-Belonging)) und die empfundene Belastung für Andere (Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Burden (INQ-Burden)).

4.5.2.4.1 Einsamkeit

Fünf Studien bestimmten den Endpunkt Einsamkeit mit unterschiedlichen Instrumenten: Fields 2020 (UCLA LS-3), Heller 1991 (vierstufige Einsamkeitsskala von Paloutzian und Ellison), Cohen-Mansfield 2018 (Score aus: UCLA LS-8 + Frage nach Häufigkeit von Einsamkeit + Frage nach Schwere von Einsamkeit), Pynnönen 2018 (Frage nach Häufigkeit von Einsamkeitsgefühlen) und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 (UCLA LS-20). Bis auf die Studie von Cohen-Mansfield 2018 zeigten sich bei keiner der anderen Untersuchungen statistisch signifikante Unterschiede zwischen der jeweiligen Interventions- und Kontrollgruppe.

Cohen-Mansfield 2018 wiesen neun Monate nach Baseline einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied zu Gunsten der Intervention nach, wobei niedrigere Werte auf der Skala ein geringeres Einsamkeitslevel bedeuten: Interventionsgruppe Mittelwert (SD) 3,05 (0,74) zu Baseline, 2,72 (0,67) nach neun Monaten; Kontrollgruppe: Mittelwert (SD) 2,92 (1,05) zu Baseline, 2,92 (0,88) nach neun Monaten; $p < 0,05$. Die Berechung der Effektstärke (Hedges^g) ergab -0,26 (95 %-KI -0,759 – 0,239). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Es ergibt sich für den Endpunkt Einsamkeit kein Anhaltspunkt für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen oder Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer einer Warteliste oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 30: Ergebnisse - Einsamkeit in Abschnitt A3.4.2 zu entnehmen.

4.5.2.4.2 Soziale Teilhabe

Zur Messung der sozialen Teilhabe wurden die nachfolgenden Endpunkte ausgewählt:

- Soziale Unterstützung (Fields 2020: ISEL, McIntyre 1999: PRQ85-PartII, Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011: LSNS)
- Unterstützung durch Familienmitglieder oder Freunde (Heller 1991: PSS-FA, PSS-FR)
- Sozialer Zusammenhalt (Pynnönen 2018: SPS)

Die von Pynnönen 2018 verwendete SPS unterscheidet sechs Subskalen: soziale Integration, verlässliche Beziehungen, Beratung, Verbundenheit, Zuwendung und Bedeutung / Wert. Auf der Subskala soziale Integration wurde in beiden Untersuchungsgruppen sechs Monate nach Baseline höherer Werte als zu Baseline gefunden, ausgeprägter jedoch in der Interventionsgruppe: Interventionsgruppe Mittelwert (SD) 12,30 (2,17) zu Baseline, 12,92 (2,0) nach sechs Monaten; Kontrollgruppe Mittelwert (SD) 12,75 (2,15) zu Baseline, 12,77 (2,18) nach sechs Monaten; $p=0,041$. Die Effektstärke (Hedges^g) beträgt 0,072 (95 %-KI -0,192 – 0,335). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist. In den anderen Subskalen wurden keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede gefunden.

MacIntyre 1999 beschreibt statistisch signifikante Gruppenunterschiede in zwei von fünf Subdimensionen des PRQ85-PartII. Die Entwickler des Instruments sehen aber eine isolierte Darstellung der einzelnen Subdimensionen nicht vor, daher wird der Endpunkt soziale Unterstützung als statistisch nicht signifikant gewertet.

Die übrigen Studien berichten keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Für alle Endpunkte zur sozialen Teilhabe ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu einer Normalversorgung, Warteliste oder keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 41: Ergebnisse - soziale Teilhabe in Abschnitt A3.4.12 zu entnehmen.

4.5.2.4.3 Psychische Ressourcen

MacIntyre 1999 erheben die Lebenszufriedenheit mit dem LSIZ; höhere Werte bedeuten dabei eine höhere Lebenszufriedenheit. Nach sechs Wochen zeigte sich in der Interventionsgruppe eine Mittelwertsveränderung (SD) von 2,83 (1,7) (Baseline 11,9) und in der Kontrollgruppe von -3,3 (5,6) (Baseline 12,2). Diese Gruppenunterschiede waren statistisch signifikant ($p < 0,01$) zu Gunsten der Interventionsgruppe. Die Effektstärke (Hedges^g) beträgt 1,471 (95 %-KI 0,526 – 2,416). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt vollständig außerhalb des Irrelevanzbereichs von −0,2 bis 0,2. Dies wird als relevanter Effekt interpretiert.

Heller 1991 untersuchten das subjektive Wohlbefinden 7,5 Monate nach Baseline mit der PGC, wobei höhere Zahlen ein höheres subjektives Wohlbefinden widerspiegeln; statistisch signifikanten Gruppenunterschiede wurden nicht gefunden.
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 erhoben das Wohlbefinden mit dem PWS, wobei 1 das bestmögliche und 0 das schlechtmöglichste Wohlbefinden darstellt. In der Interventionsgruppe lag die Mittelwertveränderung zwischen Baseline und 12 Monaten bei 0,11 (95%-KI: 0,04 – 0,13), in der Kontrollgruppe bei 0,01 (95%-KI: -0,05 – 0,07). Der Gruppenunterschied ist statistisch signifikant, p=0,045. Eine Berechnung der Effektstärke (Hedges^g) zur formalen Prüfung der Relevanz konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht vorgenommen werden.

Conwell 2020 nutzen den INQ um zum einen das Zugehörigkeitsgefühl (INQ-Belonging) und zum anderen die Selbstwahrnehmung, eine Belastung für Andere zu sein (INQ-Burden) zu erheben. Sechs Monate nach Baseline zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt zu Gunsten der Interventionsgruppe nur auf der INQ-Burden: Interventionsgruppe Mittelwert (SE) 1,65 (0,41) zu Baseline, 1,19 (0,41) nach sechs Monaten; Kontrollgruppe Mittelwert (SE) 1,43 (0,42) zu Baseline, 1,34 (0,42) nach sechs Monaten; $p < 0,01$. Höhere Werte deuten auf mehr Distress im zwischenmenschlichen Bereich hin. Die Prüfung auf eine Relevanz ergab eine Hedges^g von -0,361 (95 % KI -0,609 – -0,114). Das 95 %-KI der standardisierten Mittelwertdifferenz (Hedges^g) liegt im Irrelevanzbereich von −0,2 bis 0,2. Damit lässt sich nicht ableiten, dass der Effekt relevant ist.

Somit ergibt sich für den Endpunkt Lebenszufriedenheit ein Anhaltspunkt für einen Nutzen von einem Besuchsangebot durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit (McIntyre 1999: ein von Pflegediensten entwickeltes Programm mit wöchentlichen Besuchen durch Ehrenamtliche) im Vergleich zu einer Normalversorgung.

Für alle anderen Endpunkte zu psychischen Ressourcen ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen Nutzen von Angeboten von Ehrenamtlichen bzw. Angeboten von professionellen Akteur:innen im Vergleich zu keiner Intervention.

Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist der Tabelle 38: Ergebnisse - psychische Ressourcen in Abschnitt A3.4.10 zu entnehmen.

4.6 Landkarte der Beleglage

Wie unter Punkt 4.1 beschrieben, werden im Rahmen dieses HTA Studien mit zwei unterschiedlichen Zielsetzungen (Präventions- und Therapiestudien) in denen die Interventionen von zwei unterschiedlichen Anbietergruppen (Angebote von Ehrenamtlichen und Angebote von professionellen Akteur:innen) angeboten werden, geprüft. Für die Darstellung der Beleglage auf Endpunktebene war es aufgrund der Komplexität und der Unterschiedlichkeit der zum Einsatz kommenden Interventionen nicht möglich, diese weitergehend sinnvoll, z. B. meta-analytisch, zusammenzufassen. Eine Überprüfung der statistischen Heterogenität der Ergebnisse wurde daher nicht vorgenommen.

Grundsätzlich kann ein Beleg für den Nutzen einer Intervention nur bei Vorliegen von mindestens zwei Studien mit hoher qualitativer Ergebnissicherheit abgeleitet werden. Ein Hinweis würde sich ergeben, wenn eine Studie mit hoher qualitativer Ergebnissicherheit oder zwei oder mehr Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit und homogenen oder deutlich gleichgerichteten Ergebnissen beziehungsweise zwei oder mehr Studien mit hoher Ergebnissicherheit und mäßig gleichgerichteten Effekten vorliegen. Anhaltspunkte lassen sich aus den Ergebnissen einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit, mehrerer Studien mit geringer qualitativer Ergebnissicherheit und deutlich gleichgerichteten Effekten beziehungsweise mehrerer Studien mit mäßiger Ergebnissicherheit und mäßig gleichgerichteten Effekten ableiten.

Im Falle des vorliegenden HTA wurden 14 RCTs mit hohem Verzerrungspotential eingeschlossen, d. h. die Ergebnissicherheit musste durchgehend als mäßig eingeordnet werden. Eine Ableitung von Belegen ist damit ausgeschlossen. Weiterhin können auch keine Hinweise abgeleitet werden, da für keinen der untersuchten Endpunkte gleichgerichtete Effekte aus mindestens zwei Studien vorlagen.

Für die Präventionsstudien konnten Anhaltspunkte, basierend auf einer Studie mit mäßiger Ergebnissicherheit, für einen Endpunkt und eine Interventionsart abgeleitet werden:

Tabelle 8: Anhaltspunkte Präventionsstudien

Endpunkt	Intervention	Studie
Soziale Unterstützung, erhoben mit der Social Support Rating Scale (SSRS)	Angebote von professionellen Akteur:innen: „Self-Mutual-Group-based Intervention", 7-monatige Intervention im Sinne einer Sozialen Gruppenarbeit, mit dem Ziel die Teilnehmer:innen zu befähigen, eigenständig Kontakte zu knüpfen und zu pflegen, um sich ein soziales Unterstützungsnetzwerk aufzubauen.	Zhang 2019

Für die Therapiestudien konnten Anhaltspunkte, basierend auf jeweils einem RCT mit mäßiger Ergebnissicherheit, für folgende Endpunkte und Interventionsarten abgeleitet werden:

Tabelle 9: Anhaltspunkte Therapiestudien

Endpunkt	Intervention	Studie
Mortalität, Überleben nach 24 Monaten	Angebote von professionellen Akteur:innen „Psychosocial Group Rehabilitation" ist eine Intervention aus wöchentlichen Gruppentreffen zur Stärkung der Selbstbestimmung von Älteren mit dem Ziel soziale Integration und Peer Support zu fördern.	Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011
Angst, erhoben mit der Generalized Anxiety Disorder-7 item (GAD-7)	Angebote von Ehrenamtlichen: „The Senior Connection" ist ein standardisiertes, freiwilligen-basiertes Programm zur Begleitung bzw. Gesellschaft leisten von Älteren durch Gleichaltrige.	Conwell 2020
selbstberichteter Gesundheitszustand, Dichotomisierung der Ergebnisse einer 4-teiligen Antwortskala in „gesund" und „krank"	Angebote von professionellen Akteur:innen „Psychosocial Group Rehabilitation" ist eine Intervention aus wöchentlichen Gruppentreffen zur Stärkung der Selbstbestimmung von Älteren mit dem Ziel soziale Integration und Peer Support zu fördern.	Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011
Lebenszufriedenheit, erhoben mit dem Life Satisfaction Index Z (LSI-Z)	Angebote von Ehrenamtlichen: „The Volunteer Friendly Visitor Programme" wurde als Zusatzleistung zu den pflegerischen Maßnahmen und der Hilfe bei der Haushaltsführung durch Pflegedienste entwickelt.	MacIntyre 1999

Die folgenden Tabelle 10 und Tabelle 11 zeigen die Landkarten der Beleglage in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte für die Präventions- und Therapiestudien.

Tabelle 10: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte der Präventionsstudien

Präventionsstudien						
	Angebote von Ehrenamtlichen		**Angebote von professionellen Akteur:innen**			
Endpunkte	**Chan 2017**	**Hind 2014 / Mountain 2014**	**Ristolainen 2020**	**Saito 2012**	**Shvedko 2020**	**Zhang 2019**
Morbidität						
Depression	-	⇔	-	⇔	⇔	-
Angst	-	-	-	-	⇔	-
Mentale Gesundheit	⇔	⇔	-	-	-	-
Gesundheitszustand	-	⇔	-	-	-	-
Körperliche Funktionsfähigkeit	-	⇔	-	-	-	-
Körperliche Rollenfunktion	-	⇔	-	-	-	-
Körperliche Schmerzen	-	⇔	-	-	-	-
Vitalität	-	⇔	-	-	-	-
Gesundheitsbezogenen Lebensqualität						
SF-36 körperlicher Summenscore	-	⇔	-	-	-	-
SF-36 mentaler Summenscore	-	⇔	-	-	-	-
EQ-5D Index	-	⇔	-	-	-	-
SF-12 körperlicher Summenscore	⇔	-	-	-	-	-
SF-12 mentaler Summenscore	⇔	-	-	-	-	-
WHOQOL	-	-	⇔	-	-	-
Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe						
Einsamkeit	⇔	⇔	⇔	⇔	⇔	-
Soziale Unterstützung	⇔	-	-	⇔	⇔	⇗
Soziales Netzwerk	⇔	-	-	⇔	⇔	-
Soziale Aktivitäten	-	-	-	⇔	-	-
Zufriedenheit mit sozialen Kontakten	-	-	-	-	⇔	-
Vertrauen in Personen	-	-	⇔	-	-	-
Vertrauen in Institutionen	-	-	⇔	-	-	-
Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere	-	-	-	⇔	-	-
Selbstwertgefühl	⇔	-	-	-	-	-
Selbstwirksamkeit für Bewegung	-	-	-	-	⇔	-
Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung	-	⇔	-	-	-	-
Soziale Funktionsfähigkeit	-	⇔	-	-	-	-
Emotionale Rollenfunktion	-	⇔	-	-	-	-
Wohlbefinden	-	⇔	-	-	-	-
Lebenszufriedenheit	-	-	-	⇔	-	-

Präventionsstudien						
	Angebote von Ehrenamtlichen		Angebote von professionellen Akteur:innen			
Endpunkte	**Chan 2017**	**Hind 2014 / Mountain 2014**	**Ristolainen 2020**	**Saito 2012**	**Shvedko 2020**	**Zhang 2019**
⇗: Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder Anhaltspunkt für einen geringeren Schaden ⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis -: keine Daten berichtet						

Tabelle 11: Landkarte der Beleglage in Bezug auf die zielgruppenrelevanten Endpunkte der Therapiestudien

	Therapiestudien							
	Angebote von Ehrenamtlichen					**Angebote von professionellen Akteur:innen**		
Endpunkte	**Conwell 2020**	**Fields 2020**	**Heller 1991**	**MacIntyre 1999**	**Onrust 2008 / 2010**	**Cohen-Mansfield 2018**	**Pynnönen 2018**	**Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011**
Mortalität	-	-	-	-	-	-	-	⇗
Morbidität								
Depression	⇔	-	⇔	-	⇔	-	⇔	-
Angst	⇗	-	-	-	⇔	-	-	-
Suizidalität	⇔	-	-	-	-	-	-	-
Melancholie	-	-	-	-	-	-	⇔	-
Trauer	-	-	-	-	⇔	-	-	-
Somatisierung	-	-	-	-	⇔	-	-	-
Gesundheitszustand	-	-	-	⇔	-	-	-	⇗
Kognitive Leistungsfähigkeit	-	-	-	-	-	-	-	⇔
Gesundheitsbezogenen Lebensqualität								
EQ-5D Index	-	-	-	-	⇔	-	-	-
15D-Index	-	-	-	-	-	-	-	⇔
Gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe								
Einsamkeit	-	⇔	⇔	-	-	⇔	⇔	⇔
Soziale Unterstützung	-	⇔	-	⇔	-	-	-	⇔
Unterstützung durch Familienmitglieder u./o. Freunde	-	-	⇔	-	-	-	-	-
Sozialer Zusammenhalt	-	-	-	-	-	-	⇔	-
Lebenszufriedenheit	-	-	-	⇗	-	-	-	-
Wohlbefinden	-	-	⇔	-	-	-	-	⇔
Zugehörigkeitsgefühl	⇔	-	-	-	-	-	-	-
Empfundene Belastung für andere	⇔	-	-	-	-	-	-	-

⇗: Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder Anhaltspunkt für einen geringeren Schaden
⇔: kein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg, homogenes Ergebnis
-: keine Daten berichtet

5 Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

5.1 Interventionskosten

In Deutschland stellen Maßnahmen zur Vorbeugung und gegen soziale Isolation und Einsamkeit bislang keine Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen dar. Daher stützt sich die Analyse der Interventionskosten auf Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit, die im Rahmen der Nutzenbewertung als Interventionen unterschiedlicher Anbieter identifiziert und sich in randomisierten kontrollierten Studien zumindest teilweise als effektiv erwiesen haben. Es handelt sich um Interventionen, die von Ehrenamtlichen beziehungsweise von professionellen Akteur:innen angeboten werden. Für jeweils ein Beispiel dieser Maßnahmen wurden ebenfalls gesundheitsökonomische Analysen identifiziert, auf die sich die Darstellung der Interventionskosten exemplarisch stützt.

Die angesetzten Kosten für die Intervention „Widow-to-Widow-Programm“, (Onrust 2008 / 2010) als Beispiel eines Angebotes von Ehrenamtlichen, belaufen sich im Mittel auf ca. 403 € beziehungsweise 246 € pro Teilnehmer:in abhängig davon, ob an den wöchentlichen Supervisionssitzungen der Koordinator:in lediglich eine oder drei Ehrenamtliche teilnehmen. Dieser geschätzte Gesamtpreis wurde auf Basis des von Onrust 2008 / 2010 beschriebenen Mengengerüsts ermittelt und deckt die Organisation und Durchführung von zehn bis zwölf Hausbesuchen pro Teilnehmer:in ab. Darin inbegriffen sind die pauschalierten Kosten für Vergütungen der Koordinator:innen sowie Zeitverbräuche der Ehrenamtlichen, Kosten für Supervisionen und Kosten für Telefongespräche.

Da bezüglich des zeitlichen Umfangs der Fortbildungen sowie der Vorbereitung und Durchführung der Hausbesuche und anschließender Supervisionen keine Angaben gemacht wurden, wurden diese geschätzt. Für die Intervention „Widow-to-Widow-Program“ ergeben sich somit einmalige Kosten für die Fortbildung im Vorfeld, die sich pro Koordinator:in auf 2581 € und pro Ehrenamtler:in auf 1678 € belaufen.

Für die „Psychosocial-Group-Rehabilitation“ (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011), als Beispiel eines Angebots von professionellen Akteur:innen, belaufen sich die Gesamtkosten für das dreimonatige Gruppenangebot ohne Berücksichtigung der Fortbildungskosten für Gruppenleitungen im Vorfeld der Intervention auf durchschnittlich 434 € pro Teilnehmer:in. Die eingeschlossenen Leistungen wurden auf der Basis der Studie von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 geschätzt und enthalten die Programmkosten für die einzelnen Gruppenangebote, Transportkosten, Kosten für Getränke und Mahlzeiten während der Gruppentreffen sowie die Ausbildung und Vergütung der Gruppenleitungen. Die geschätzten durchschnittlichen Kosten beziehen sich auf wöchentliche Gruppensitzungen mit einem zeitlichen Umfang von fünf bis sechs Stunden in einem Zeitraum von drei Monaten pro Teilnehmer:in, wie es in Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 vorgegeben wurde.

Bei dieser Intervention gilt es ebenfalls zu beachten, dass die Kosten für Fortbildungen im Vorfeld der Intervention einmalig zu Beginn der Intervention investiert werden müssen, diese belaufen sich bei einer beziehungsweise bei drei Gruppen auf 4195 € beziehungsweise 12 585 €.

5.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen

5.2.1 Ergebnisse der Informationsbeschaffung

Bei der Informationsbeschaffung wurden zwei Studien nach den Einschlusskriterien als relevant eingestuft und für eine Bewertung eingeschlossen. Es handelt sich um die Studien Onrust 2008 / 2010 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011. Weitere oder laufende gesundheitsökonomische Studien, die die Einschlusskriterien erfüllen, wurden durch die Suchanfragen nicht identifiziert. Die letzte Suche fand am 08.02.2021 statt.

5.2.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

Zur Bewertung der Kosteneffektivität wurde in der niederländischen Studie von Onrust 2008 / 2010 eine Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility-Analysis, CUA) durchgeführt. Da keine weitere Kosten-Effektivitäts-/Wirksamkeits, Kosten-Nutzwert- oder Kosten-Nutzen-Analyse identifiziert werden konnte, wurde ergänzend auch die Kosten-Kosten-Analyse von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 eingeschlossen. In dieser Studie wurden keine expliziten Angaben zum Studiendesign gemacht. Aufgrund des methodischen Vorgehens wird angenommen, dass eine Kosten-Kosten-Analyse durchgeführt wurde.

Die beiden gesundheitsökonomischen Analysen basieren auf randomisierten kontrollierten Interventionsstudien, die auch im Rahmen der Nutzenbewertung in den vorliegenden HTA-Bericht eingeschlossen wurden. In der gesundheitsökonomischen Studie von Onrust 2008 / 2010 wurde ein Besuchsdienst mit dem Versand einer Broschüre verglichen. Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe konnten 10 bis 12 Hausbesuche in Anspruch nehmen, die von geschulten Koordinator:innen organisiert und von Ehrenamtlichen durchgeführt wurden. Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 verglichen durch professionelle Akteure durchgeführte Gruppentreffen zu den Themengebieten „Kunst und anregende Aktivitäten“, „Sport und Bewegung und gesundheitsbezogene Diskussion“ und“ „therapeutisches Schreiben“ mit den in der Regelversorgung angebotenen Leistungen. Die angebotenen Gruppentreffen fanden über drei Monate wöchentlich für jeweils fünf bis sechs Stunden statt.

Onrust 2008 / 2010 schlossen insgesamt 216 Personen in ihre Untersuchung ein. Die Studie von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 stützt sich auf insgesamt 235 eingeschlossene Personen.

Primärer Endpunkt in Onrust 2008 / 2010 war die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gemessen wurde diese mittels EQ-5D. In der Interventionsgruppe zeigte sich dabei ein Score von 0,76 (SD = 0,25) zu Studienbeginn und ein Score von 0,80 (SD = 0,18) im Follow-up nach 12 Monaten. Dieses Ergebnis zeigt eine signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe konnte dieser Effekt hingegen nicht festgestellt werden. Hier zeigte sich ein Score von 0,83 (SD = 0,18) zum Studienbeginn und ein Score von 0,81 (SD = 0,21) beim Follow-up. Im Intergruppenvergleich fand sich in Bezug auf die Lebensqualität kein statistisch signifikanter Unterschied.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 untersuchten die Überlebensrate 24 Monaten nach der Intervention. sowohl in der Interventionsgruppe als auch in der Kontrollgruppe. Die Überlebensrate in der Interventionsgruppe war höher und betrug 97 % (95 %-KI: [91 %; 99 %]), die der Kontrollgruppe hingegen 90 % (95 %-KI: [83 %; 95 %]). Die Hazard Ratio für die Sterblichkeit in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe betrug 0,39 (95 %-KI: [0,15; 0,98]); p = 0,044.

Beide Studien berichteten die Kosten in der Währung EURO. Dabei liegt das Basisjahr, für welches die Preise ermittelt wurden, in beiden Studien zu Beginn der 2000er Jahre: 2003 (Onrust 2008 / 2010) und 2001 (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011). Angaben zur Perspektive machen lediglich die Autor:innen der Studie von Onrust 2008 / 2010, die eine gesellschaftliche Sicht einnehmen, bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 werden dazu keine Angaben gemacht.

In beiden Studien wurden direkte medizinische Kosten erfasst, dabei erhoben Onrust 2008 / 2010 die Ressourcenverbräuche mit Elementen aus dem Medical Technology Assessment Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness (TiC-P) und die Kontakte zu Einrichtungen der Versorgung psychischer Erkrankungen sehr detailliert. Dagegen berichteten Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 unter den direkten medizinischen Kosten ausschließlich die Kosten für Krankenhaus- und Arztkontakte. Onrust 2008 / 2010 erheben zudem direkte nichtmedizinische Kosten wie die Anfahrtswege der Patient:innen.

Beide Studien ermittelten die Interventionskosten der untersuchten Maßnahmen. Darin berücksichtigt wurden in Onrust 2008 / 2010 die Kosten für Fortbildungen, die Vergütungskosten der Koordinator:innen sowie Zeitkosten der Ehrenamtlichen und der Teilnehmer:innen, Kosten für die Vorbereitungen der Hausbesuche seitens der Koordinator:innen, Kosten für anschließende Supervisionen und Materialkosten für Telefongespräche des Besuchsdienstes. Die Interventionskosten werden in diesem Fall von den Autoren mit 553 € pro Person angegeben, währungskonvertiert und inflationsbereinigt belaufen sich die Interventionskosten auf 574 € [77,78] pro Person.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 berücksichtigten in ihren Interventionskosten die Komponenten Programmkosten, Transportkosten, Kosten für Mahlzeiten und die Ausbildung und Vergütung der Gruppenleitungen. Die Interventionskosten beliefen sich auf 881 € pro Person, währungskonvertiert und inflationsbereinigt auf 1053 € pro Person [77,78].

5.2.3 Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen

In beiden Publikationen werden Angaben zu den Interventionskosten im Rahmen der Studie gemacht. Für die Besuchsdienste von Ehrenamtlern ermitteln Onrust 2008 / 2010 durchschnittliche Interventionskosten pro Person in Höhe von 553 €, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 574 € [77,78]. Die Interventionskosten der Gruppenangebote belaufen sich bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 auf 881 € pro Person, währungskonvertiert und inflationsbereinigt auf 1053 € [77,78] pro Person.

Im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe ergibt sich in der niederländischen Studie (Onrust 2008 / 2010) pro Teilnehmer:in eine statistisch nicht signifikante Kostendifferenz von 210 € (p = 0,563) pro Person, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 218 € pro Person [77,78]. Die Nutzendifferenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ist ebenfalls nicht statistisch signifikant. Dennoch ermittelten Onrust 2008 / 2010 das inkrementelle Kosten-Nutzen-Verhältnis pro Patient:in mit 6827 € pro gewonnenem qualitätsadjustiertem Lebensjahr (QALY), währungskonvertiert und inflationsbereinigt 7085 € pro Person [77,78]. Zudem wird die Akzeptanz der Intervention bei einer nicht vorhandenen Zahlungsbereitschaft beziehungsweise einer Zahlungsbereitschaft von 10 000 € oder einer Zahlungsbereitschaft von 20 000 € mit einer Wahrscheinlichkeit von 31 % beziehungsweise 55 % oder 70 % angegeben. Trotz der statistisch nicht signifikanten Kosten- sowie Nutzendifferenz berechneten die Autor:innen darüber hinaus einen positiven inkrementellen Netto Monetären Nutzen (NMN), der bei einem Schwellenwert der Zahlungsbereitschaft von 20 000 € bei 410 € und bei 80 000 € bei 2270 € liegt.

In der finnischen Studie ermittelten Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 eine statistisch signifikante Kostendifferenz in Höhe von -943 € pro Person und Jahr 95 %-KI: [-1955; -127]; p = 0,039 zu Gunsten der Interventionsgruppe, währungskonvertiert und inflationsbereinigt -1127 € pro Person. Dies übersteigt die angegebenen Interventionskosten in Höhe von 881 € pro Person, währungskonvertiert und inflationsbereinigt währungskonvertiert und inflationsbereinigt 1053 € [77,78].

Hinsichtlich des klinischen Nutzens wiesen Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 einen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Mortalität (Hazard Ratio von 0,039) zu Gunsten der Interventionsgruppe 95 %-KI: [0,15; 0,98]; p = 0,044 sowie eine statistisch signifikante Verbesserung der subjektiven Gesundheit (p = 0,007) zu Gunsten der Interventionsgruppe auf. Eine Kosten-Outcome-Relation wird nicht dargestellt.

Berichtsqualität und methodische Qualität

Beide Studien beschreiben das Indikationsgebiet, Maßnahmen zur Bekämpfung sozialer Isolation und Einsamkeit sowie die Zielsetzung der Analyse. Bezüglich der Darstellung der Methodik weist die Publikation von Onrust 2008 / 2010 eine angemessene Berichtsqualität auf. In der Publikation von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 wird keine Angabe zur Perspektive gemacht. Auch fehlen Angaben und Berechnungen zu Schwellenwerten.

Für beide Studien werden die einbezogenen Nutzenparameter beziehungsweise klinischen Parameter beschrieben. Eine Begründung für die Verwendung dieser Parameter erfolgt nicht.

Keine der beiden Studien berichtet die Ressourcenverbräuche der Studienpopulation in Interventions- und Kontrollgruppe. Onrust 2008 / 2010 inkludiert direkte medizinische und nichtmedizinische Kosten und berichtet die verwendeten Preise sowie die verwendeten Erhebungsmethoden. Es erfolgt zudem eine Beschreibung der Interventionskosten. Bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 werden lediglich ein Teil der direkten medizinischen Kosten und die zugrunde gelegten Preise berichtet. Zudem fehlen bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 detaillierte Angaben zur Ermittlung der Interventionskosten.

Übertragbarkeit

Die Studien von Onrust 2008 / 2010 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 wurden in den Niederlanden sowie in Finnland durchgeführt und bilden die Fragestellung des vorliegenden HTA-Berichts ab. Die niederländische Studie bezieht Personen bereits ab 55 Jahren ein. Allerdings entspricht das Durchschnittsalter mit 69 (min. 50 – max. 92) Jahren der Zielgruppe des HTA-Berichts. Die Beurteilung der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem ist dadurch erschwert, dass die Ressourcenverbräuche in beiden Publikationen nicht berichtet werden. Zudem verwenden Onrust 2008 / 2010 die gesellschaftliche Perspektive und beziehen auch Zeitverbräuche der Teilnehmer:innen ein. Die Einschätzung der Übertragbarkeit der finnischen Studie Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 wird zusätzlich dadurch eingeschränkt, dass keine Angaben zur verwendeten Perspektive gemacht werden. Für beide Studien erscheint die Übertragbarkeit der verwendeten Preise und Kosten aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Kostenstrukturen unklar.

6 Ergebnisse: Ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

6.1 Ergebnisse zu ethischen Aspekten

Die orientierende Recherche ergab zwölf relevante Fachartikel (vergleiche A8.3.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten). Ergänzt durch die Informationen aus Interviews mit von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffenen sowie Ehrenamtlichen und durch die theoretische Reflektion, konnten insgesamt 25 ethische Aspekte identifiziert werden. Diese verteilen sich auf die ethischen Prinzipien wie folgt: Wohltun (n = 5), Nichtschaden (n = 9), Selbstbestimmung (n = 5), Gerechtigkeit (n = 5) und Menschenwürde (n = 1).

Aus den ethischen Aspekten wurden sieben Bewertungskriterien für Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter entwickelt. Dabei nicht berücksichtigte Aspekte wurden in eine ethische Präambel (vergleiche A5.2.3) eingebracht. Die Formulierungen der sieben weiter unten aufgeführten Kriterien wurden anlässlich eines Stakeholder-Workshops und im schriftlichen Umlaufverfahren diskutiert und verabschiedet. Fünf Kriterien wurden für den deutschen Versorgungskontext als „sehr relevant“ eingeschätzt, die verbleibenden jeweils einmal als „relevant“ und „teilweise relevant“.

Vorab ist zu bedenken, dass die objektive Situation des “alleine Lebens“ eine große Belastung sein kann – nämlich, wenn die Betroffenen sich “einsam fühlen“ (subjektiv). Allerdings muss die Situation nicht automatisch subjektives Leid bedeuten. Ebenso unterschiedlich können die Präferenzen von Betroffenen in Bezug auf die Maßnahmen sein, was zu berücksichtigen ist.

Zudem erleben Betroffene durch den Wandel ihres direkten Umfeldes sich diesem nicht mehr zugehörig, was schwer zu ändern ist, aber thematisiert werden sollte.

Aus ethischer Sicht „*eher kritisch*“ sind drei „*sehr relevante*“ Kriterien:

1) Einführung und Nachhaltigkeit

Besonders die nicht nachhaltige Finanzierung durch zeitlich begrenzte Projektmittel / Fördergelder stellt ein Problem für Interventionen gegen soziale Isolation und Einsamkeit dar. Zudem sind die Rahmenbedingungen für das Anbieten von Interventionen in Deutschland sehr unterschiedlich (u. a. ländliche Gebiete vs. städtische Regionen, Vernetzung, Organisationsgrad oder die personelle / finanzielle Ausstattung), wodurch nicht überall dieselben Möglichkeiten zur Umsetzung zur Verfügung stehen.

2) Bedarfserhebung und die „stillen Alten“

Angesichts gut angenommener Angebote kann der Eindruck entstehen, dass der Bedarf gedeckt ist. Dies kann täuschen, weil das Interesse bereits bei weniger stark betroffenen / leidenden Personen sehr groß ist und die „stillen“ alten Personen leicht zuhause vergessen werden können.

3) Bekanntmachen der Angebote

Oft wird die Bekanntheit von Interventionen / Angeboten über Mund-zu-Mund-Propaganda verbreitet. Dadurch besteht die Gefahr, dass Personen mit sehr reduzierten sozialen Kontakten nicht davon erfahren. Es gibt einen großen Bedarf beziehungsweise eine große Nachfrage für Interventionen / Angebote, wobei diese v. a. von den weniger stark betroffenen Personen geäußert, eingefordert und wahrgenommen wird. Dieser Umstand kann dazu führen, dass die Interventionen die „stillen", einsamen alten Menschen, die besonders bedürftig wären, gerade nicht erreichen.

Als „*teilweise kritisch*" und mindestens „*teilweise relevant*", wurden zwei Kriterien bewertet:

4) Nutzer:innen orientierte Angebote

Betroffene können unterschiedliche Präferenzen und Interessen haben, die insbesondere durch Wahlmöglichkeit beziehungsweise spezifische lokale Angebote berücksichtigt werden können. Während in Großstädten entsprechende Angebote für spezielle Zielgruppen oft vorhanden sind, ist dies im ländlichen Raum schwerer zu realisieren (deutlich geringeres Angebot und weniger Auswahl).

5) Berücksichtigung von Ursachen

Oft können Ursachen von sozialer islaotion und Einsamkeit, wie Erkrankungen oder gesundheitliche Einschränkungen, im Rahmen der Intervention nicht adressiert werden, weil zum Beispiel das eingesetzte Personal keine entsprechende Qualifikation aufweist. Ideal sind etablierte Netzwerkstrukturen, durch die Betroffene weitergeleitet und umfassend betreut werden können. Diese Strukturen aufzubauen und zu erhalten, bedarf kontinuierlicher Arbeit und Aufmerksamkeit. Nachteilig kann auch sein, dass soziale Isolation nicht als Krankheit klassifiziert ist, die Ursachen des Phänomens mitunter schon. Hierdurch können sich unklare Zuständigkeiten ergeben, welche den Aufbau langfristiger Strukturen und Programme erschweren können.

„Sehr relevant", aber „eher unkritisch" wurden zwei Kriterien eingeschätzt:

6) Unterscheidung zwischen technisch / organisatorischen und sozial / psychologischen Barrieren

Der Erfolg einer Intervention wird von Aspekten beider Dimensionen beeinflusst. Praktische Erfahrungen zeigen zudem, dass es zentral ist, Angebote niederschwellig, also wohnortnah und bedarfsgerecht, zu gestalten. Dies kann und wird überwiegend bei den verschiedenen Interventionen berücksichtigt.

7) Passung von eingesetztem Personal zur Zielgruppe

Interventionen werden besser angenommen, wenn die sozialen Identitäten (Sprache, Kultur, soziale Erfahrungen) zwischen den Betroffenen und dem eingesetzten Personal ähnlich sind. Hierbei werden eher größere Minderheiten berücksichtigt, wie z. B. türkisch sprechende Betroffene, beziehungsweise Menschen mit besonderen Eigenschaften, wie z. B. „frisch verwitwet“; ebenso gibt es Angebote, die die sexuelle Orientierung beachten.

6.2 Ergebnisse zu sozialen und organisatorischen Aspekten

Die orientierende Recherche ergab neun relevante Fachartikel (siehe A8.3.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen und organisatorischen Aspekten). Die extrahierten Informationen waren die Grundlage für zwei Interviews mit von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffenen, einem Interview mit einer ehrenamtlich in der Altenhilfe engagierten Person sowie der Diskussion zu sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten mit professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems innerhalb des Stakeholder-Workshops. Soziale und / oder organisatorische Aspekte konnten zudem aus allen in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studienpublikationen extrahiert werden.

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [58] vorgschlagenen unfassenden konzeptionellen Rahmen und ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

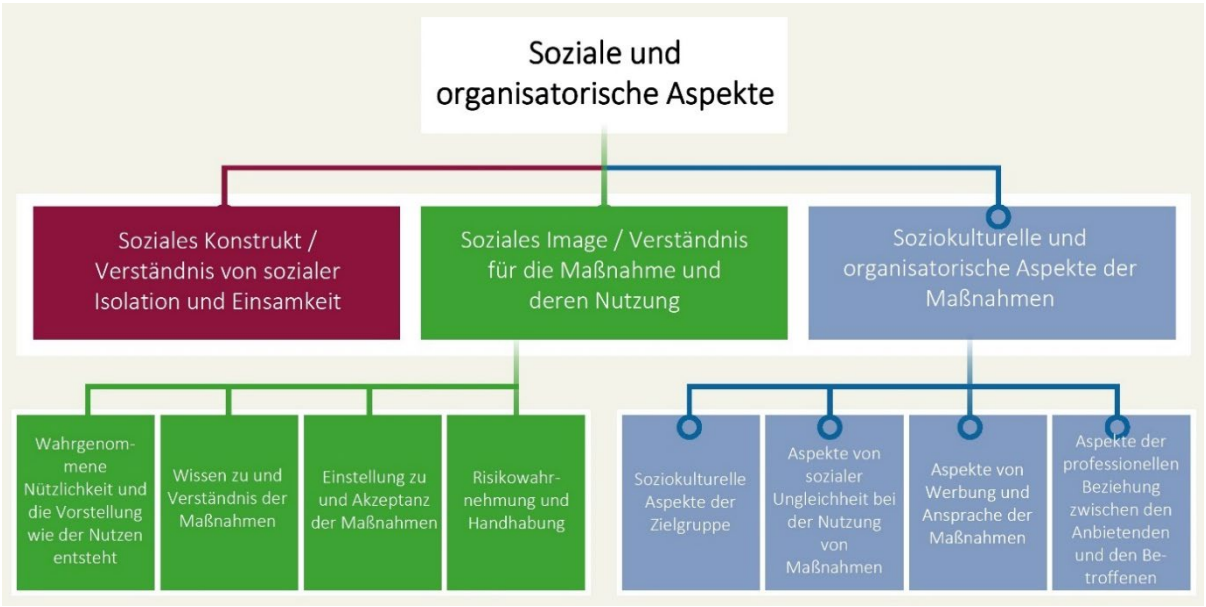

Abbildung 1: Soziale und organisatorische Aspekte von Maßnahmen bei sozialer Isolation und Einsamkeit in Anlehnung an Mozygemba 2016

6.2.1 Soziales Konstrukt / Verständnis von sozialer Isolation

Das Konstrukt soziale Isolation ist nicht eindeutig definiert. Es wird verwendet für die Beschreibung eines Zustandes objektiver Isoliertheit beziehungsweise einer fehlenden sozialen Integration, die mit der Quantität der sozialen Kontakte gemessen wird. Einsamkeit beschreibt die subjektiv empfundene soziale Isolation, die aus der individuellen Bewertung von Anzahl, Qualität und nicht erfüllten Bedürfnissen nach Kontakt resultiert. Allein sein bedeutet aber nicht notwendigerweise, sich allein zu fühlen [3].

Soziale Isolation und Einsamkeit sind keine Erkrankungen, sondern Lebenssituationen, in denen der Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit durch fehlende Teilhabe beeinträchtigt sein können [3]. Soziale Isolation und Einsamkeit erhöhen dabei die Morbidität und Mortalität der Betroffenen. Die befragten Betroffenen berichteten insbesondere von affektiven und kognitiven Beeinträchtigungen durch den fehlenden Austausch und die fehlende Unterstützung. Im Vordergrund standen depressive Symptome, das Gefühl nicht mehr gebraucht zu werden, Ängstlichkeit, Antriebslosigkeit, Abnehmende Gedächtnisleistung, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Herzbeschwerden, Panikattacken. Wenn Personen die Wohnung nicht mehr verlassen, können zudem die Mobilisation und die körperliche Leistungsfähigkeit stark abnehmen, berichteten die Betroffenen. Die soziale Isolation und das Gefühl von Einsamkeit können sich dadurch weiter erhöhen.

Soziale Isolation und Einsamkeit wurden von den Betroffenen zum Teil als normale Alterserscheinung betrachtet und häufig als gesellschaftlich stigmatisiert erlebt, da sie auf persönliches Versagen zurückgeführt werden. Das Eingeständnis von Einsamkeit sowie die Akzeptanz von Interventionen können dadurch eingeschränkt sein. Die Betroffenen berichteten, dass sie sich anfangs nicht trauten, Angebote wahrzunehmen.

6.2.2 Soziales Image / Verständnis für die Maßnahme und deren Nutzung

Wahrgenommene Nützlichkeit und die Vorstellung wie der Nutzen entsteht

Betroffene erwarteten sich von Interventionen gegen soziale Isolation und Einsamkeit vor allem die Initiierung neuer Kontakte und einen damit einhergehenden kommunikativen Austausch. Wichtig war ihnen, dass der Rückgang von Einsamkeitsgefühlen stimmungsaufhellend für sie wirkt. Die neuen Kontakte würden auch ihr Verständnis für die Lebenslagen anderer Menschen und ihre Bereitschaft, sich gegenseitig zu unterstützen und füreinander da zu sein, stärken. Einen möglichen Erfolg von Interventionen beschrieb eine in der Altenhilfe ehrenamtlich Tätige damit, dass Teilnehmende von Interventionen sich wieder mehr öffnen könnten und sich aktiv in Gespräche einbringen würden. Sie würden darüber hinaus wieder mehr Freude und Interesse an Tätigkeiten haben und außerdem würden sich das Sprachverhalten und die Mobilität verbessern.

Die interviewten Betroffenen schätzten die Wirksamkeit von Interventionen gegen soziale Isolation am höchsten ein, wenn Interventionen in der Gruppe stattfinden, bei denen konkrete Themen und Aktivitäten gefördert werden. Sie entsprachen damit ebenso den identifizierten Schlüsselaspekten aus der orientierenden Recherche, wonach proaktive Gruppenintervention am effektivsten gegen soziale Isolation und Einsamkeit eingeschätzt wurden [44,79,80]. Den Befragten einer Studie [81] aus der orientierenden Recherche zufolge betrafen die wichtigsten Vorteile der Teilnahme an Aktivitäten die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Diese wurden in Form von psychologischen Vorteilen und sozialer Unterstützung beschrieben: Die psychologischen Vorteile wurden als „Spaß“, „sich sicher fühlen“, „mehr Selbstvertrauen“ und „der Wert des Erlernens neuer und der Anwendung alter Fähigkeiten“ beschrieben. Die Vorteile der sozialen Unterstützung lassen sich als „Freundschaft und Begleitung“, „Gesellschaft“, „Pflege“, „gegenseitiger Nutzen“ und „Gegenseitigkeit“ zusammenfassen. Für viele ältere Menschen war „Vergnügen" der Hauptgrund für die Teilnahme an Aktivitäten, sei es in Gruppen oder allein. Gesellschaft zu haben, wurde als das Gegenteil von Alleinsein beschrieben und häufig mit Vergnügen in Verbindung gebracht. Soziale Aktivitäten waren etwas, auf das man sich freuen konnte und ein Grund, morgens aufzustehen. Gruppen wurden oft als "Rettungsanker" bezeichnet [81]. Diese Auffassung deckt sich mit der Einschätzung der Professionellen des sozialen Hilfesystems aus dem Stakeholder-Workshop sowie der Maßnahmen verschiedener eingeschlossener Studien [82].

Aus Sicht der interviewten Betroffenen und in der Einschätzung der professionellen Akteur:innen aus dem sozialen Hilfesystems, welche am Stakeholder-Workshop teilgenommen haben, werden gesundheitsrelevante Endpunkte nicht unmittelbar mit den Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit in Verbindung gebracht. Es geht für sie zunächst um einen angenommenen Bedarf an Begegnung auf lokaler Ebene und die in Anspruch genommene Gelegenheit zur Begegnung wird entsprechend als Ziel verstanden. Vor allem bei professionellen Angeboten soll aus ihrer Sicht das Prinzip Empowerment herausgearbeitet werden, so dass die Teilnehmenden lernen, Kontakte selbstständig zu knüpfen und zu pflegen.

In einigen Studien der orientierenden Recherche [43,44,79] und den meisten der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien [62,63,66,67,72,74-76] (sowie in den Interviews mit Betroffenen und den professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems) wird hervorgehoben, dass Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit lokal adaptierbar sein und bestenfalls mit den Betroffenen vor Ort ausgestaltet werden müssten. Diese Voraussetzungen für Interventionen finden sich auch in den Interviews mit den Betroffenen und den professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems wieder. In Großstädten sollten Seniorentreffs beispielsweise stadtteilbezogen unterschiedlich besetzt sein, um auch soziokulturelle Besonderheiten abzubilden. Im Rahmen der untersuchten Interventionsstudien stößt diese Anforderung jedoch auf hohe methodische

Herausforderungen bei der Messbarkeit. Unterschiedliche Angebote in verschiedenen Settings erhöhen den Komplexitätsgrad und erschweren die Vergleichbarkeit der Interventionen innerhalb der Evaluation. Operationalisiert wurde eine möglichst hohe Zielgruppenorientierung daher meist mit einer begrenzten Auswahl von zwei bis vier Angeboten (Ausflüge, Malkurse, Bewegungsangebote, usw.) oder einer offenen Planung der Gruppeninhalte [62,67,74-76]. Einzelne Studien waren aber auch von Beginn an auf eine spezielle Zielgruppe ausgerichtet wie verwitwete [70,71] oder umgesiedelte [63] Personen, die dann durch gezielte Intervention befähigt werden sollten, mit der Situation besser umzugehen, um die soziale Isolation und Einsamkeit zu verringern.

Eine in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studie wollte über die Vermittlung technischer Kompetenzen, ältere Menschen dazu befähigen, soziale Kontakte zu pflegen und aufzubauen [67]. Hier zeigte sich jedoch kein statistisch signifikanter / relevanter Effekt auf gesundheitsrelevante Endpunkte und es blieb bei den verbesserten technischen Fähigkeiten, die wiederum auch der vornehmliche Grund für die Teilnahme der älteren Personen war.

Wissen zu und Verständnis der Maßnahmen

Es entsprach dem grundsätzlichen Verständnis der interviewten Betroffenen, dass die Eingebundenheit in eine Gruppe bereits soziale Isolation und Einsamkeit abmildern kann. Diese Wahrnehmung wird bestätigt durch zwei der Interventionsstudien, die in die Nutzenbewertung eingeschlossen wurden: so war in diesen Studien die tatsächliche Gruppenaktivität nicht zwingend entscheidend für den Erfolg [66,74]. Nur einzelne eingeschlossen Studien sahen ihre Aktivitätsinhalte wie Tai Chi Qigong [59] oder ein EDV-Training [67] selbst als Maßnahme gegen soziale Isolation und / oder Einsamkeit. Den meisten Konzepten lag die Annahme zugrunde, dass eine Gruppenaktivität den gemeinsamkeitsstiftenden Stimulus bildet [76]. Gruppenaktivitäten, die darüber hinaus noch Bewegungselemente wie Nordic Walking [64] beinhalten, sollten über die gesteigerte Fitness ebenso das Wohlbefinden der Teilnehmenden verbessern.

Ebenso wertvoll wurden durch die Betroffenen entlastende Gespräche mit Gleichbetroffenen oder Ehrenamtlichen eingeschätzt, womit die Methodik und die Zielsetzung gleichgesetzt worden. Den Befragten zufolge könnte ein Großteil der sozialen Isolation und Einsamkeit verhindert werden, wenn die Dienstleistungen und die Unterstützungsangebote flexibel genug wären, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Der Erfolg der Maßnahmen kann zudem von den Ursachen für die soziale Isolation und Einsamkeit abhängen. Diese Ursachen haben Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft und -fähigkeit und wurden daher teilweise bei den Interventionen berücksichtigt [73]. Einsamkeit kann mit dem Verlust einer vertrauten Person und der daraus resultierenden Trauer, dem Mangel an sinnvollen sozialen Beziehungen, der Unzufriedenheit mit

bestehenden Beziehungen, existenziellen Fragen, Defiziten in frühen Bindungsbeziehungen oder Schüchternheit und Ängsten in sozialen Situationen zusammenhängen. Die Analyse der persönlichen psychologischen Barrieren und die gezielte Adressierung von Selbstwirksamkeit kann daher wertvoller Bestandteil von Maßnahmen zu sozialer Isolation und Einsamkeit sein [72]. In den Interventionsstudien wurde in der Regel versucht, über statistische Adjustierungsmethoden den Einfluss von z. B. Geschlecht, Familienstand, Wohnsituation, Einkommen, Gesundheits- und Funktionsstatus oder Depressivität auf die Ergebnisse zu kontrollieren [83].

13 in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien stützen sich auf theoriebasierte Konzepte. Zum Beispiel beschreibt die Studie von Heller 1991, dass soziale Unterstützung soziale Stressoren puffert, so dass diese dann eine abgeschwächte emotionale Intensität und Wirkung auf den Einzelnen haben. Personen oder Gruppen mit denen Sorgen oder Probleme besprochen werden, können somit die emotionale Intensität dieser Themen verringern. Außerdem wird in diesem Wirkmodell davon ausgegangen, dass Menschen in sozialen Beziehungen sich grundsätzlich gesundheitsförderlicher verhalten [68]. Als einzige Studie versuchte Zhang 2019 die Initiierung von Gruppenangeboten explizit dazu zu nutzen, dass entstehende Freundschaften eine kompensatorische Funktion für fehlende familiäre Unterstützung übernehmen sollten. Die Hoffnung war, das neue Bekanntschaften auch im Krankheits- oder Pflegefall Unterstützung übernehmen [65].

Fokussiert auf mögliche ökologische Wirkungen formuliert Ristolainen 2020 die Hoffnung, dass die lokale Vermittlung von sozialer Unterstützung auch das grundsätzliche Vertrauen in die lokalen und institutionellen Strukturen verstärken könnte.

Einstellung und Akzeptanz zu den Maßnahmen

Die interviewten Betroffenen zeigten sich vor allem aufgeschlossen gegenüber professionell geleiteten Gruppeninterventionen zur Initiierung von Kontakten, Erlebnissen und Bildungsinhalten. Am meisten schätzten sie Spielangebote, gemeinsames Singen, Essen in Gemeinschaft, Ausflüge in andere Städte und Ortschaften sowie den Besuch von Ausstellungen. Alltagsbegleitung bewerteten sie zudem als ein sinnvolles Angebot, welches flächendeckend angeboten werden sollte, wenn Menschen Unterstützung benötigen oder unter sozialer Isolation und Einsamkeit leiden.

Die erlebten Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit stießen bei den interviewten Betroffenen generell auf eine sehr hohe Akzeptanz. Sie waren der Auffassung, dass Betroffene besonders füreinander da sein sollten. Allerdings konnten im Rahmen dieses HTA ausschließlich Personen befragt werden, die an Interventionen gegen soziale Isolation und Einsamkeit teilnahmen. Professionelle Akteur:innen aus dem Stakeholder-Workshop bescheinigten den Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit ebenfalls ein sehr

hohes Ansehen. Sie beobachteten aber auch, dass manche Angebote des Sozialamts nicht in Anspruch genommen werden, weil Ämter negativ konnotiert sind. Auch könnten ihrer Einschätzung nach, manche Angebote die Betroffenen beschämen, weil sie sich als Hilfsempfangende erleben könnten, die nichts zurückgeben können. Dieser Aspekt der Reziprozität wird auch in verschiedenen Publikationen [44,60] unterstrichen. Besonders vorteilhaft für die Akzeptanz erscheinen daher Programme, in der Gleichbetroffene an den Maßnahmen beteiligt sind und sich gegenseitig unterstützen können [66,71]. Für die Betroffenen ist der Wunsch, ihre Unabhängigkeit, ihre Autonomie und Kontrolle zu erhalten von zentraler Bedeutung. Sie wollen nicht bevormundet werden, sondern sich für ihren Beitrag wertgeschätzt fühlen und als Ressource und nicht als Last angesehen werden [81].

Trotz der allgemeinen Einschätzung, dass Gruppenangebote am erfolgversprechendsten sind, ist es für einige Betroffene gleichsam sehr schwierig, initial an einer Gruppe teilzunehmen. Mehrere Studien, die in die Nutzenbewertung eingeschlossen wurden, reagierten darauf, indem sie gestufte Interventionen entwickelten / testeten. In diesen Studien wurden die Betroffenen zunächst in Einzelsitzungen auf die Gruppenprozesse vorbereitet und mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet [60,61,65,68,72].

Weiterhin wird darauf verwiesen, dass die Teilnahmequote eines Angebots allein, nicht als Akzeptanz und Qualitätskriterium ausreicht. Da es oft keine geeigneten Aktivitäten gibt, begnügen sich einige Betroffene mit Aktivitäten, die ihren Bedürfnissen nicht entsprechen, weil es keine anderen erreichbaren Angebote gibt [81].

Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems aus dem Stakeholder-Workshop betonten darüber hinaus, dass der Großteil der älteren Menschen in Deutschland niemals einen Seniorentreff besucht hat. Sie nehmen die meisten älteren Menschen als sehr selbstständig war und beschrieben in diesem Zusammenhang eine „Verjüngung des Alters“ in Bezug auf die 1980er Jahre: „die heutigen 80-jährigen sind die damaligen 60-jährigen“. Dieser Personenkreis nimmt sich nicht als alt war und empfindet entsprechende Angebote daher als nicht notwendig. Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems unterstreichen erneut, dass soziale Isolation allein nicht Einsamkeit bedingt, sondern ein subjektiver Leidensdruck hinzukommen muss.

Risikowahrnehmung und Handhabung

Persönliche Risiken, die mit der Teilnahme an einer Maßnahme entstehen könnten, wurden in den Gesprächen und nahezu allen Arbeiten, die in die Analyse von sozialen und organisatorischen Aspekten von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit mit einflossen, nicht benannt. Nur eine Interventionsstudie beschreibt, dass es den Wissenschaftler:innen sehr wichtig war, Personen ohne Einsamkeitsgefühle auszuschließen,

um zu vermeiden, dass bei diesen Personen durch die Beschäftigung mit diesem Thema Einsamkeitsgefühle hervorgerufen werden [84].

6.2.3 Soziokulturelle und organisatorische Aspekte der Maßnahmen

Die interviewten Betroffenen berichteten von Maßnahmen einer Sozialstation in Schleswig-Holstein sowie von verschiedenen Angeboten einer Seniorenberatungsstelle, die von der Hamburger Sozialbehörde eingerichtet sowie aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden. Die Sozialstation gehört zu einem der großen Wohlfahrtsverbände, bietet Pflegeleistungen und darüber hinaus soziale Angebote im Rahmen des SGB XII Altenhilfe an. Berichtet wurden verschiedene Freizeitangebote, die in Gruppen durchgeführt wurden, ein regelmäßiger Abendbrottreff, ein Frühstückstreff sowie ein halbtägiger Tagestreff. Neben der gemeinsamen Mahlzeit stehen der Austausch sowie Spiele, gemeinsames Singen und seltener auch körperliche Gymnastik im Vordergrund. Darüber hinaus wurde durch die Betroffenen die Wichtigkeit von gemeinsamen Ausflügen hervorgehoben, die ebenfalls von der Sozialstation angeboten sowie von der Seniorenberatung vermittelt werden. Hierbei handelt es sich insbesondere um Busfahrten an immer neue Orte, die Führungen und Mahlzeiten beinhalten.

Äquivalent dazu berichteten die professionellen Akteur:innen aus einer Seniorenberatungsstelle sowie aus dem Referentenstab einer großen Wohlfahrtsorganisation im Rahmen des Stakeholder-Workshops von der Beliebtheit von Seniorenfreizeiten und Gruppenaktivitäten, die meist über den § 71 des SGB XII Altenhilfe gesetzlich legitimiert sind. Mit Blick auf die in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien betonen die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems im Stakeholder-Workshop, dass alle in den Studien untersuchten Maßnahmen auch in die deutschen Strukturen über SGB V, IX, XI und XII sowie über die Vielzahl von Einrichtungsträgern implementiert werden könnten beziehungsweise bereits sind. Nicht zielführend finden sie die Unterscheidung zwischen präventiven und therapeutischen Ansätzen, die aus Ihrer Sicht in der Praxis keinen Bestand hat. Eher könnten verschiedene Intensitätsgrade von sozialen Problemen angesprochen werden.

Die, in den in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien, gefundenen Durchführungsorte entsprechen weitestgehend bereits vorhandenen Einrichtungen in deutschen Gemeinden, weshalb auch hier eine Übertragbarkeit möglich erscheint. Die Studien wurden durchgeführt in einer Tagespflegeeinrichtung [74-76], in einer Art Gemeindezentrum [63-65,73], in einer sozialen Beratungseinrichtung [72], in einem Fitnessstudio [73], einer Bibliothek [73] bei den Betroffenen zu Hause [67,70,71] oder sie fanden schriftlich [66] beziehungsweise telefonisch [66] statt.

Soziokulturelle Aspekte der Zielgruppe

Im Rahmen des Stakeholder-Workshops hoben die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems im Hinblick auf die unterschiedlichen soziokulturellen Gruppen in den eingeschlossenen Studien zur Nutzenbewertung sowie aufgrund ihrer Erfahrungen aus eigener Arbeit hervor, dass die Bevölkerungszusammensetzung in Bezug auf demographische, sozioökonomische und ethnisch kulturelle Merkmale regional stark variieren kann. Eine kultursensible und bedarfsgerechte Ausrichtung der Angebote einer Einrichtung halten sie daher für eine elementare Voraussetzung für alle Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter. Auch in der orientierenden Recherche zu sozialen und organisatorischen Aspekten von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit wurde Anpassungsfähigkeit an den lokalen Kontext gleichermaßen als Schlüsselelement für eine erfolgreiche Intervention identifiziert. Am vielversprechendsten sind Maßnahmen, wenn sie gemeinsam mit allen Akteur:innen der Gemeinde implementiert und adaptiert werden [44].

Festgehalten werden kann, dass alle Interventionen aus den in diesem HTA eingeschlossenen Studien in ähnlicher Form auch an verschiedenen Orten in Deutschland existieren (Stakeholder-Workshop). Da Einsamkeit jedoch immer individuell erfahren wird und verursacht ist, kann es zu Schwierigkeiten bei der Übernahme standardisierter Programme aus anderen Kontexten kommen. Es wird daher empfohlen, in der frühen Interventionsphase eine Evaluation der individuellen Bedürfnisse vorzunehmen, um die Maßnahmen auf bestimmte Gruppen oder Einzelne abstimmen zu können [43].

Die Teilnehmenden der eingeschlossenen Studien entsprechen weitestgehend der Zielgruppe, die auch in Deutschland vom Sozialgesetzbuch, Sozialstationen sowie Seniorenberatungsstellen in den Blick genommen werden, wenn es um Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter geht. Die Teilnehmenden in den eingeschlossenen Studien waren über 60 beziehungsweise 65 [59,62,64,66,67], 75 [60,73] Jahre alt. Die meisten Studien schlossen manifeste kognitive Erkrankungen wie zum Beispiel Demenz oder Psychosen aus. Altersbedingt wiesen die Teilnehmenden teilweise leichte kognitive Einschränkungen, Mobilitätseinschränkungen sowie verschiedene chronische Krankheiten auf (vergleiche Tabellen der Ein- und Ausschlusskriterien der Studien A3.2.1.2 und A3.2.2.2).

Einige in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien, adressierten leicht abweichende Zielgruppen als die oben beschriebene: so untersuchte die Studie von Onrust 2008 / 2010 ein Programm, das sich gezielt an über 55-jährige wendete, die in den letzten 6-9 Monaten eine Partner:in verloren hatten. Heller 1991 untersuchten ein Programm für Frauen mit niedrigem Einkommen , MacIntyre 1999 testeten ein Programm für immobile Menschen , Saito 2012 testeten ein Programm für ältere Personen, die umgesiedelt sind und Zhang 2019 untersuchten ein Programm, dass sich an Kinderlose, oder solche Personen richtet, deren Kinder verzogen sind und denen es dadurch an Unterstützung mangelt .

In wenigen Studien umfasst die Zielgruppe auch das soziale Netzwerk der Teilnehmenden. Hier wird die Hypothese vertreten, dass Maßnahmen erfolgreicher sind, wenn sie Ressourcen aus der Nachbarschaft miteinbinden, um ein Gefühl der Gesellschaft und Beschäftigung und ein Gefühl der Zugehörigkeit im Nahraum zu schaffen [44]. Die Teilnehmenden der Studie von Fields 2020 sollten über eine Tablet- und Internetschulung Kompetenzen erhalten, mit ihrem Netzwerk in Kontakt zu bleiben beziehungsweise mit neuen Personen in Kontakt zu treten. Bei Chan 2017 sollten Betroffene anhand bestimmter Matchingverfahren neue Personen in der Nachbarschaft kennenlernen und bei Ristolainen 2020 war es auch Teil der Zielsetzung, Zugang zu professionellen Unterstützungsnetzwerken zu erhalten.

Mit Blick auf die Gründe, warum Personen sich entschlossen haben, an Studien mit Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit teilzunehmen, zeigte die qualitative Untersuchung von Hind 2014 / Mountain 2014 ein interessantes Ergebnis: manche Teilnehmenden betonten, dass sie vor allem teilnahmen, um dem Studienteam, anderen Betroffenen oder zukünftig Betroffenen zu helfen.

Im Rahmen des Stakeholder-Workshops wurde deutlich, dass die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems überzeugt davon waren, dass der Inhalt von einzelnen Maßnahmen nicht im Vordergrund steht und es letztlich darum gehen muss, in Kontakt zu kommen. Das Wichtigste sei aus ihrer Sicht eine möglichst breite wohnortnahe Angebotsstreuung in Bezug auf Durchführungsorte, -zeiten, Inhalt und Zielgruppe. Die Gemeinsamkeit sollte sein, dass diese Angebote niedrigschwellig sind, die konkret vorhandenen Bedarfe auch bedient werden können und sie auf Dauer ausgelegt sind. Insbesondere ältere Menschen, die von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen sind, seien nicht in der Lage sich von einem Projekt in das nächste Projekt einzufinden.

Den interviewten Betroffenen war es ebenfalls wichtig, dass die Angebotsgestaltung partizipativ und bedürfnisorientiert erfolgt. Aus ihrer Sicht haben Einzelgespräche, die bei Besuchen in der Wohnung der Betroffenen stattfinden und Gruppenaktivitäten, je nach Bedarf, ihre Berechtigung. Bei Gruppenaktivitäten äußerten die Betroffenen Vorlieben für Ausflüge, Gedächtnisübungen, „Kaffeeklatsch“, Gesellschafts- und Kartenspiele und das Singen alter Lieder. Zurückhaltend äußerten sie sich im Hinblick auf Gymnastik und religiöse Themen. Die interviewten Betroffenen meinten, dass es wichtig sei, immer verschiedene Themen innerhalb einer Gruppe zur Auswahl zu haben. In einigen Interventionsstudien kamen Angebote mit körperlicher Aktivität wiederum sehr gut an [59,73], sie sollten aber verschiedene Leistungsniveaus berücksichtigen [64]. In zwei eingeschlossenen Studien wurden zusätzlich noch die Themen gemeinsames Puzzeln, die Nutzung sozialer Einrichtungen, finanzielle Beratung, die Vermittlung von Maßnahmen, die in der Wohnung erledigt werden müssen, die Vermittlung pflegerischer und medizinischer Leistungen sowie die Vermittlung von Aktivitäten in der Nachbarschaft adressiert [72]. Die orientierende

Recherche zu sozialen und organisatorischen Aspekten von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit zeigte darüber hinaus, dass Interventionen möglichst ein produktives Element besitzen sollten, durch das die Teilnehmenden etwas erleben oder entwickeln können [44].

In einer qualitativen Untersuchung teilten Cattan 2003 die Teilnehmenden in zwei Gruppen ein. Unterschieden wurden die Teilnehmenden mit Blick auf ihren Umgang mit Einsamkeit und sozialer Isolation. Ältere Menschen, die sich Gruppen anschlossen, die "aktiven Einsamen", hatten oft ein aktives Leben geführt, waren berufstätig und kümmerten sich um Familien. Viele beschrieben ihr Bedürfnis nach kontinuierlichen sozialen Kontakten, nach dem Gefühl gebraucht und respektiert zu werden, und danach, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Die andere Gruppe, die „nicht-aktiven Einsamen“, bildet die oft intendierte Zielgruppe von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit. Es sind die gebrechlichen Älteren, die bisher ein wenig aktives Leben geführt haben. Diese Zielgruppe wird oft nicht erreicht [81].

Grundsätzlich hatten die interviewten Betroffenen am meisten Bedenken hinsichtlich einer „künstlichen“ Atmosphäre, die leicht in einer inszenierten Gruppe, aber auch in Einzelgesprächen entstehen könnte und potenziell Teilnehmende abschrecken würde. Analog äußerten manche Teilnehmende einer in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studie, dass sie große Bedenken gehabt haben, einfach jemand völlig Fremdes anzurufen [68]. In der Studie von Hind 2014 / Mountain 2014 berichteten die Teilnehmenden einer telefonisch durchgeführten Gruppenintervention, dass es schwierig war, sich zu äußern, weil sie immer das Gefühl hatten, jemandem ins Wort zu fallen oder Angst hatten, dass plötzlich alle gleichzeitig sprechen. Teilnehmende einer anderen Studie (Ristolainen 2020) bemängelten in diesem Zusammenhang, dass kein Gruppengefühl aufkommt und sich keine Natürlichkeit einstellt, wenn die Gruppenmitglieder häufig wechseln oder die Abstände zwischen den Treffen zu lang sind . Die Teilnehmenden dieser Studie hatten große Bedenken, dass sie nicht wissen, worüber sie mit den anderen Personen reden sollten, wenn sie sich nicht kennen [62]. Teilnehmende der Studie von Hind 2014 / Mountain 2014 berichten dazu auch, dass sie keine Lust hatten, Themen zu vertiefen, die sie nicht interessierten. Ein Aspekt, der in der Studie anklang, war, dass teilweise der Wunsch nach Abendangeboten geäußert wurde, diese aber nie verfügbar seien [72]. Insgesamt wurde in den eingeschlossenen Studien mit Gruppeninterventionen versucht, die Gruppen möglichst homogen zu halten, damit sie möglichst harmonisch abliefen [74-76].

Aspekte von sozialer Ungleichheit bei der Nutzung von Maßnahmen

Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems beschrieben die Menschen, die an Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit teilnehmen, insbesondere in großstädtischen Seniorentreffs, als kulturell sehr divers. Die Mitarbeitenden erhalten daher regelmäßig interkulturelle Schulungen. Laut der befragten professionellen Akteur:innen

haben insbesondere hochaltrige Personen jedoch Schwierigkeiten mit kultureller Vielfalt. Darüber hinaus bestehe immer ein erhöhtes Risiko, Minderheiten in einem Stadtteil zu übersehen. Um soziale Ungleichheiten möglichst gering zu halten, sind die Niedrigschwelligkeit und die Erreichbarkeit des Angebots zentral. Der Weg aus der Isolation und / oder Einsamkeit könne nur wohnortnah erfolgen. Angebote sollten passgenau sein und auf einer umfassenden Bedarfsanalyse fußen, die alle Bevölkerungsgruppen abbildet. Wie in allen gesellschaftlichen Bereichen gibt es eine wesentlich geringere Angebotsdichte in ländlichen Regionen und damit sinkt auch die Vielfalt der Angebote. Die professionellen Akteur:innen schlussfolgern, dass es für Betroffene somit schwerer ist Angebote zu finden und wahrzunehmen.

Alle interviewten Betroffenen hoben hervor, dass mögliche Kosten beziehungsweise Kostenbeteiligungen sozial verträglich ausgestaltet sein müssen, um keine Personen auszuschließen. Ebenso war es ihnen wichtig, dass bei allen Angeboten auch der Weg zu den Angeboten und wieder zurück gewährleistet sein muss. Insbesondere vulnerable Gruppen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind oder wenig Geld zur Verfügung haben, würden sonst systematisch von den Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit ausgeschlossen. Dies betrifft vor allem auch auf dem Land lebende Menschen ohne eigenes Verkehrsmittel. Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems teilten dazu mit, dass eine Kostenübernahme durch die Sozialämter bei festgestelltem Bedarf grundsätzlich möglich ist. Theoretisch bekommen Sozialämter von kontakthabenden Behörden den Leistungsbedarf der Betroffenen mitgeteilt und werden selbstständig tätig. Praktisch müssen hilfebedürftige Personen aber meist selbst aktiv werden, um eine Leistung zu erhalten. Lediglich in manchen Fällen kann auf dem regulären Weg eine aufsuchende Sozialarbeit initiiert werden.

Die in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Interventionsstudien haben für die Teilnahme an der jeweiligen Studie keine Gebühren erhoben und bei Bedarf den Transport mit Minibussen [62,74-76] oder auch den erforderlichen Internetzugang [67] sichergestellt. Wenn keine Transportmöglichkeiten zur Verfügung gestellt wurden, blieben benachteiligte belastete Personen den Angeboten fern und nur verhältnismäßig gesunde ältere Menschen haben teilgenommen [64]. Bei einer regelhaften Versorgung muss laut den befragten professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems die Kostenübernahme über die Sozialgesetzbücher geklärt werden, wenn das Einkommen einer Person, sie von einer möglichen Teilnahme abhalten würde.

Um soziale Ungleichheiten zu vermeiden, sollten immer soziodemografische Faktoren wie Alter, Armut und Pflegebedürftigkeit, das soziale Umfeld, d. h. Zugang zu Verkehrsmitteln, Führerscheinstatus und Wohnort, sowie die körperliche oder geistige Gesundheit berücksichtigt werden (Fakoya 2020). Fakoya stellten darüber hinaus fest, dass die Primärforschung zu den Themen soziale Isolation und Einsamkeit überwiegend auf die

weibliche Bevölkerung ausgerichtet war. Interventionen nehmen daher oft weibliche Interessen in den Fokus [43,79]. Hierdurch erklären einige Autoren die meist höheren Teilnahmequote von Frauen in den eingeschlossenen Interventionsstudien [66,72]. Insgesamt zeigte sich, dass die Bedürfnisse von weniger gut erforschten Gruppen selten berücksichtigt werden. Menschen mit körperlichen Behinderungen, ethnische Minderheiten, pflegende Angehörige, Neueingewanderte, Menschen mit Hör- und Sehbehinderungen, Menschen, die seit langem isoliert sind, sowie ältere Männer werden durch die Interventionen oft nicht angesprochen oder ausgeschlossen [43,81]. Darüber hinaus wurde von Courtin 2017 festgestellt, dass Interventionsstudien selten hinreichende Subgruppenanalysen für eine differenzierte Betrachtung der Effektivität beinhalten [85].

In Publikationen der orientierenden Recherche zu sozialen und organisatorischen Aspekten von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit fand sich der Hinweis, dass eine Kerngruppe von wortgewandten, hauptsächlich aus der Mittelschicht stammenden, einigermaßen fitten, „aktiven, einsamen“ älteren Menschen mit aktiven sozialen Netzwerken eher an den Aktivitäten teilnimmt als gebrechliche, weniger aktive ältere Menschen. Dabei sind sie meist die ursprünglich vorgesehene Zielgruppe [60,81]. Ältere Menschen mit schlechterer Lebensqualität können schlechter erreicht werden und sie nehmen auch seltener an Interventionsstudien teil [62]. Personen, die eine erhöhtes Risiko für Einsamkeit aufweisen, haben zudem ein geringeres Selbstvertrauen und damit eine geringe Motivation auf eine Einladung zu reagieren [64]. Häufiger ausgeschlossen wurden darüber hinaus Menschen mit mehr Behinderungen, die auf Hilfe bei der Bewegung angewiesen waren, an Demenz litten, in Pflegeeinrichtungen lebten oder eine schwere Herzinsuffizienz hatten [63,68,74-76]. Gleichzeitig haben Menschen mit stärkeren gesundheitlichen Einschränkungen Interventionen häufiger abgebrochen [67,72,73].

Auf der anderen Seite kann es Interventionsstudien mit präventivem Ansatz die Rekrutierung / Gewinnung von Studienteilnehmer:innen erschweren, wenn diese wenig Unterstützungsbedarf für sich selbst sehen und damit auch keine Notwendigkeit für eine Teilnahme sehen [60]. Bei Onrust 2008 / 2010 zeigte sich, dass ausschließlich besonders benachteiligte Gruppen von der Intervention profitiert haben, während die verwitweten Personen mit geringen Einsamkeitswerten zu Studienbeginn und vorhandener sozialer Unterstützung keinen Effekt zeigten. Für Maßnahmen, die rein instrumentelle Kompetenzen ausbauen wollten, wie die Pflege von Kontakten über das Internet, oder die direkte Vermittlung von pflegerischer Unterstützung in der Nachbarschaft, berichten die Autor:innen eine Verstetigung der Ungleichheit. Menschen, die vorher keine Kontakte oder Unterstützung hatten, konnten durch neue Kommunikationsmöglichkeiten auch keine neuen Kontakte aufbauen [67] oder fühlten sich durch die sachbezogenen Unterstützungsleistungen dennoch subjektiv nicht unterstützt [65].

Nicht zuletzt zeigte sich ein Stadt-Land-Gefälle, wenn Maßnahmen in beiden Regionen untersucht wurden. In Orten mit einer weniger ausdifferenzierten Infrastruktur konnten dann teilweise nicht alle Angebote angeboten werden [62,74-76].

Festzuhalten ist außerdem, dass Besuchsdienste oder telefonische Angebote die Zugänglichkeit für körperlich kranke Personen oder Personen mit funktionellen Behinderungen erst ermöglichten, während Gruppenangebote höhere Anforderungen an die Teilnehmenden stellen [68,70,71].

Aspekte von Werbung und Ansprache der Maßnahmen

Die Erkenntnis, dass es schwierig ist, ältere Menschen mit schlechter Lebensqualität zu erreichen ist für die erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen wichtig. Diese Menschen nehmen eher nicht an Interventionen teil [62], ebenso wie Menschen, die sich nicht sehr gut artikulieren können [81]. Die interviewten Betroffenen formulierten diese Gefahr ebenfalls und schlugen vor, dass Maßnahmen umfassend beworben sein sollten. So könnten zum Beispiel Broschüren als niedrigschwellige Maßnahme in ärztlichen Wartezimmern und in Apotheken ausliegen, weil dort auch zurückgezogene ältere Menschen erreicht werden könnten. Als erfolgversprechend wurde aber auch der direkte Einwurf in die Briefkästen beschrieben. Für am wichtigsten halten die beiden Befragten die persönliche Ansprache von potenziell einsamen Menschen. Aus ihrer Sicht sollte das Personal in hausärztlichen Praxen mehr darauf achten, ob jemand einsam ist und dann gegebenenfalls an geeignete Maßnahmen vermitteln. Ebenso könnten Sozialstationen und Kirchenvereine stärker sensibilisiert werden. Die Bekanntmachung über Anzeigen in Zeitungen oder schwarzen Brettern kann ergänzen, sollte aber nie die einzige Methode sein.

Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems verwiesen im Rahmen des Stakeholder-Workshops ebenfalls auf Werbematerialien im ambulanten und stationären medizinisch / pflegerischen Bereich. Zusätzlich gäbe es auch Bemühungen, Maßnahmen auf verschiedenen Internetplattformen zu bewerben. Die Zusammenarbeit mit hausärztlichen Praxen wird als wichtig erachtet, sei aber bisher noch unzureichend. Im Grundsatz schätzen sie, dass Werbung und Ansprache in der Regel auf dem Peer-to-Peer Prinzip basiert. Seniorenberatungsstellen sind beispielsweise Jahrzehnte alt und im Quartier bekannt. Daher funktioniere Mund-zu-Mund Propaganda am besten. Dies bestätigten auch Interviews mit Betroffenen aus der Untersuchung von Cattan 2003, bei der Mundpropaganda der häufigste Weg zu einer Aktivität war.

Die Befragten in der Studie von Cattan 2003 wiesen auch darauf hin, dass die Dienste und Maßnahmen, ältere Menschen nicht als homogene Gruppen begreifen dürfen. Es ist nicht immer davon auszugehen, dass alle älteren Menschen Aktivitäten zur Linderung von sozialer Isolation und Einsamkeit wünschten. Einige von ihnen waren vielleicht schon immer

„Privatpersonen“ oder sie haben sich im späteren Leben allmählich aus der Gesellschaft zurückgezogen.

Die Erkenntnis, dass es schwierig ist / sein kann ältere von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffene Menschen mit Maßnahmen zu erreichen, zeigte sich auch in den Rekrutierungsergebnissen vieler der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Interventionsstudien. Teilnahmequoten von 1,6 % [60], ca. 3 % [74-76], 8-10 % [63,70,71], 20 % [73] konnten ermittelt werden, wenn beispielswiese örtliche Registerdaten genutzt wurden. Interventionsstudien, die breit angelegte unsystematische Rekrutierungsstrategien wie Aushänge in Seniorenzentren, Flyern in öffentlichen Gebäuden, Vorlesungen in öffentlichen Universitäten, Radiowerbung, Annoncen in der Zeitung, Broschüren in Apotheken und lokalen Gesundheitszentren nutzten, konnten keine konkrete Teilnahmequote ableiten [60,62,64,72]. Eine Studie hat in einem Stadtteil mit niedrigem sozioökonomischen Status alle Frauen angerufen und sie bei Bedarf rekrutiert. Eine Teilnahmequote konnte jedoch nicht berechnet werden, da keine Grundgesamtheit angegeben wurde [68]. Neben, den bereits erwähnten Rekrutierungswegen, schlossen manche Interventionsstudien nur Teilnehmende ein, die bereits zuvor in einer entsprechenden Organisation für ältere Menschen angemeldet waren [67] oder die bereits einer Forschungsdatenbank [60] angehörten. Genutzt wurden auch Pflegemanager und Experten aus kleineren lokalen gemeinnützigen Organisationen [62].

Eine weitere Studie versuchte auf Basis des Peer-to-Peer-Prinzips, neben Teilnehmenden auch Ehrenamtliche zu rekrutieren, die dann die Maßnahmen durchführen sollten [59,60]. Grundvoraussetzung für diese Art Intervention ist eine Kooperation mit großen Ehrenamtlichenorganisationen (Caritas, DRK, etc.). Wenn Ehrenamtliche gewonnen werden können, kann es gleichzeitig gelingen, sie und ihr soziales Netzwerk zur Rekrutierung zu nutzen, wobei unterstrichen wurde, dass hier kein sozialer Druck aufgebaut werden darf, um potenziell Teilnehmende zu überreden [59].

Aspekte der professionellen Beziehung zwischen den Anbietenden und den Betroffenen

Laut der professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems werden in Deutschland Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter meist aus einer Kombination von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen organisiert und angeboten. Mit dem sozioökonomischen Status einer Nachbarschaft steigt zudem der Anteil von Ehrenamtlichen in den Angeboten. Während Seniorentreffs in wohlhabenden Gegenden meist von ehrenamtlichen Senior:innen geleitet werden, arbeitet in Stadtteilen mit niedrigem sozioökonomischem Status vermehrt sozialpädagogisches Fachpersonal. In diesen Stadtteilen haben die Angebote auch eher sozial beratenden Charakter, während Angebote in wohlhabenden Gegenden mehr Freizeitcharakter haben.

Die interviewten Betroffenen haben ausschließlich von Aktivitäten mit Freizeitcharakter berichtet und auch hier über das Engagement von Ehrenamtlichen. Die Grenze zwischen Anbietenden und Teilnehmenden verschwimmt hier teilweise, da wie in den Interviews berichtet, Ehrenamtliche oft auch von Einsamkeit Betroffene sind, die gleichzeitig Aufgaben übernehmen und Angebote anbieten. Viele Maßnahmen zeichnen sich daher auch durch den Charakter einer Selbsthilfegruppe aus, in der es keine institutionellen Hierarchien gibt. Gleichwohl gibt es dadurch auch keinen Anspruch auf Professionalität oder auf feste Qualitätskriterien. Beispielsweise hatten die ehrenamtlich Moderierenden aus einer Studie (Hind 2014 / Mountain 2014) sehr unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Gestaltung von Gruppenprozessen. Einige ließen die Gruppe „einfach laufen“ und andere „griffen streng ein“.

Die verschwimmende Grenze zwischen Betroffenen und Helfenden ermöglicht gleichzeitig einen niedrigschwelligen Umgang auf Augenhöhe, auch für Menschen mit sehr geringem Selbstbewusstsein und Kontakt zur Außenwelt [60,63,66,69-71,81]. Die Studie von Chan 2017 zeigte, dass die Nähe zwischen den gematchten Ehrenamtlichen und den älteren Menschen ein Gefühl von Nachbarschaft erzeugen kann, in der durch Peer-Beziehungen sofortige Hilfe verfügbar wäre, wenn sie benötigt wird. Wie von den professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems skizziert, fanden diese Maßnahmen durch eine Mischung aus professionellen Akteur:innen und Ehrenamtlichen statt. Sie haben vor allem die Rekrutierung und Schulung von Ehrenamtlichen sowie die Passung mit den Teilnehmenden organisiert [59,63,65-67,69,73]. Die Befragten aus einer Studie der orientierenden Recherche betonten die Bedeutung der Gegenseitigkeit in der Beziehung zwischen Ehrenamtlichen und den von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffenen älteren Menschen und wiesen darauf hin, dass das gemeinsame Alter, die Kultur und der soziale Hintergrund zum Erfolg des Dienstes beitragen [81]. Ehrenamtliche, die in anderen Lebenswelten oder Lebensphasen verortet sind, die beispielsweise im Rahmen des Gerontologiestudiums ältere Menschen besuchten, konnten aber auch eine gute Paarung zeigen [69].

Die Rekrutierung, Organisation, und Schulung von Ehrenamtlichen kann von den professionellen Akteur:innen sehr viel abverlangen, da Ehrenamtliche meist noch viele andere Verpflichtungen haben und unzuverlässiger sein können als Hauptamtliche. Liegen diese Aspekte vor kann es zu Verzögerungen und Engpässen bei der Bereitstellung von Maßnahme kommen [60,66]. Die Bereitstellung der Maßnahme ist dadurch immer durch einige Unwegsamkeiten gekennzeichnet. Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems gaben zusätzlich zu bedenken, dass in der Regel – bei der Entwicklung und Planung von Maßnahmen – keine konkreten (und messbaren) gesundheitsrelevanten Endpunkte im Vordergrund stehen. Meist würde ein Bedarf angenommen, der dann mit einem Angebot gedeckt werden soll. Es steht die Teilnahme und die damit verbundene Zufriedenheit im Zentrum. Bei professionellen sozialarbeiterischen Angeboten wird meist das Ziel

Empowerment verfolgt. Menschen, die von Einsamkeit betroffen sind, sollen dann befähigt werden, selbstständig Kontakte zu knüpfen beziehungsweise zu pflegen.

Durch die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems (Stakeholder-Workshop) als auch in der gesichteten Literatur wurde wenig über Kooperationen zwischen verschiedenen Berufen und mit verschiedenen Berufskulturen berichtet. Aber es scheint bei den befragten professionellen Akteur:innen grundsätzlich die Auffassung zu bestehen, dass soziale Isolation sowohl medizinische als auch soziale Auswirkungen hat, weshalb Gesundheits- und Sozialsysteme zusammenarbeiten sollten, um diese Probleme anzugehen.

6.3 Ergebnisse zu rechtlichen Aspekten

6.3.1 Einleitung

Soziale Isolation im Alter ist ein nur rudimentär verrechtlichtes Phänomen. So gibt es keine soziale „Isolationsversicherung“ zur Absicherung von Folgen des Alters als solchem. Jedoch bietet das deutsche Sozial- und Gesundheitsrecht Möglichkeiten, um dem Risiko sozialer Isolation im Alter mit rechtlichen Steuerungsmitteln zu begegnen. Soziale Isolation im Alter berührt die Risikobereiche mehrerer sozialrechtlicher Systeme zumindest mittelbar. Sozial isolierte ältere Menschen stehen nicht mehr im Erwerbsleben und sind möglicherweise auch nicht vermögend genug. Neben diesen finanziellen Risiken steigt im Alter auch das Risiko zu erkranken oder dauerhaft pflegebedürftig zu werden. Diese mit steigendem Lebensalter einhergehenden Risiken können vom deutschen Sozial- und Gesundheitsrecht auf unterschiedlichen Wegen abgefedert werden, namentlich durch finanzielle Transferleistungen und durch gesundheitsbezogene Sachleistungen.

Außer Betracht bleibt in diesem Bericht die Fallgestaltung, dass ältere Menschen zusätzlich zu (drohender) sozialer Isolation im Alter auch dauerhaft körperlich oder seelisch beeinträchtigt sind. Soziale Isolation im Alter wird nach der Berichtskonzeption als gesamtgesellschaftliches Phänomen verstanden, das typischerweise mit dem Alter einhergeht und daher keine außergewöhnliche gesundheitliche Lage darstellt, die eine Intervention nach dem Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen erfordert (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX).

Berührte Bereiche des Sozialrechts

Insbesondere für ältere Versicherte, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen (vergleiche §§ 9, 10 SGB VI), erbringen die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und die Sozialhilfe (SGB XII) finanzielle Transferleistungen, namentlich Rentenzahlungen (§§ 33 ff. SGB VI), Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 ff. SGB XII) und Grundsicherung im Alter (§§ 41 ff. SGB XII). Das Recht der Sozialhilfe enthält ausdrücklich ein Rangprinzip, nach dem Geldleistungen grundsätzlich Vorrang vor Sachleistungen haben; dennoch können

Sozialhilfeleistungen auch als Sachleistungen erbracht werden (§ 10 Abs. 3 SGB XII). Im Kontext dieses Berichts relevant ist dabei insbesondere die Altenhilfe (§ 71 SGB XII).

Stärker durch das Prinzip der Sachleistung geprägt sind die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und die soziale Pflegeversicherung (SGB XI). Um die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 Satz 1 SGB V) beziehungsweise Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung angewiesen sind (§ 1 Abs. 4 SGB XI), stellen die Kranken- und Pflegekassen ihre Leistungen grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung (§ 2 Abs. 2 SGB V, § 4 Abs. 1 SGB XI). Die Krankenkassen sind außerdem zentraler Aufgabenträger für die Prävention und Gesundheitsförderung – die Pflegekassen sind hierzu nur im speziellen Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen berufen – (§ 5 SGB XI) auch zur Verwirklichung des Gesundheitsziels „gesund älter werden“ (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 SGB V), das sie durch verhaltensbezogene Prävention im Einzelfall (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder durch Prävention in den Lebenswelten des Wohnens und der Freizeitgestaltung (§ 20a Abs. 1 SGB V) verfolgen kann [86].

Die rechtliche Untersuchung wird sich entsprechend der in diesem Bericht evaluierten Interventionsmaßnahmen auf Sachleistungsaspekte konzentrieren und die Systeme des SGB V und SGB XI sowie der Sozialhilfe (SGB XII) in den Blick nehmen, einschließlich der sogenannten Daseinsvorsorge in den Kommunen (Städten und Gemeinden) sowie der von kirchlichen und anderen gemeinnützigen Einrichtungen getragenen freien Wohlfahrtspflege.

Sozialversicherung als Netz für spezifische Risiken

Die Prävention und Reduktion von sozialer Isolation im Alter in der Sozialversicherung und insbesondere in der Krankenversicherung ergibt sich aktuell eher als Reflex der Regelungen, ist nicht aber als ihr Hauptzweck vorgesehen. Das folgt daraus, dass die Sozialversicherung stets an Lebensrisiken anknüpft, die über eine (potenzielle) soziale Isolation im Alter hinausgehen, namentlich Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Behinderung und (auch altersbedingte) Erwerbsunfähigkeit. Diese Anknüpfung an bestimmte Risiken ist rechtlich zwingend, weil die Leistungen der Sozialversicherung grundsätzlich aus Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert werden sollen – ergänzt durch Zuschüsse des Bundes (vgl. § 150 SGB III, § 20 Abs. 1 SGB IV, §§ 3 Satz 1, 220 Abs. 1 SGB V, § 153 Abs. 2 SGB VI, § 150 Abs. 1 SGB VII, § 54 Abs. 1 SGB XI). Der Anlass der Beitragserhebung muss deshalb mit dem Zweck der Beitragsverwendung verknüpft sein; Sozialversicherungsbeiträge dürfen nicht wie Steuern zu jedwedem Zweck verwendet werden. Krankenversicherungsbeiträge dürfen nur zur Finanzierung von Leistungen der Krankenbehandlung, Pflegeversicherungsbeiträge nur zur Finanzierung von Pflegeleistungen verwendet werden [87]. Dieser Zweckbindung nicht unterworfen ist allerdings die nicht beitrags-, sondern steuerfinanzierte Sozialhilfe, hier vor allem in Gestalt der Altenhilfe (§ 71 SGB XII).

Die oben genannten Strukturen gilt es bei der Untersuchung von Interventionsmaßnahmen gegen soziale Isolation im Alter zu beachten. Beispielsweise müssen beitragsfinanzierte Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen auch dem Ziel, Versicherte gesund älter werden zu lassen (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 SGB V), der Vermeidung von Krankheiten dienen. Eine Krankheit in diesem Sinne ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit ärztlicher Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat [88]. Soziale Isolation im Alter muss nicht zwingend zu einem in diesem Sinne behandlungsbedürftigen Zustand führen, dennoch bestehen Gesundheitsrisiken insbesondere im Hinblick auf Depressionen, Angststörungen, wahnhafte Störungen, der Begünstigung von Paranoia, aber auch auf somatische und psychosomatische Folgen (vergleiche 1.2.2).

Zwei unterschiedliche Kategorien von Interventionsmaßnahmen bei sozialer Isolation im Alter sind in diesem Bericht evaluiert worden. Es stellt sich daher die Frage, ob und wie derartige Interventionsmaßnahmen aktuell in Deutschland bereits rechtlich verankert sind oder dies noch geschehen kann. Für eine zweckmäßige Untersuchung lassen sich die in diesem HTA-Bericht betrachteten Interventionsmaßnahmen in zwei Bereiche einteilen, nämlich

- Unterstützungsangebote (Interventionen), welche hauptsächlich durch Ehrenamtliche umgesetzt werden und
- Unterstützungsangebote (Interventionen), welche hauptsächlich durch ausgebildetes, bezahltes Personal umgesetzt werden.

6.3.2 Gegenwärtiges Sozial- und Gesundheitsrecht

Nachfolgend wird beleuchtet, inwieweit das aktuell geltende Sozial- und Gesundheitsrecht die untersuchten Interventionsmaßnahmen bereits als Leistungen für ältere Menschen vorsieht und welche Änderungsbedarfe bestehen.

Besuchsdienste von Ehrenamtlichen für ältere Menschen

Rolle der freien Wohlfahrtspflege

Besuchsdienste werden gegenwärtig auf niedrigschwelliger Ebene vor allem durch ehrenamtliche Träger der freien Wohlfahrtspflege angeboten (vergleiche § 5 Abs. 1 SGB XII). Die Angebote unterscheiden sich dabei von Gemeinde zu Gemeinde und von Stadt zu Stadt, ein allumfassender Leistungsüberblick ist nicht auszumachen [89-92]. Finanziert werden diese Besuchsdienste durch Spenden und Mitgliedsbeiträge der Träger.

Rolle der Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung kennt seit einigen Jahren die sogenannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (AUA-Leistungen) §§ 45a-45d SGB XI. Diese sollen Pflegepersonen entlasten und Pflegebedürftigen helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu

bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können (§ 45a Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Unter anderem dienen sie dazu, pflegebedürftige Personen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags zu unterstützen (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI). Diese „Alltagsbegleitung“ deckt sowohl professionelle Besuchsdienste als auch die Vermittlung ehrenamtlicher Besuchsdienste ab (vergleiche § 45a Abs. 1 Satz 5 SGB XI) [93].

AUA-Leistungen sind jedoch keine allgemeinen Bürger- oder Altenhilfeleistungen, sondern besondere Leistungen der Pflegeversicherung [92]. Die besuchten älteren Menschen müssen folglich pflegebedürftig sein, also für mindestens sechs Monate gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen; es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht vollständig kompensieren oder bewältigen können (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Bei der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit stehen vor allem physio- und psychopathologische Kriterien im Vordergrund (Mobilität, Kognition, Verhaltensauffälligkeiten, Selbstversorgung). Auch die Fähigkeit zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte einschließlich der Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und der Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds ist ein Kriterium zur Bemessung der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 2 Nr. 6 SGB XI). Diese Fähigkeit wird in der Gesamtbeurteilung der Pflegebedürftigkeit aber nur im Umfang von 15 Prozent gewichtet (§ 15 Abs. 2 Satz 8 Nr. 5 SGB XI), während zum Beispiel die Fähigkeit der Selbstversorgung mit 40 Prozent deutlich stärker gewichtet ist (§ 15 Abs. 2 Satz 8 Nr. 5 SGB XI). Daneben gehen folgende Fähigkeiten in die Bemessung ein: Mobilität mit 10 %, kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 %; Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 % (§ 15 Abs. 2 Satz 8 Nr. 1, 2, 4 SGB XI).

Selbst eine akute soziale Isolation im Alter allein kann daher für sich genommen einen Anspruch auf AUA-Leistungen nicht begründen.

Rolle der Sozialhilfe, insbesondere Altenhilfe

Weiterhin sieht die Sozialhilfe in Gestalt der Altenhilfe beispielhaft Leistungen vor, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglichen (§ 71 Abs. 2 Nr. 6 SGB XII). Hierbei geht es nicht nur um Kontakte zu Partner:innen und Verwandten, sondern zu jedem darüber hinausgehenden Personenkreis, zu dem eine besondere emotionale Bindung besteht [94,95]. Die Träger der Sozialhilfe sollen derartige Leistungen auch erbringen, wenn sie der Vorbereitung auf das Alter dienen (§ 71 Abs. 3 SGB XII); die Altenhilfe ist also nicht zwingend an das Erreichen starrer Altersgrenzen gebunden, sondern kann auch vorbeugend geleistet werden [95,96]. Die

Trägerschaft kann in den Ländern unterschiedlich ausgestaltet sein. Als örtliche Träger sind grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte berufen (§ 3 Abs. 2 Satz 1 SGB XII). Altenhilfe soll insgesamt dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken (§ 71 Abs. 1 Satz 2 SGB XII). Diesem weiten Leistungsverständnis entspricht es, dass Altenhilfe in weiten Teilen sogar ohne die sozialhilfetypische Berücksichtigung von vorhandenem Einkommen oder Vermögen geleistet werden soll (§ 71 Abs. 4 SGB XII). Demnach müssen die älteren Menschen zur Gewährung dieser Leistungen also nicht zwingend besonders „arm" sein.

Besuchsdienste durch Ehrenamtliche für ältere Menschen im Sinne der Studien von Onrust 2008 / 2010 zielen nicht auf eine Verbindung mit bereits vorher nahestehenden Personen im Sinne des § 71 Abs. 2 Nr. 6 SGB XII ab; sie sollen überhaupt erst einen Kontakt zwischen den alten Menschen und einer oder mehreren anderen Personen herstellen und vertiefen. Unter das Beispiel der „Verbindungspflege" nach § 71 Abs. 2 Nr. 6 SGB XII fällt diese Interventionsmaßnahme folglich nicht. Eine Zuordnung zum gesamten, weiten Spektrum der Altenhilfeleistungen ist dadurch aber nicht versperrt, da der mögliche Leistungsinhalt weit über die Beispielsleistungen hinausgeht [97]. Es können daher neben der Kontaktvermittlung auch beispielsweise Fahrt- oder Kommunikationskosten übernommen werden [98].

Zu beachten ist aber, dass es nach §§ 17 Abs. 1, 71 Abs. 1 SGB XII grundsätzlich keinen Anspruch der älteren Menschen auf konkrete Leistungen der Altenhilfe gibt; diese können also vom Sozialhilfeträger prinzipiell nicht direkt verlangen, die konkret gewünschte Leistung eines Besuchsdienstes zu erbringen [99]. Der Sozialhilfeträger „soll" nach dem Wortlaut der Vorschrift zwar Leistungen der Altenhilfe erbringen; in der Frage, welche das sind, hat er aber ein Auswahlermessen vergleiche [100]. Wenn indes der Sozialhilfeträger bereits in fortlaufender Verwaltungspraxis konkrete Leistungen der Altenhilfe gewährt, hat er sich selbst gebunden, was sich zu einem zielgerichteten Anspruch der älteren Menschen, zum Beispiel auf einen Besuchsdienst, verdichten kann [99].

Die Altenhilfe ist in der gegenwärtigen Praxis der Rechtsanwendung und Rechtsprechung von äußerst geringer Relevanz. Die Datenbank juris verzeichnete am 7.5.2021 nur zehn sozialgerichtliche Entscheidungen zu § 71 SGB XII – zum Vergleich: zur Leistungsgrundnorm der Krankenversicherung (§ 27 SGB V) wurden 1962 Gerichtsentscheidungen verzeichnet. Nur etwa 1 % der Empfänger von Hilfen in besonderen Lebenslagen nehmen sie in Anspruch [101]. Der Anteil der Ausgaben für Altenhilfe betrug 2011 nur ca. 0,03 % der Gesamtausgaben für Sozialhilfe [102], und nur ein einziges Mal ist ein Rechtsstreit aus dem Bereich Altenhilfe bis zum Bundessozialgericht vorgedrungen. Dessen Urteil [103] hat klargestellt, dass der subsidiäre Anspruch auf Altenhilfe individualisierte altersbedingte Schwierigkeiten

voraussetzt und nicht schon allein das Alter eines Menschen Ansprüche auf Altenhilfe auslöst. Ziel der Altenhilfe in ihrer jetzigen Gesetzesfassung ist die Deckung von zusätzlichen, aus den körperlichen, seelischen oder geistigen Alterserschwernissen herrührenden Bedarfslagen [103]. Zu derartigen Bedarfslagen gehört insbesondere auch die (drohende) Isolation und Vereinsamung aus altersbedingten Gründen, zum Beispiel nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder dem Verlust des Partners [103]. Trotz des fortschreitenden demographischen Wandels führt die Vorschrift aber auch heute noch ein „Nischendasein" [101] und kann keine Grundlage umfassender rechtspolitischer Konzepte zur Hilfe für ältere Menschen darstellen [103,104]. Sie wird daher seit längerer Zeit kritisiert und als reformbedürftig angesehen, um den besonderen Bedarfen älterer Menschen jetzt und in Zukunft besser, vor allem kommunen- und sektorenübergreifend begegnen zu können [101,105].

Wenn ein Besuchsdienst schon durch die freie Wohlfahrtspflege erbracht wird, sollen die Träger der Sozialhilfe von eigenen Maßnahmen absehen (§ 5 Abs. 4 Satz 1 SGB XII). Das entspricht der grundsätzlichen Nachrangigkeit der Sozialhilfe (§ 2 Abs. 1 SGB XII).

Schon nach dem aktuellen Stand des Sozial- und Gesundheitsrechts kann daher die Interventionsmaßnahme eines Besuchsdienstes durch Ehrenamtliche über das Instrument der Altenhilfe umgesetzt werden. Es ist dabei nicht erforderlich, dass bei den älteren Menschen bereits aufgrund einer sozialen Isolation eine Krankheit diagnostiziert worden ist.

Professionelle Interventionen in Form von Gruppenaktivitäten für ältere Menschen

Die gegenwärtige Rechtslage zu professionellen Interventionen durch Gruppenaktivitäten für ältere Menschen ist im Wesentlichen derjenigen der Besuchsdienste durch Ehrenamtliche gleichgelagert.

Rolle der Pflegeversicherung

Der Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen zur Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Personen wird durch die Pflegekassen gefördert (§ 45d Satz 1 SGB XI). Solche Selbsthilfegruppen verfolgen das Ziel, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angeboten ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen sowie von deren Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Personen zu bessern (§ 45d Satz 13 SGB XI, vergleiche auch § 45c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI). Daneben umfassen die bereits erwähnten Angebote zur Unterstützung im Alltag (sogenannte AUA-Leistungen) auch Betreuungsangebote, in denen die Pflegebedürftigen in Gruppen betreut werden können, um soziale Kontakte aufrechtzuerhalten (§ 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI). Wiederum kann eine soziale Isolation im Alter aber nach geltendem Recht für sich genommen keine Ansprüche auf entsprechende

Angebote begründen, solange die älteren Menschen nicht auch pflegebedürftig sind. In den Studien von Pitkala 2009 / 2011 und Routasalo 2009 waren die teilnehmenden älteren Menschen jedenfalls nicht so stark körperlich oder seelisch eingeschränkt, dass ihnen nach deutschem Recht ein hoher Pflegegrad attestiert worden wäre. Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme waren beispielsweise eine mittlere bis starke Demenz, eine dauerhafte Inanspruchnahme stationärer Pflege sowie (für bestimmte Aktivitäten) Herz-Kreislauf-Probleme.

Rolle der Sozialhilfe, insbesondere Altenhilfe

In der Altenhilfe gibt es bereits eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für professionell betreute Gruppenaktivitäten für ältere Menschen, nämlich das Leistungsbeispiel des § 71 Abs. 2 Nr. 5 SGB XII. Hiernach kommen als Leistungen der Altenhilfe insbesondere „Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen“ in Betracht. Hierdurch sollen soziale Kontakte einer größeren Bandbreite erhalten, neu geschaffen oder reaktiviert werden [106]. Abgedeckt sind unstreitig zahlreiche Varianten von Gruppenaktivitäten, etwa Unterhaltungsnachmittage, Tanzveranstaltungen, Konzerte, Volkshochschulkurse oder Ausflugsfahrten [106,107]; und zwar auch und gerade solche, die sich nicht speziell oder ausschließlich an ältere Menschen richten (sogenannte offene Altenhilfe), um diese nicht aus der übrigen Gesellschaft auszugliedern [107-109].

Schon nach dem aktuellen Stand des Sozial- und Gesundheitsrechts kann daher die Interventionsmaßnahme professionell betreuter Gruppenaktivitäten über das Instrument der Altenhilfe umgesetzt werden. Es ist dabei nicht erforderlich, dass bei den älteren Menschen bereits aufgrund einer sozialen Isolation eine Krankheit diagnostiziert worden ist.

6.3.3 Reformbedarf und Regelungsausblick

Kein Reformbedarf im engeren Sinn

Wegen der im Recht verankerten Möglichkeiten der Altenhilfe gibt es für Besuchsdienste durch Ehrenamtliche und Gruppenaktivitäten älterer Menschen keinen Reformbedarf im engeren Sinn. Es stellt sich allerdings die Frage, ob die Kranken- und Pflegekassen stärker mit den Strukturen der kommunalen Altenhilfe verzahnt werden könnten, um den Risiken sozialer Isolation im Alter entgegenzuwirken.

Gesamtstrukturreform

Eine seit einiger Zeit diskutierte Gesamtstrukturreform der Altenhilfe hin zu einer ganzheitlichen Altenpolitik [105] mit Einschluss entsprechender Besuchsleistungen und Strukturen für Gruppenaktivitäten wäre ein weiterer Weg, kann aber nur auf der rechtspolitischen Makroebene bewältigt werden. Die umfassenden bundes-, landes- und

kommunalrechtlichen Anpassungen, die hierdurch verursacht würden, können gegenwärtig nicht abgesehen werden.

Stärkere Verzahnung der Altenhilfe mit den Krankenkassen

Prävention

Rechtlich denkbar wäre es aber bereits im gegenwärtigen Versorgungssystem, die kommunalen Träger der Altenhilfe durch Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Lebenswelt des Wohnens und der Freizeitgestaltung für ältere Menschen (§ 20a Abs. 1 SGB V) zu unterstützen [86]. Dazu können die Krankenkassen gemeinsam mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst insbesondere gesundheitsförderliche Strukturen aufbauen und fördern (§ 20a Abs. 1 Satz 2 SGB V) sowie eigene Leistungen zur Prävention erbringen (§ 20a Abs. 2 SGB V). Für diese Möglichkeiten bedarf es lediglich eines hinreichenden Krankheitspräventionsbezugs. Soziale Isolation im Alter muss nicht zwingend Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen usw. verursachen, sie kann aber das Risiko solcher Erkrankungen verstärken. Strategien zur Verhinderung sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter haben daher einen hinreichenden Präventionsbezug [86]. Außerdem bieten Hausbesuche darüber hinaus eine Möglichkeit, um weitergehende Gesundheitsbedarfe der besuchten älteren Menschen zu erfassen [110].

Wenn sich die Krankenkassen und die Träger der Altenhilfe auf niedrigschwelliger Ebene in geeigneter Weise abstimmen und verzahnen, kommt es auch nicht zu einer Doppelförderung derselben Interventionsmaßnahmen, die im Interesse klarer (Finanzierungs-)Zuständigkeiten vermieden werden sollte [86]. Die Möglichkeiten der Krankenkassen sind hier vielfältig. Insbesondere kann zusammengearbeitet werden mit Bürger- und Seniorenzentren sowie Begegnungsstätten, Wohnungsbaugesellschaften, Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden und Religionsgemeinschaften, Vereinen oder Volkshochschulen [86]. Diese möglichen Interventionen aus verschiedenen Lebenswelten (wie Wohnen und Gemeindeleben), können sozialer Isolation im Alter entgegenwirken, insbesondere auch durch persönliche Kontakte und Gruppenaktivitäten.

Selektivverträge als Instrument zur Verzahnung der Leistungsträger

Diese vernetzte Zusammenarbeit könnte rechtlich neben den Wegen des Präventionsgesetzes im engeren Sinne (vergleiche § 20a Abs. 2 SGB V) auch über Selektivverträge gemäß § 140a SGB V gestaltet werden. Selektivverträge sind besondere Versorgungsverträge zur sektorenübergreifenden oder fachübergreifenden Versorgung sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung von Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften (§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Nun geht es bei Besuchsdiensten und Gruppenaktivitäten zwar nicht um medizinisch fachübergreifende Versorgung, auch sind die für die Altenhilfe zuständigen Kreise und Städte keine Leistungserbringer nach dem Krankenversicherungsrecht. Der Weg zum Selektivvertrag kann jedoch in der Variante der

sektorenübergreifenden Versorgung eröffnet sein. Was ein „Leistungssektor“ ist, wird vom Gesetz nicht definiert; unklar ist auch, ob „primäre Prävention“ einen solchen Leistungssektor darstellt [111]. Nach der hier vertretenen Auffassung ist „Prävention“ zur Gänze kein Leistungssektor, sondern enthält ihrerseits mehrere Leistungssektoren.

Primäre Prävention ist nicht begrenzt auf einen bestimmten Erbringer von Leistungen oder eine bestimmte Art von Leistungen. Sie steht damit nicht auf gleicher Ebene neben (als Leistungssektor anerkannten) Versorgungselementen wie „ambulante Versorgung“, „Versorgung mit Heilmitteln“ oder „Versorgung mit Hilfsmitteln“ [112], sondern auf der darüber liegenden Ebene als Spiegelbild der Kuration. Primäre Prävention ist die Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (vergleiche § 20 Abs. 1 Satz 1 SGB V), während Kuration die Behandlung von manifestierten Krankheiten ist (vergleiche § 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V gegenüber § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Auf dieselbe Weise, wie Kuration in mehreren Leistungssektoren bewerkstelligt wird, kann dies auch in der Prävention geschehen, beispielsweise – wie hier – durch Besuchsdienste einerseits und Gruppenaktivitäten andererseits, durch Kreise und Städte einerseits sowie durch Verbände der freien Wohlfahrtspflege andererseits. Prävention ist daher kein Leistungssektor, sondern verwirklicht sich wie die Kuration durch das gemeinsame Zusammenwirken der ihr zugehörigen Leistungssektoren.

Nach der hier vertretenen Auffassung ist ein Selektivvertrag im Sinne des § 140a SGB V auch zum Zwecke der Abstimmung und Erbringung verschiedener Präventionsleistungen zulässig, so wie es zu einer intensiveren Verzahnung der Gesundheitsversorgung mit den Trägern der Altenhilfe denkbar ist. Die Krankenkassen können mit den Kreisen, Städten und sonstigen Altenhilfeträgern entsprechende Verträge schließen (§ 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3a SGB V, §§ 12 Satz 1, 28 Abs. 2 SGB I). Auf diesem Weg können mittelbar auch bereits vorhandene Ressourcen und Prozesse von Verbänden der freien Wohlfahrtspflege aktiviert werden, derer sich die Träger der Sozialhilfe zur Erfüllung ihrer Aufgaben kooperativ bedienen darf (vergleiche § 5 Abs. 2, Abs. 3 und Abs. 5 SGB XII).

Für die praktische Umsetzung solcher Vereinbarungen bedarf daher die Frage, ob und inwieweit Verbände der freien Wohlfahrtspflege als sogenannte „Managementgesellschaften“ nach § 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V selbst taugliche Vertragspartner eines Selektivvertrags sein können oder die Regelungssystematik des § 140a Abs. 3 SGB V gegenüber § 5 Abs. 1 SGB XII dem entgegensteht, hier keiner Entscheidung.

Für eine noch stärkere Verzahnung der Leistungsträger zur Bekämpfung sozialer Isolation im Alter können auch noch die Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen (§ 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V) mit in den Vertrag einbezogen werden, soweit die vom

Selektivvertrag erfassten Versicherten auch pflegebedürftig sind und somit der Aufgabenbereich der Pflegekassen eröffnet ist – bei alten Menschen keine Seltenheit.

Eine solche intensive Verbindung der Leistungsträger über präventionsbezogene Selektivverträge würde die gesetzliche Konzeption der Altenhilfe konsequent fortentwickeln. Schon nach geltendem Recht sind die Leistungen der Altenhilfe mit den übrigen Leistungen der Sozialhilfe sowie „den Leistungen der örtlichen Altenhilfe und der kommunalen Infrastruktur zur Vermeidung sowie Verringerung der Pflegebedürftigkeit“ zu verzahnen (§ 71 Abs. 5 Satz 1 SGB XII). Zur Verringerung der Pflegebedürftigkeit trägt es auch bei, bereits einen Schritt vorher Krankheitsrisiken zu verringern. Die Pflegebedürftigkeit zeichnet sich gerade durch dauerhaft manifestierte, gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der individuellen Fähigkeiten aus (vergleiche § 14 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Die Prävention von (psychischen) Krankheiten aufgrund sozialer Isolation kann daher zugleich einen Beitrag zur Prävention von Pflegebedürftigkeit leisten [1].

Care- und Casemangement in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ein mögliches Konzept – auch – zur sozialen Integration älterer Menschen in öffentliche Versorgungsstrukturen ist außerdem das Care- und Casemanagement. Es sichert den Zugang der Betroffenen zu Leistungen der Gesundheitsversorgung und baut damit auch (gesundheitliche) Hürden ab, die das Risiko sozialer Isolation im Alter erhöhen. Care- und Casemanagement ist sektorenübergeifend und bindet ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer ein. Care- und Casemanagement ist stets auf einen längeren Zeitraum angelegt und interveniert mit regelmäßigen Besuchen beim Betroffenen insbesondere in Themen, die nicht Teil der ärztlichen Versorgung sind. Hierzu gehören namentlich die Information und Organisation der Teilnahme der Betroffenen an Bewegungsangeboten, Informationen zu Ehrenamtsnetzen, Antragsunterstützung bezüglich niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsleistungen oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (beides nach SGB XI) und niedrigschwellige Hilfsangebote. Gerade in der Altenpflege kann Care- und Casemanagement eine Entwicklung von formeller Pflege hin zum Alltagsmanagement bewirken [113]. Im Projekt RubiN [114] hatte über die Hälfte der Betroffenen keinen Pflegegrad. Care- und Casemanagement ist bislang nur in Ausnahmefällen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten, etwa als Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V, im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V oder bei Betreuungsdiensten gemäß § 71 Abs. 1a SGB V. Sie alle nehmen indes soziale Isolation nur reflexhaft auf.

Ein Anspruch auf Care- und Casemanagement in der Regelversorgung würde zumindest bei Patient:innen, die aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht die Einschlusskriterien für Care- und Casemanagement erfüllen, durch die bessere Wahrnehmung bereits vorhandener

Hilfsangebote aus allen Leistungsbereichen des Sozialrechts, einen Beitrag zur Reduzierung sozialer Isolationim Alter leisten können.

Rechtsanspruch in der Altenhilfe

Wie sich gezeigt hat, bietet das Altenhilferecht bereits ein breites Portfolio an Leistungsinhalten, die teilweise auch in den, in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien positiv evaluiert wurden. Indes besteht auf spezifische Leistungen – wie die hier betrachteten Besuchsdienste oder Gruppenaktivitäten – gegenwärtig kein zielgerichteter durchsetzbarer Rechtsanspruch; die Ausgestaltung des Anspruchs auf Altenhilfe ist letztlich vom Willen und den Finanzen der örtlichen Sozialhilfeträger abhängig. Außerdem ist er nur ein Soll-Anspruch, kein Muss-Anspruch. Erstrebenswert aus Sicht rechtswissenschaftlicher Sicht wäre daher ein Rechtsanspruch als subjektiv-öffentliches Recht auf konkrete Leistungen zur Prävention und Bekämpfung von sozialer Isolation im Alter. Aus versorgungswissenschaftlicher Sicht ist – dies hat der Stakeholder-Workshop auch noch einmal bestätigt – festzuhalten, dass Hilfebedürftige niedrigschwellige Angebote benötigen und nachfragen. Ein etwaiges Gerichtsverfahren würde für gerade von sozialer Isolation bedrohte oder betroffene Menschen eine zu hohe Hürde darstellen und angesichts der regelmäßig mehrjährigen Verfahrensdauern vor den Sozialgerichten auch nicht rechtzeitig entschieden werden, um noch versorgungswirksam zu sein. Etwaige Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz könnten am Verbot der Vorwegnahme der Hauptsache scheitern [115], gerade im Hinblick auf die Wahrnehmung von Alternativangeboten.

Indes kann allein die Möglichkeit der Durchsetzung einer Rechtsposition bereits zur Verbesserung der inhaltlichen Position beitragen (dies zeigen etwa die Informationsfreiheitsgesetze).

Angesichts der Heterogenität der in Frage kommenden Leistungen müsste dieser konkrete Rechtsanspruch nicht zwingend vollständig auf parlamentsgesetzlicher Ebene, also im SGB XII abgebildet werden. Möglich erscheint auch eine Implementierung eines Rechtskonkretisierungskonzeptes, wie es das Bundessozialgericht im Krankenversicherungsrecht (SGB V) annimmt: weil im Leistungsrecht nur sehr rudimentäre Regelungen getroffen wurden, im Leistungserbringungsrecht hingegen unzählige untergesetzliche Regelungen, Vereinbarungen usw. bestehen, wird von der Rechtsprechung hier seit geraumer Zeit angenommen, dass das Leistungsrecht nur noch ein subjektiv-öffentliches Rahmenrecht sei, ein Anspruch dem Grunde nach [116]. Der konkrete Anspruch könne erst aus leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften konkretisiert werden [117]. Das Leistungserbringungsrecht geht damit dem Leistungsrecht vor [118,119].

Ein solches Leistungserbringungsrecht könnte spiegelbildlich auch in der Altenhilfe aus den Vereinbarungen der Altenhilfeträger mit den örtlichen Leistungserbringern, beispielsweise

Einrichtungsträgern (vergleiche § 71 Abs. 2 Nr. 5 SGB XII) entwickelt werden. Mehr als diese Gedankenskizze kann in diesem Bericht jedoch nicht aufgeworfen werden. Die Entwicklung eines Rechtskonkretisierungskonzepts in der Altenhilfe bedürfte noch tiefer gehenden Überlegungen.

7 Zusammenführung der Ergebnisse

Dieser HTA untersucht die Frage, ob wirksame Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung sozialer Isolation und Einsamkeit existieren. Dazu wurden randomisierte kontrollierte Studien herangezogen und bewertet sowie gesundheitsökonomische, ethische, soziale, organisatorische und rechtliche Aspekte auf Basis aktueller Literatur betrachtet. Gemessen an der international formulierten Bedeutung von sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter [120], finden sich nur wenige randomisiert kontrollierte Studien, die den Nutzen von Interventionen evaluieren.

7.1 Zusammenfassung Nutzenbewertung

Als Grundlage für die Nutzenbewertung konnten aus 18 Publikationen insgesamt 14 randomisierte kontrollierte Studien identifiziert werden, von denen sechs die Evaluation von Präventionsmaßnahmen und acht die Evaluation von eher therapeutisch ausgerichteten Interventionen berichten. In beiden Gruppen gab es Programme, die von Ehrenamtlichen und solche, die von professionellen Akteur:innen des Gesundheits- und Sozialwesens umgesetzt wurden. Allerdings ging die Initiative auch für die ehrenamtlichen Programme immer von einem Universitätsinstitut oder einer Institution des Sozialwesens aus, die auch die Schulung der Ehrenamtlichen vornahm beziehungsweise unterstützend tätig wurde.

Die Art der umgesetzten Interventionen ist hochgradig heterogen und kann grob in Gruppen eingeordnet werden. In drei Studien wurde die Wirksamkeit von Besuchen Ehrenamtlicher in der Häuslichkeit der älteren Menschen (Teilnehmer:innen) umgesetzt. Diese Studien gehörten alle in die Gruppe der Therapiestudien, d. h. diese Studien adressieren als Zielgruppe ältere Menschen mit bereits bestehender sozialer Isolation und/oder Einsamkeit (Conwell 2020, MacIntyre 1999, Onrust 2008 / 2010).

Unterstützung durch Telefongespräche mit Ehrenamtlichen wurde in zwei Studien evaluiert, von Heller 1991 mit therapeutischem Ansatz und von Hind 2014 / Mountain 2014 mit präventivem Ansatz.

Zumindest zum größten Teil von Ehrenamtlichen umgesetzt, wurden die präventiv ausgerichtete Interventionen von Chan 2017 (Tai Chi Qigong Intervention in Kombination mit einem Gesundheitslotsen aus der Nachbarschaft) und die von Fields 2020 umgesetzte Technikschulung an Tabletcomputern für bereits von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffenen älteren Menschen.

Unter den von professionellen Anbieter:innen des Gesundheits- und Sozialwesens umgesetzten Interventionen dominieren Gruppenangebote mit präventivem Charakter (Ristolainen 2020, Saito 2012, Shvedko 2020, Zhang 2019) oder therapeutischem Ansatz (Cohen-Mansfield 2018, Pynnönen 2018 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011). Dabei

sind auch die Inhalte der umgesetzten Gruppenangebote sehr heterogen und reichen von reinen Sport- und Bewegungsprogrammen (z. B. Shvedko 2020), Programmen mit einem Schwerpunkt auf Freizeitaktivitäten (Ristolainen 2020) bis hin zu gezielten, psychotherapeutisch ausgerichtete Interventionen zur Stärkung der sozialen Kompetenzen (z. B. Cohen-Mansfield 2018, Zhang 2019).

Auch die Dauer der Interventionen ist sehr heterogen und reicht von 1,5 Monaten (MacIntyre 1999) bis zu 12 Monaten (Conwell 2020). Bei den meisten Studien liegt die Interventionsdauer zwischen drei und sieben Monaten. In sechs der 14 Studien wurden die Effekte unmittelbar nach Studienende gemessen, d. h. es erfolgte kein Follow-Up. Sechs Studien berichten Ergebnisse nach Follow-Up Dauern von 1,5 bis 12 Monaten und eine Studie (Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011) berichtet Ergebnisse nach drei, zwölf und 24 Monaten. Onrust 2008 / 2010 geben hingegen keine genaue Länge der Intervention an, sondern messen sechs und zwölf Monate nach Baseline-Erhebung.

Als Vergleichsintervention wurde in den meisten Studien Normalversorgung (Care-as-Usual) ohne Intervention herangezogen. In vier Studien wurde Care-as-Usual mit einem Wartegruppenansatz kombiniert und nur eine Studie (Onrust 2008 / 2010) ergänzte die Normalversorgung um eine Minimalintervention (Broschüre zum Thema Trauerarbeit).

Die Rekrutierung der Teilnehmer:innen wurde in den Studien ebenfalls auf unterschiedlichen Wegen vorgenommen. In einigen Studien wurden die Teilnehmer:innen gezielt von Sozialarbeiter:innen oder Pflegekräften für die Studie ausgewählt (z. B. Chan 2017, MacIntyre 1999). Andere wählten den Weg über die Bekanntmachung der Studie über multiple Wege wie Medien, schwarze Bretter oder Praxisflyer. Die an der Teilnahme Interessierten meldeten sich dann eigeninitiativ (Hind 2014 / Mountain 2014, Ristolainen 2020, Shvedko 2020, Conwell 2020). Im überwiegenden Teil der Studien wurde eine Stichprobe aus einem bestehenden Datenbestand (z. B. Melderegister oder Praxislisten) gezogen und die potenziellen Studienteilnehmer:innen vom Studienteam kontaktiert (Saito 2012, Zhang 2019, Heller 1991, Fields 2020, Onrust 2008 / 2010, Pynnönen 2018, Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011).

Die Studien lassen sich nach der Teilnehmendenzahl grob in vier Gruppen einteilen: mit weniger als 50 Teilnehmenden arbeiteten die Pilotstudien von Shvedko 2020 und MacIntyre 1999. Zwischen 50 und 100 Teilnehmende finden sich in den Arbeiten von Hind 2014 / Mountain 2014, Saito 2012, Fields 2020 und Cohen-Mansfield 2018. Ristolainen 2020 und Onrust 2008 / 2010 schließen zwischen 100 und 200 Teilnehmende ein und vier der Therapiestudien (Conwell 2020, Heller 1991, Pynnönen 2018 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011) arbeiteten mit über 200 Teilnehmer:innen.

In der Mehrzahl der Studien liegt das mittlere Alter der Studienpopulationen zwischen 70 und 80 Jahren. In den Arbeiten von Shvedko 2020 (Intervention zur Stärkung der körperlichen Aktivität) und Onrust 2008 / 2010 (Widow-to-Widow-Program, Unterstützung durch Ehrenamtliche) sind die Teilnehmer:innen etwas jünger, im Mittel zwischen 60 und 70 Jahren. Die Studienpopulation bei Zhang 2019 ist dagegen eher hochaltrig, mit relevanten Anteilen von über 80-jährigen.

In einer Studie ist der Anteil männlicher Teilnehmer höher als der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen (Zhang 2019), in drei Studien sind die Anteile von Männern zu Frauen in etwa ausgeglichen (Shvedko 2020, Conwell 2020, Fields 2020) und in allen übrigen Studien überwiegt der Frauenanteil.

Insgesamt elf Studien (vier von sechs Präventionsstudien und sieben von acht Therapiestudien) schlossen Studienteilnehmer:innen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus.

Die Gefährdung für soziale Isolation und Einsamkeit wurde in den Präventionsstudien anhand unterschiedlicher Charakteristika festgestellt: Bei Zhang 2019 und Hind 2014 / Mountain 2014 diente allein das fortgeschrittene Lebensalter als Indikator für eine Gefährdung durch soziale Isolation und Einsamkeit, Chan 2017 zog fehlende Sozialkontakte heran, Ristolainen 2020 das Alleinleben und die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen und Saito 2012 den Wohnortwechsel in Kombination mit fortgeschrittenem Lebensalter. Lediglich Shvedko 2020 führten in ihrer Pilotstudie ein systematisches Screening auf Gefährdung durch soziale Isolation und Einsamkeit durch. In sechs von acht Studien mit therapeutischer Fragestellung wurden soziale Isolation und Einsamkeit als Einschlusskriterium systematisch erfasst, zwei Studien stützen sich hierzu auf die Einschätzung des Studienpersonals (Fields 2020 und MacIntyre 1999).

Verzerrungspotentiak (Risk-of-Bias)

Das endpunktübergreifende Verzerrungspotenzial musste in allen Studien als hoch eingestuft werden. Eine Verblindung von Behandelnden und Teilnehmenden konnte aufgrund der Art der Intervention in keiner Studie realisiert werden. Bei Hind 2014 / Mountain 2014 wurde das Verzerrungspotenzial für alle übrigen geprüften Risikofaktoren als niedrig eingestuft. Alle restlichen Studien weisen neben der fehlenden Verblindung noch mindestens ein unklares oder nicht erfülltes Kriterium auf. Auffällig ist der Aspekt der Nichtbeurteilbarkeit von ergebnisgesteuerter Berichterstattung. Für zehn der 14 Studien liegt kein Protokoll oder Registereintrag vor, bei drei weiteren finden sich Diskrepanzen zwischen Studienbericht und Protokoll beziehungsweise Registereintrag. Eine ergebnisgesteuerte Berichterstattung war lediglich für die Arbeiten von Hind 2014 / Mountain 2014 und Shvedko 2020 auszuschließen.

Zhang 2019 berichten 18 % Drop-Outs in der Interventionsgruppe und 5 % in der Kontrollgruppe. In der Studie von Conwell 2020 konnten aufgrund von

Rekrutierungsschwierigkeiten für Ehrenamtliche die ursprünglich geplanten Ergebnismessungen nach 24 Monaten nicht umgesetzt werden. Auch für den Messzeitpunkt 12 Monate mussten in beiden Gruppen ca. 15 % der Teilnehmer:innen zensiert werden, da die Studie aufgrund fehlender finanzieller Mittel beendet werden musste. Rekrutierungsschwierigkeiten von Ehrenamtlichen führten bei Hind 2014 / Mountain 2014 zum vorzeitigen Studienabbruch. Von den ursprünglich geplanten 248 Studienteilnehmer:innen konnten 157 rekrutiert und randomisiert werden. Für 50 von 78 in die Interventionsgruppe randomisierten Teilnehmer:innen konnten keine Ehrenamtlichen für die Telefonintervention gefunden werden, so dass die Studie beendet wurde und die Ergebnisse letztendlich auf 56 Teilnehmer:innen (Interventionsgruppe N=26, Kontrollgruppe N=30) beruhen.

Endpunkte

Zu allen im Berichtsprotokoll spezifizierten Endpunkten werden in den Studien berichtete Ergebnisse gefunden, mit Ausnahme von unerwünschten Effekten, die in keiner Studie untersucht werden.

In den Präventionsstudien werden in fünf von sechs Studien Ergebnisse zu dem Endpunkt Einsamkeit, in vier von sechs Studien Endpunkte zur sozialen Teilhabe und in jeweils drei von sechs Studien Endpunkte zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, zu psychischen Ressourcen und zu Depression berichtet. Die übrigen Morbiditätsendpunkte und psychische Ressourcen werden vereinzelt adressiert.

In den therapeutisch ausgerichteten Studien sind ebenfalls Parameter der sozialen Teilhabe (fünf von acht Studien) und Einsamkeit (in fünf von acht Studien) die am häufigsten berichteten Endpunkte, gefolgt von Endpunkten zu den pyschischen Ressourcen (vier von acht Studien) und Depression (vier von acht Studien). Alle übrigen Endpunkte werden vereinzelt, jeweils in maximal zwei von acht Studien, angetroffen.

Die Anzahl der gemessenen Endpunkte variiert zwischen einem (Zhang 2019, Cohen-Mansfield 2018) und 16 (Hind 2014 / Mountain 2014).

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den einzelnen Studien wird weiterhin erschwert durch die Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente. Ein Beispiel: in den sieben Studien, die Ergebnisse zum Endpunkt Depression berichten, wird je zweimal das Patient Health Questionnaire (PHQ-9), die Geriatric Depression Scale (GDS) und die Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) verwendet. Eine Studie verwendet die Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Klar definierte primäre Endpunkte sind nur in einer Präventionsstudie (Hind 2014 / Mountain 2014) und drei Therapiestudien (Cohen-Mansfield 2018, Conwell 2020 und Pynnönen 2018) definiert, wobei lediglich

Hind 2014 / Mountain 2014 eine Fallzahlplanung auf der Grundlage des primären Endpunktes vornahm, von der 20 % erreicht werden konnte.

Ergebnisse nach Endpunkten

Statistisch signifikante Effekte zu Gunsten der Intervention werden von den Präventionsstudien für insgesamt 8 Endpunkte berichtet: mentale Gesundheit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, Einsamkeit, Soziale Unterstützung, Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere, soziale Funktionsfähigkeit und Lebenszufriedenheit. Bei 3 weiteren Endpunkten, welche im Rahmen der Präventionsstudien erhoben wurden, weisen zumindest Subskalen eines Instrumentes einen statistisch signifikanten Effekt zu Gunsten der Intervention auf; nämlich soziale Unterstützung, Vertrauen beziehungsweise Misstrauen in Personen und Vertrauen in Institutionen.

Unter Berücksichtigung des Verzerrungspotentials und nach formaler Prüfung der Relevanz der beschriebenen Gruppenunterschiede (Effektstärken, Hedges^{g}-Methode) kann nur für den Endpunkt soziale Unterstützung, basierend auf einer Studie, ein Anhaltspunkt für einen Nutzen durch eine spezifische Intervention abgeleitet werden.

Die eingeschlossenen Therapiestudien berichten für insgesamt 9 Endpunkte statistisch signifikante Effekte zu Gunsten der Intervention: Mortalität, Angst, selbstberichteter Gesundheitszustand, kognitive Leistungsfähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Einsamkeit, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und empfundene Belastung für Andere. Statistisch signifikante Effekte zu Gunsten der Intervention in mindestens einer Subskala eines weiteren Instrumentes wurde nur für den Endpunkt sozialer Zusammenhalt berichtet.

Nach formaler Prüfung der Gruppenunterschiede auf Relevanz (Effektstärken, Hedges^{g}-Methode) und unter Berücksichtigung des Verzerrungspotentials können für die Endpunkte Mortalität, Angst, selbstberichteter Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit Anhaltspunkte für einen Nutzen ausgewählter Interventionen abgeleitet werden. Diese Anhaltspunkte basieren ebenfalls nur auf je einer Studie.

Ergebnisse nach Intervention

Grob lassen sich die Interventionen in den 14 eingeschlossenen Studien in fünf Gruppen unterteilen:

- Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit (Conwell 2020, MacIntyre 1999, Onrust 2008 / 2010)
- Telefonate mit Ehrenamtlichen (Heller 1991, Hind 2014 / Mountain 2014)

- professionell geleitete Gruppen (Cohen-Mansfield 2018, Pynnönen 2018, Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011, Ristolainen 2020, Saito 2012, Shvedko 2020 und Zhang 2019)
- Computerschulungen für einsame Menschen durch Ehrenamtliche (Fields 2020)
- Tai Chi Qigong Intervention unterstützt durch einen ehrenamtlichen Gesundheitslotsen (Chan 2017)

Die Heterogenität innerhalb der Gruppen ist jedoch so hoch, dass zusammenfassende Aussagen zur Wirksamkeit nicht sinnvoll sind.

Anhaltspunkte für einen Nutzen der Intervention in Bezug auf einzelne Endpunkte konnten nur für die Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit (zwei von drei Studien) und professionell geleitete Gruppen (zwei von sieben Studien) abgeleitet werden.

Conwell 2020 berichten für ein Programm mit Freundschaftsbesuchen statistisch signifikante Gruppenunterschiede für die Endpunkte Angst und das Gefühl, eine Belastung für andere zu sein. Keine Unterschiede werden für Suizidalität (primärer Endpunkt der Studie), Depression und Zugehörigkeitsgefühl gesehen. Nach formaler Prüfung der Relevanz konnte nur für den Endpunkt Angst ein Anhaltspunkt für einen Nutzen abgeleitet werden.

MacIntyre 1999 setzten ein Besuchsprogramm mit Studierenden der Gerontologie um und berichten Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe für Lebenszufriedenheit. Keine Unterschiede werden im Hinblick auf den selbstberichteten Gesundheitszustand und die soziale Unterstützung festgestellt. Für den Endpunkt Lebenszufriedenheit konnte eine Relevanz gezeigt und somit ein Anhaltspunkt für einen Nutzen für diesen Endpunkt abgeleitet werden.

Das professionell geleitete Programm von Zhang 2019 zielt auf den stufenweisen Aufbau von sozialen Kompetenzen durch Selbstreflektion und den Austausch mit anderen. Gespräche finden zunächst einzeln (alle zwei Wochen), gefolgt von Kleingruppen (zwei bis drei Teilnehmer:innen) und am Ende monatlich in größeren Gruppen (sieben bis zehn Teilnehmer:innen) statt. Für den einzigen gemessenen Endpunkt, soziale Unterstützung, werden statistisch signifikante und relevante Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe berichtet. Hieraus lässt sich ein Anhaltspunkt für den Nutzen der Intervention ableiten.

Ein weiteres professionellens Gruppenangebot wurde von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 umgesetzt. Im Rahmen einer „Pyschosocial Group Rehabilitation“ fanden wöchentliche Treffen in festen Gruppen statt; Ziel war die Förderung der sozialen Integration und des Peer Supports. Die Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe konnten zwischen drei Gruppen wählen: Therapeutisches Schreiben und Psychotherapie, Sport/Bewegung und Kunst

bzw. anregende Aktivitäten. Insgesamt wurde die Wirksamkeit der Intervention mithilfe sieben Endpunkten überprüft. Statistisch signifikante Verbesserungen wurden berichtet für: Mortalität, selbstberichteter Gesundheitszustand, kognitive Leistungsfähigkeit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Wohlbefinden. Für die Endpunkte Einsamkeit und soziale Unterstützungen wurden keine Unterschiede beschrieben. Für die Endpunkte Mortalität und selbstberichteter Gesundheitszustand konnte eine Relevanz gezeigt und somit ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Intervention im Hinblick auf diese Endpunkte abgeleitet werden.

7.2 Zusammenfassung gesundheitsökonomische Bewertung

Die gesundheitsökonomische Bewertung betrachtet zum einen die Kosten, die mit der Technologie verbunden sind (Interventionskosten). Zum anderen werden gesundheitsökonomische Studien betrachtet, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Technologie gegenüber der Vergleichsintervention machen. Ergänzend können auch vergleichende gesundheitsökonomische Studien mit Aussagen zu den Kosten der Intervention und Vergleichsintervention betrachtet werden.

Auf Basis der Angaben in den Publikationen wurden die potenziellen Interventionskosten für den deutschen Kontext erhoben. Diese lagen für den Besuchsdienst durch Ehrenamtliche („Widow-to-Widow-Programm“ Onrust 2008 / 2010) bei 246 € bzw. 403 € pro Teilnehmer:in, abhängig von der Durchführung der Supervision. Für das professionell angeleitete Gruppenangebot („Psychosocial-Group-Rehabilitation“ Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011) wurden Interventionskosten in Höhe von durchschnittlich 434 € pro Teilnehmer:in ermittelt.

Für die Bewertung der gesundheitsökonomischen Dimension konnten zwei Studien identifiziert und eingeschlossen werden. Dabei handelt es sich um eine Kosten-Nutzwert-Analyse und eine Kosten-Kosten-Analyse. Die Studien vergleichen zwei unterschiedliche Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen. Es handelt sich dabei um einen Besuchsdienst durch Ehrenamtliche und ein professionell geleitetes Gruppenangebot. Verglichen wurde in beiden Studien mit Care-as-Usual, wobei Onrust 2008 / 2010 zusätzlich Informationsbroschüren versandten. Bei Onrust 2008 / 2010 ergaben sich weder hinsichtlich der Kostendifferenz (210 € pro Person; p = 0,563) noch hinsichtlich der Nutzendifferenz (0,01; -0,02) pro Person und pro Jahr statistisch signifikante Unterschiede. Die dennoch ermittelte Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER) wurde mit 6827 € pro gewonnenem QALY angegeben.

In der Kosten-Kosten-Analyse von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2010 wurde ein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf die Mortalität zu Gunsten der Interventionsgruppe berichtet. Die Hazard Ratio betrug 0,039; 95 %-KI: [0,15; 0,98]; p = 0,044. Die Interventionsgruppe weist statistisch signifikant höhere Kosten mit einer Kostendifferenz von

-943 € pro Person und pro Jahr auf 95 %-KI: [-1955; -127]; p = 0,039. Hierbei übersteigt die Kostendifferenz die Interventionskosten in Höhe von 881€ pro Person.

7.3 Zusammenfassung ethische, soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

Die Untersuchung der Domänen Ethik, Soziales und Organisation sowie Recht zeigte eine Fülle wechselseitiger Interaktionen zwischen den verschiedenen Interventionen einerseits und den spezifischen sozialen Umwelten in Hinblick auf gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen, Präferenzen von Patient:innen, der Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft und dem Zugang zu den Interventionen andererseits.

Ethische Aspekte

Grundlage für die Aufbereitung der ethischen Aspekte war das Public-Health-Ethik-Rahmengerüst [56], im Abgleich mit dem Hofmannschen Fragenkatalog [57].

Anhand der identifizierten ethischen Aspekte konnten sieben ethische Bewertungskriterien herausgearbeitet werden. Die Identifizierung ethischer Aspekte basierte auf der Analyse von elf Fachartikeln sowie den Inhalten von zwei Interviews mit von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffenen und dem Inhalt eines Interviews mit einer ehrenamtlich engagierten Person in der Altenhilfe. Nach einem Stakeholder-Workshop mit professionellen Akteur:innen (Akteuren) aus der Altenhilfe wurden fünf Kriterien für den deutschen Versorgungskontext als „sehr relevant“ eingeschätzt.

Das Bewertungskriterium „Einführung und Nachhaltigkeit von Interventionen “ beinhaltet vor allem, dass Interventionen langfristig geplant und entsprechend finanziert sein müssen, da die Zielgruppe mit ständig wechselnden Angeboten und Projekten überfordert werden könnte. Das Kriterium „Bedarfserhebung und die stillen Alten“ betont, dass angedachte Interventionen beziehungsweise diejenigen, die diese Interventionen umsetzen, sich bemühen müssen, die sozial isolierten und einsamen Personen tatsächlich zu erreichen. Gerade bei dieser Zielgruppe besteht die Gefahr, dass die isolierten und einsamen älteren Menschen „übersehen“ und nicht durch die Angebote erreicht werden. Daran knüpft sich das Bewertungskriterium „Bekanntmachen der Angebote“ an. Dieses Kriterium verdeutlicht, dass von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffene nur schwer zu erreichen sind und die Werbeanstrengungen daher stark ausdifferenziert sein müssten. Das Kriterium „Nutzerinnen- und nutzerorientierte Angebote“ fordert eine Ausdifferenzierung der Interventionsinhalte an lokale Bedürfnisse, damit diese auch als attraktiv wahrgenommen werden. Das Kriterium „Berücksichtigung von Ursachen“ erinnert daran, dass Angebote auch die Ursachen für soziale Isolation und Einsamkeit adressieren müssen, damit sie langfristig wirken können.

Soziale und organisatorische Aspekte

Soziale und organisatorische Aspekten wurden anhand des konzeptionellen Rahmens von Mozygemba 2016 [58] aufgearbeitet. Extrahiert wurden die relevanten Inhalte aus neun Fachartikeln (resultierend aus der orientierenden Recherche), aus zwei Interviews mit von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffenen, aus einem Interview mit einer Ehrenamtlichen aus der Altenhilfe sowie aus der Diskussion zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten mit professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems in einem Stakeholder-Workshop. Darüber hinaus konnten soziale und/oder organisatorische Aspekte in unterschiedlicher Häufigkeit und Explizitheit aus allen 14 in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien (der Fokus lag dabei auf dem Diskussionsabschnitt der jeweiligen Publikationen) extrahiert werden.

Entscheidend für das Image und das Verständnis von Maßnahmen sowie eine möglichst hohe wahrgenommene Nützlichkeit durch die Betroffenen ist vor allem die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen, um miteinander zu kommunizieren. Am effektivsten wird dazu die Zusammenkunft in der Gruppe eingeschätzt, die bestenfalls aktive Elemente wie Ausflüge, Spielangebote, Singen und Essen in Gemeinschaft enthält. Für die Zielgruppe der Maßnahmen steht vor allem der unmittelbare Kontakt und Austausch sowie das direkte Erlebnis im Vordergrund. Maßnahmen müssen „Spaß“ machen und in einem sicheren Rahmen stattfinden. Erst an zweiter Stelle wird die Nützlichkeit von Maßnahmen aus der Nutzenden- und Anbietendenperspektive mit gesundheitsrelevanten Endpunkten in Verbindung gebracht.

Akzeptiert und als geeignet betrachtet werden Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter vor allem dann, wenn sie lokal angepasst sind und die Zielgruppe die Maßnahmen mitgestalten kann. Teilnehmende wollen das Gefühl haben, dass sich Nehmen und Geben die Waage halten, damit sie nicht das Gefühl haben, sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu befinden und ihre Autonomie bewahrt bleibt. Idealerweise werden die Maßnahmen partizipativ mit den Betroffenen vor Ort entwickelt und fortwährend evaluiert. Damit können sich Betroffene als Akteur:innen erleben, die Angebote werden gleichermaßen an den lokalen Kontext sowie auf die individuellen Bedürfnisse angepasst und auch die Atmosphäre für die Teilnehmenden kann als weitestgehend natürlich empfunden werden.

Hervorzuheben ist der Aspekt, dass gemessen an der Grundgesamtheit nur sehr wenige ältere Menschen die Angebote der Altenhilfe tatsächlich in Anspruch nehmen. Die Gründe dafür liegen auch darin, dass die Angebote als unattraktiv beziehungsweise unpassend wahrgenommen werden, psychologische Hürden bestehen und dass Betroffene aufgrund ihrer sozialen Isolation und Einsamkeit keine Kenntnis von Maßnahmen erhalten und haben. Eher erreicht werden die Personen, dessen Biografie auch von Aktivität gekennzeichnet ist, während passivere Personen auch schwer zu erreichen bleiben. Die Gefahr besteht, dass

Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit zunächst die Personen erreichen, die den geringsten Bedarf haben.

Die regional sehr diversen soziokulturellen Aspekte der Zielgruppe sind unbedingt zu berücksichtigen und kultursensible Angebote, die auch die sozioökonomischen Rahmenbedingungen im Blick haben, sind erforderlich. Sozialen Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme sind durch einen möglichst niedrigschwelligen und aufsuchenden Charakter sowie mit einem besonderen Fokus auf Minderheiten und vulnerable Gruppen zu begegnen. Angebote müssen gezielt an Schnittstellen wie Arztpraxen oder Apotheken beworben werden, wo die meisten älteren Personen eine Anlaufstelle haben. Kostenbeteiligungen durch Betroffene müssen sozial verträglich kompensiert und günstige Transportmöglichkeiten vorgehalten werden.

Organisatorisch können alle identifizierten Maßnahmen in den eingeschlossenen Studien auch in Deutschland eingebettet werden beziehungsweise sind es vereinzelt bereits in vielfältiger Weise. Anknüpfungspunkte finden sich vor allem im Sozialgesetzbuch XII im Bereich der Altenhilfe. Unter dieser Rechtsnorm agieren in Deutschland vielfältige Träger der Altenhilfe, Seniorenberatungsstellen und Arbeitsbereiche von Sozialstationen. Diese Angebotsstreuung wird von den professionellen Akteur:innen aus der Altenhilfe als entscheidender Faktor für das Erreichen der Zielgruppe angesehen. Gleichzeitig beinhaltet diese Streuung auch ein regional sehr ungleiches Vorkommen von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter, ein hohes Stadt-Land-Gefälle sowie ein unsystematisches Qualitätsmanagement.

Bei der personellen Ausstattung von Maßnahmen ist eine Mischung aus professionellen Fachkräften und Ehrenamtlichen vielversprechend. Lokale Ehrenamtliche können als ebenfalls von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffene ein zielgruppennahes und niedrigschwelliges Angebot auf Augenhöhe sicherstellen, während die professionelle Akteur:innen auch die Aspekte Empowerment, Autonomie und Nachhaltigkeit im Blick haben können. Die Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und professionellen Akteur:innen benötigt aber auch großzügige Ressourcen für Schulungs-, Fortbildungs- und Intravisions-, gegebenenfalls Supervisionsmaßnahmen.

Rechtliche Aspekte

In der rechtlichen Untersuchung der Informationsquellen aus der Datenbank Juris sowie weiterer Gesetzestexte, Verordnungen und Richtlinien wurde deutlich, dass soziale Isolation und Einsamkeit im Alter kein krankenversicherungsrechtlich abgebildetes Lebensrisiko sind. Die Prävention und Bekämpfung sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter ist im Krankenversicherungsrecht nach aktuell geltendem Recht als Reflex, nicht aber als Hauptzweck vorgesehen. Demgegenüber kennt die Sozialhilfe in Gestalt der Altenhilfe bereits

verschiedenste Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter, auch Freiwilligenbesuchsdienste und professionell betreute Gruppenaktivitäten. Die Krankenversicherung kann darüber hinaus im Wege der Prävention tätig werden, da soziale Isolation und Einsamkeit im Alter häufig das Risiko psychischer Erkrankungen erhöht.

Im Pflegeversicherungsrecht kann selbst eine akute soziale Isolation und Einsamkeit im Alter allein für sich genommen, einen Anspruch auf AUA-Leistungen nicht begründen. Bereits nach geltendem Recht können nach Ansicht der Autor:innen des vorliegenden HTA Krankenkassen Selektivverträge nach § 140a SGB V mit Pflegekassen, Kommunen und Wohlfahrtseinrichtungen schließen, die auch die besser verzahnte Prävention sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter zum Gegenstand haben.

De lege ferenda ist außerdem denkbar, im Krankenversicherungsrecht Care- und Casemanagement in der Regelversorgung zu verankern. Für das Altenhilferecht ist darüber hinaus denkbar, ein subjektiv-öffentliches Recht auf Hilfe bei sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter zu verankern, um Betroffenen auch über die bisherigen Angebote durchsetzbare Rechtspositionen zu verschaffen; hierzu könnte das Altenhilferecht so umstrukturiert werden, dass dieses einen Leistungskatalog positiv evaluierter Interventionen enthält. Vorbild könnte hier das Krankenversicherungsrecht sein, welches die sehr heterogenen Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte im Rechtskonkretisierungskonzept detailliert und subjektiv-rechtlich umgesetzt hat.

Domänenübergreifende Betrachtung

Deutlich wurde in der Auseinandersetzung mit ethischen, sozialen, organisatorischen und rechtlichen Aspekten von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit, dass soziale Isolation und Einsamkeit für sich keinen Krankheitswert haben, sondern vor allem als soziales Phänomen und Problem wahrgenommen werden. Übereinstimmend wird die fehlende Teilhabe mit gesundheitlichen Einschränkungen in Verbindung gebracht, die die Morbidität und die Mortalität erhöhen. Von einer sozialen, organisatorischen, ethischen und rechtlichen Perspektive betrachtet, bedeutet dieser Umstand unklare Zuständigkeiten, was die strukturelle Einbettung von Maßnahmen auf allen Ebenen erschwert.

Organisiert und angeboten werden Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter in Deutschland überwiegend durch soziale Träger der freien Wohlfahrtspflege in einer Mischung aus ehrenamtlichen und hauptamtlich Mitarbeitenden. Die professionellen Akteur:innen des sozialen Hilfesystems hoben im Stakeholder-Workshop hervor, dass alle gefundenen Maßnahmen auch in den Strukturen Deutschlands über die Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII realisiert werden könnten beziehungsweise bereits werden. Soziale Isolation und Einsamkeit haben sowohl medizinische als auch soziale Auswirkungen, weshalb Gesundheits- und Sozialsysteme entsprechend zusammenarbeiten

sollten [66]. Insbesondere die professionellen Akteur:innen weisen darauf hin, dass die Unterscheidung von Maßnahmen zur Prävention und Therapie in der Praxis keine Relevanz hat. Die Unterscheidung bietet aber aus der rechtlichen Perspektive eine Basis für die Krankenkassen z. B. in Selektivverträgen nach § 140a SGB V mit Pflegekassen, Kommunen und Wohlfahrtseinrichtungen stärker zusammenzuarbeiten. Soziale Isolation und Einsamkeit sind stigmatisiert und die Suche nach Unterstützung zum Beispiel durch die negative Konnotation des Sozialamts erschwert. Für das Altenhilferecht wird daher zur Diskussion gestellt, ein subjektiv-öffentliches Recht auf Hilfe bei sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter zu verankern, um Betroffenen auch über die bisherigen Angebote durchsetzbare Rechtspositionen zu verschaffen. Betroffene sehen sich ungern in der Rolle des Hilfeempfangenden [81]. Maßnahmen sollten daher reziprok gestaltet sein, so dass Betroffene sich einbringen und als hilfegebend empfinden können [60,66,71]. Die verschwimmende Grenze zwischen Betroffenen und Helfenden ermöglicht gleichzeitig einen niedrigschwelligen Umgang auf Augenhöhe, auch für Menschen mit sehr geringem Selbstbewusstsein und Kontakt zur Außenwelt [60,63,66,69,71,81].

Aus ethischer, sozialer und organisatorischer Perspektive sind besonders die Einführung und die Nachhaltigkeit von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit relevant. Professionelle Akteur:innen, Ehrenamtliche und Betroffene betonen die notwendige Dauerhaftigkeit und Regelmäßigkeit von Angeboten. Soziale Isolation und Einsamkeit erfordern kontinuierliche Bemühungen, die in kurzlebigen Projektstrukturen wie sie in den Interventionsstudien untersucht wurden, nicht gegeben sind. Maßnahmen, die gezielt das soziale Umfeld miteinbeziehen und den Teilnehmenden gezielt soziale Kompetenzen zum Aufbau von Netzwerken vermitteln, könnten auch in einem begrenzten Format effektiv sein [72]. Die eingeschlossenen Studien konnten dies aber nur zum Teil zeigen [44,59,64,67]. Interventionsstudien nehmen vor allem gesundheitsrelevante Endpunkte in den Blick. Betroffene und Stakeholder:innen hingegen legen besonderen Wert auf die Prozessqualität der Maßnahmen [66,74-76]. Sie wünschen sich in erster Linie die Initiierung neuer Kontakte und eine unterhaltsame Zeit in Gesellschaft. Dafür müssen Maßnahmen aus sozialer, organisatorischer und ethischer Sicht, niedrigschwellig, lokal und zielgruppenspezifisch passgenau und partizipativ gestaltet sein. Am effektivsten wurden von Betroffenen, Stakeholder:innen und Studienautor:innen aktive Gruppenangebote eingeschätzt. Es ist jedoch eine Herausforderung, von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffene in ein Gruppenangebot zu überführen. Das ethische Kriterium „Berücksichtigung von Ursachen“ für soziale Isolation und Einsamkeit fand generell wenig Raum [60,65,72,73,83]. Eine Analyse von persönlichen psychologischen Barrieren und die gezielte Adressierung von Selbstwirksamkeit war in den gesichteten Studien nur selten Bestandteil der untersuchten Maßnahmen zu sozialer Isolation und Einsamkeit [72]. Heutige Angebote müssten sich mehr an den junggebliebenen älteren Menschen orientieren und ihr „angestaubtes“ Image überarbeiten. Das in diesem HTA aufgestellte ethische Bewertungskriterium „Bedarfserhebung und die

stillen Alten“ knüpft direkt an diese sozialen und organisatorischen Aspekte an. Angebote müssen aus ethischer und sozialer Sicht stärker zielgruppenorientiert sein. Kulturelle Vielfalt ist bei den angebotenen Maßnahmen zu berücksichtigen, damit die gesellschaftliche Realität abgebildet wird [43,81]. Die Vielfalt der Angebote ist lokal sehr unterschiedlich. Aktuell werden selbst männliche Betroffene oft nicht durch die untersuchten Maßnahmen angesprochen [43,66,72,79,85].

Als ungünstig kann betrachtet werden, dass mit Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter vor allem diejenigen erreicht werden, die bereits aktiv sind und es ihr Leben lang überwiegend waren. Passive Personen, die seit vielen Jahren schon von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen sind und wenig Selbstvertrauen haben, können oft nicht erreicht werden [60,62,64,72,81]. Auch für stark eingeschränkte und besonders vulnerable Personen existierten wenig Maßnahmen [63,68,74-76] oder die in Anspruch genommen Maßnahmen können durch diese Personengruppe nicht durchgehalten werden [67,72,73]. Nur vereinzelt konnte gezeigt werden, dass besonders benachteiligte Gruppen profitieren [70,71]. Gleichzeitig zeigten registerbasierte Rekrutierungsstrategien [63,70,71], dass Personen ohne Leidensdruck nicht teilnehmen oder die Maßnahmen vorzeitig abbrechen. Diese Aspekte wurden auch in dem ethischen Bewertungskriterium „Bekanntmachung von Angeboten“ berücksichtigt. Menschen mit schlechter Lebensqualität und geringer Fähigkeit sich gut zu artikulieren, werden nur sehr schwer erreicht [62,81] und entsprechende Anstrengungen müssen daher intensiviert werden.

7.4 Logisches Modell

Die wesentlichen Aspekte zu den einzelnen Domänen und ihre Zusammenhänge können dem logischen Modell in Abbildung 2 entnommen werden.

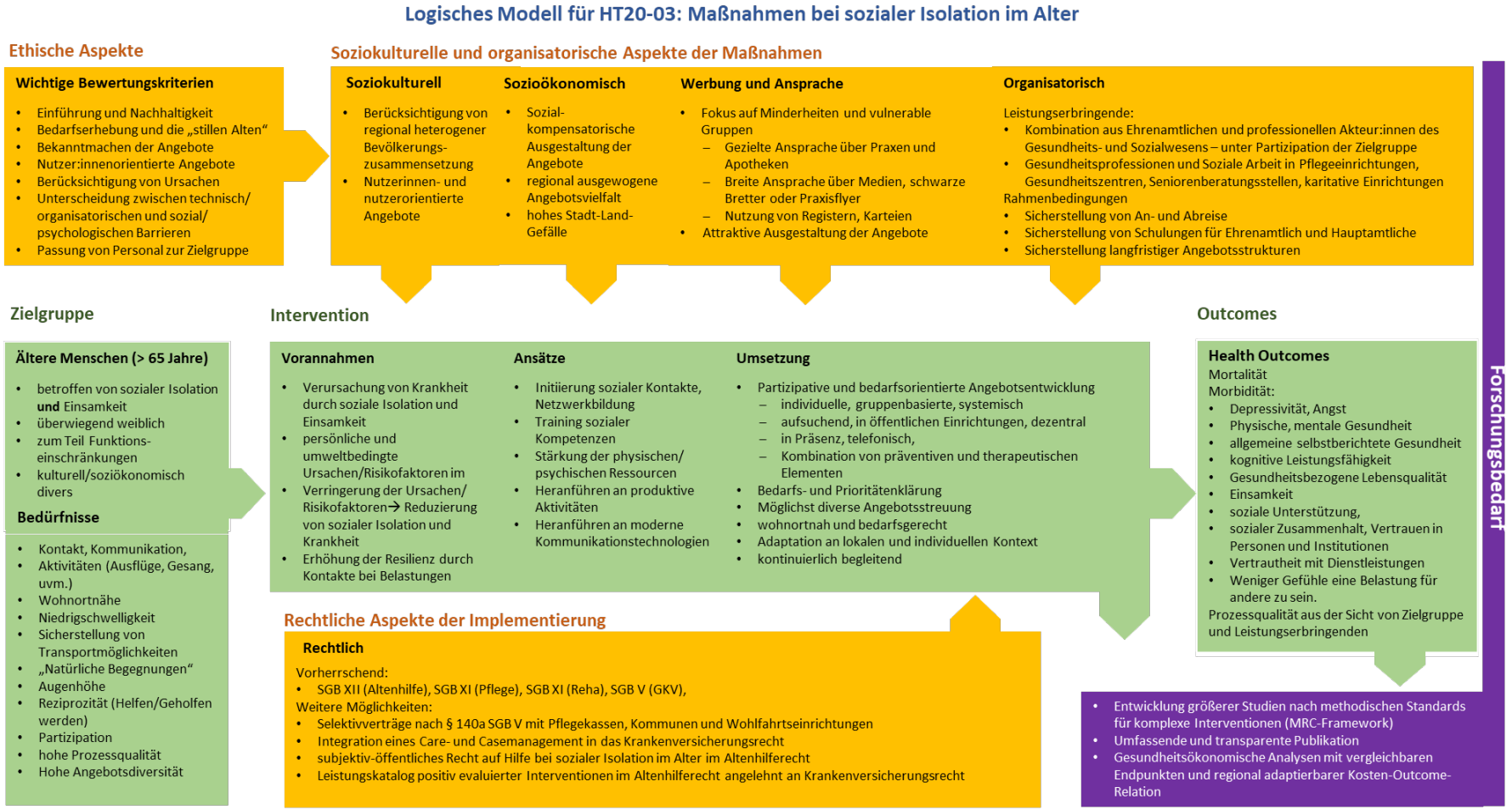

Abbildung 2: Logisches Modell für HT20-03: Maßnahmen bei sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter

8 Diskussion

In der Zusammenschau ist festzustellen, dass es auf der Grundlage des gesichteten Studienpools schwierig ist, übergreifende Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit, der in den Studien untersuchten Interventionen zu ziehen. Dies ist einerseits methodisch zu begründen, hat zum anderen aber auch inhaltliche Aspekte.

Aus methodischer Sicht ist festzustellen, dass alle Studien ein hohes Verzerrungspotenzial aufweisen, was sie anfällig für systematisch über- oder unterschätzte Effekte macht. Hinzu kommt, dass die Aussagekraft, vor allem auch indifferenter Ergebnisse fraglich ist, da prospektive Fallzahlplanungen nur in drei Studien vorgenommen wurden. Onrust 2008 / 2010 nehmen eine Fallzahlplanung zum Nachweis mittlerer Effekte vor und erreichen diese Fallzahl. Ristolainen 2020 stützen ihre Fallzahlplanungen auf Studien mit ähnlichen Interventionen in ähnlichen Populationen und erreichen die Fallzahl. Hind 2014 / Mountain 2014 nehmen eine Fallzahlplanung anhand des von ihnen definierten primären Endpunkts vor und erreichen nur 20 % der von ihnen angestrebten Fallzahl. Fünf Studien rechtfertigen die Fallzahl entweder über erreichbare Teilnehmer:innen aus einem umgrenzten Stichprobenrahmen oder über die Kapazitäten für die Intervention (Fields 2020, Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011, Pynnönen 2018, Saito 2012, Zhang 2019). Drei Studien charakterisieren sich als Pilotstudien (Chan 2017, MacIntyre 1999, Shvedko 2020) und drei Studien machen keinerlei Angaben zur Begründung der Fallzahl (Conwell 2020, Cohen-Mansfield 2018, Heller 1991).

Es ist festzustellen, dass sowohl unter den Präventionsstudien als auch unter den Therapiestudien ein Drittel „negative“ Studien zu finden sind, d. h. Studien ohne statistisch signifikante Effekte zu Gunsten der Interventionsgruppe in irgendeinem der untersuchten Endpunkte. Bei den präventiven Interventionen handelt es sich um ein professionell geleitetes Gruppenangebot aus Großbritannien mit körperlichem Training und anschließenden Workshops (Shvedko 2020). Bei der Arbeit handelt es sich um eine Machbarkeitsstudie zur Vorbereitung einer konfirmatorischen randomisierten kontrollierten Studie, die nicht auf Messung der Wirksamkeit ausgelegt war.

Unter den Therapiestudien berichten Fields 2020, deren Intervention aus einer Technikschulung an Tabletcomputern bestand, keine Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe im Hinblick auf die im Kontext des HTA definierten zielgruppenrelevanten Endpunkte. Vorteile zu Gunsten der Interventionsgruppe werden allerdings im Hinblick auf Technologiegebrauch und Vertrauen in technische Fertigkeiten berichtet. Auch Heller 1991 berichten keine Gruppenunterschiede für ihre Intervention zur Etablierung von Telefonfreundschaften unter älteren, einsamen und sozioökonomisch schlecht gestellten Frauen. Als Hauptursachen für die negativen Ergebnisse werden ein starker Hawthorne-Effekt (positive Effekte allein durch Studienteilnahme in der Kontrollgruppe) und eine falsche Passung der Intervention (Hauptproblem der Zielgruppe: fehlende familiäre Unterstützung)

diskutiert. Onrust 2008 / 2010, die keine Gruppenunterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe mit Minimal-Intervention (Informationsmappe) fanden, diskutieren studienmethodische Probleme (z. B. Selektionsfehler, niedrige Responserate, variable Adhärenz, fehlendes Monitoring), aber auch eine falsche Passung von Intervention und Zielgruppe als Erklärung für die fehlenden Effekte.

Nur eine Studie im gesamten Studienpool, die therapeutisch ausgerichtete Studie von Cohen-Mansfield 2018, berichtet statistisch signifikante Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe, sowohl unmittelbar nach der sechsmonatigen Intervention als auch nach einem Follow-Up von weiteren drei Monaten – wobei lediglich ein Composite-Endpunkt für Einsamkeit verwendet wurde. Das mehrstufige, professionell geleitete Gruppenprogramm erzielte eine Effektstärke von 0,29, die von den Autor:innen als mäßig eingestuft wird. Gründe hierfür vermuten die Autor:innen unter anderem in der auch von Studienteilnehmer:innen beklagten Kürze der Intervention und der fehlenden Verfügbarkeit von kommunalen Angeboten, die eine Fortführung der neu erworbenen sozialen Kompetenzen auch nach Ende der Intervention ermöglicht hätten. Zhang 2019, eine weitere Studie mit präventivem Ansatz, welche nur einen Endpunkt untersuchte, berichten statistisch signifikante Ergebnisse für den Endpunkt soziale Unterstützung jedoch unmittelbar nach der 7-monatigen Intervention. Die Effektstärke ist mit 0,64 ist als mittel einzustufen. Wie langfristig die Erfoge der Intervention sind kann somit nicht festgestellt werden.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 berichten für ihr auf psychosoziale Unterstützung einsamer älterer Menschen ausgerichtetes Gruppenrehabilitationsprogramm statistisch signifikante Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppe im Hinblick auf Mortalität und Morbiditätsendpunkte, nicht aber auf Einsamkeit und soziale Unterstützung. Die Autor:innen führen diesen Befund auf eine mangelnde Veränderungssensitivität der verwendeten Messinstrumente für die volatilen Endpunkte Einsamkeit und soziale Unterstützung zurück.

In allen übrigen Arbeiten werden punktuell signifikante Unterschiede zu Gunsten der Interventionsgruppen berichtet, ohne dass sich eine stringente Zuordnung zu bestimmten Interventionstypen, zur Indikation (präventiv oder therapeutisch) oder zur Endpunktkategorie erkennen lässt.

Aufgrund der oben skizzierten methodischen Probleme ist die Validität dieser Ergebnisse schlecht einzuschätzen.

8.1 Berichtsqualität der Evaluationsstudien zu komplexen Interventionen

Aus inhaltlicher Sicht trägt zu den Schwierigkeiten der Ergebnisinterpretation bei, dass es sich bei den geprüften Maßnahmen durchweg um komplexe Interventionen handelt, die a) typischerweise aus mehreren interagierenden Komponenten bestehen, b) bei denen das Verhalten von Interventionsgeber:innen und -empfänger:innen eine Rolle spielt, c) die sich

auf unterschiedlichen organisationalen Ebenen abspielen, d) die mehrere unterschiedliche Endpunkte ansprechen und e) die bis zu einem gewissen Grad an unterschiedliche Erfordernisse adaptierbar sind [121]. Effekte von komplexen Interventionen, die durch eine Vielzahl von internen wie auch kontextabhängigen Faktoren beeinflussbar sind, zu messen und zu interpretieren, ist eine Herausforderung. (Zuletzt) 2008 wurde daher vom Medical Research Council (MRC) in Großbritannien ein methodisches Rahmengerüst für die Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen vorgeschlagen, welches im Wesentlichen die Schritte Literaturreview, Theorieentwicklung, Prozess- und Outcome-Modellierung, Machbarkeitstestung sowie Ergebnis- und Prozessevaluation umfasst. Gleichzeitig wird gefordert, alle Schritte transparent zu dokumentieren – nicht zuletzt für Entscheidungsträger:innen, die die Ergebnisse von Evaluationsstudien zu interpretieren und vor dem Hintergrund unsicherer Evidenz zu implementieren haben [121]. Um die geforderte Transparenz zu erleichtern und indirekt auch die Umsetzung der geforderten Schritte anzumahnen, wurde 2015 die 13 Items umfassende CReDECI 2-Checkliste als Berichtsleitfaden (Reporting Guideline) für komplexe Interventionen entwickelt. Vier der 13 Items beziehen sich auf die Interventionsentwicklung, eines auf die Pilotierung und acht auf die Evaluation [122]. Dieser Kriterienkatalog lässt sich auch heranziehen, um die Berichtsqualität (und indirekt die methodische Qualität) von Evaluationsstudien zu komplexen Interventionen zu prüfen. Für die post-hoc Prüfung der in das HTA eingeschlossenen Studien wurde ein Item zur Evaluationsentwicklung (Theoriebasierung, Kriterium 1, siehe Tabelle 12) und die acht Items zur Evaluation herangezogen (vergleiche Legende Tabelle 12). Als Grundlage für die Bewertung dienten alle verfügbaren Publikationen zur jeweiligen Studie.

Tabelle 12: Bewertung der Berichtsqualität für komplexe Interventionen (Extrakt aus CReDECI 2)

Studie / Kriterium	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Präventionsstudien									
Chan 2017	+	(+)	-	(+)	(+)	+	(+)	-	-
Hind 2014 / Mountain 2014	+	(+)	+	+	+	+	+	+	+
Ristolainen 2020	+	(+)	-	-	-	-	-	-	-
Saito 2012	(+)	(+)	-	-	-	-	(+)	-	-
Shvedko 2020	+	(+)	(+)	+	+	(+)	+	-	-
Zhang 2019	+	(+)	-	-	-	-	-	-	-

Studie / Kriterium	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Therapiestudien									
Conwell 2020	+	(+)	+	-	-	-	-	-	-
Fields 2020	-	(+)	(+)	(+)	(+)	+	+	+	-
Heller 1991	+	+	+	-	-	-	(+)	-	-
MacIntyre 1999	-	(+)	+	-	+	-	-	-	-
Onrust 2008/2010	+	(+)	+	-	(+)	-	(+)	-	+
Cohen-Mansfield 2018	+	(+)	(+)	-	-	?	(+)	(+)	-
Pynnönen 2018	+	(+)	(+)	-	-	-	-	-	-
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	+	(+)	(+)	-	?	?	(+)	-	-

Bedeutung der Kriterien:
1: Beschreibung der zugrundeliegenden theoretischen Basis
2: Beschreibung und Begründung der Kontrollbedingung
3: Beschreibung der Implementierungsstrategie im Studienkontext
4: Beschreibung aller Materialien und Werkzeuge
5: Beschreibung der Konformität mit Studienprotokoll
6: Beschreibung der Prozessevaluation (inklusive theoretischer Basis)
7: Beschreibung interner hinderlicher/ förderlicher Faktoren auf Basis der Prozessevaluation
8: Beschreibung externer hinderlicher/ förderlicher Faktoren auf Basis der Prozessevaluation
9: Beschreibung des Ressourcenverbrauchs

Legende:
+: Kriterium erfüllt
(+): Kriterium teilweise erfüllt
-: Kriterium nicht erfüllt
?: Publikation nicht zugänglich

Die Überprüfung zeigt, dass lediglich die Studie von Hind 2014 / Mountain 2014, die als 250 Seiten starker Studienbericht vorliegt, alle Anforderungen an die Berichtsqualität von Evaluationsstudien komplexer Interventionen erfüllt. Ein großer Teil der Kriterien ist auch bei Chan 2017 und den erst kürzlich veröffentlichten Arbeiten von Fields 2020 und Shvedko 2020 wenigstens zum Teil erfüllt. Für diese Arbeiten ließe sich prüfen, inwieweit ihre Interventionen auf einen gegebenen deutschen Kontext adaptierbar wären, beziehungsweise welche Modifikationen, auch unter Beachtung der im Kapitel 6 dieses Berichts herausgearbeiteten Aspekte, vorgenommen werden müssten. Alle übrigen Studienberichte weisen erhebliche Lücken in der Berichtsqualität auf. Das Kriterium 2 „Beschreibung und Begründung der

Kontrollbedingung“ ist, mit einer Ausnahme, durchgehend als „teilweise erfüllt“ markiert. Die Kontrollbedingung ist in allen Studien benannt, eine Begründung liefert nur die Arbeit von Heller 1991. Während die „Implementierungsstrategie im Studienkontext“ in den meisten Arbeiten beschrieben wird, fehlen in allen Berichten, mit Ausnahme der oben genannten vier Studien, jegliche Beschreibungen von verwendeten „Materialien und Werkzeugen“. Ebenso selten wird eine „Beschreibung der Prozessevaluation“ gegeben, die Aufschlüsse über die Umsetzbarkeit der Intervention erlauben würde. Das Kriterium 7 „Beschreibung interner hinderlicher / förderlicher Faktoren auf Basis der Prozessevaluation“ wird in den meisten Studien teilweise erfüllt. In der Regel greifen die Studienautor:innen im Diskussionsteil einige interne hinderliche oder förderliche Faktoren auf, um ihre eigene Interpretation der Ergebnisse zu untermauern. Die genannten Aspekte sind jedoch nicht Ergebnis einer systematischen Prozessevaluation. „Externe hinderliche oder förderliche Faktoren“ werden deutlich seltener berichtet.

8.2 HTA-Bericht im Vergleich zu anderen Publikationen

Dieser HTA untersucht die Fragestellung, ob wirksame Maßnahmen zur Vorbeugung und Reduzierung sozialer Isolation und Einsamkeit bei, in der eigenen Häuslichkeit wohnhaften, älteren Menschen existieren. Dazu wurden 14 randomisierte kontrollierte Studien herangezogen und bewertet sowie ethische, soziale, organisatorische und rechtliche Aspekte auf Basis aktueller Literatur betrachtet. Zur Vorbereitung des Berichtsprotokolls wurde eine fokussierte Informationsrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten zur Fragestellung umgesetzt, in der am 09.12.2020 171 Treffer identifiziert wurden. Davon wurden 22 Übersichtsarbeiten im Volltext geprüft. Keine der aufgefundenen Publikationen entsprach vollständig der Fragestellung des HTA. Zumeist gab es Diskrepanzen hinsichtlich der Einschlusskriterien für Studienteilnehmer:innen (in der eigenen Häuslichkeit lebend, Alter ab 60 beziehungsweise 65 Jahren). Weitere Gründe waren Einschränkungen auf bestimmte Interventionsverfahren (z. B. nur Interventionen aus dem Spektrum der körperlichen Aktivität oder Fokussierung auf technische Unterstützungssysteme), oder methodische Gründe, wie das Einschließen von nicht-randomisierten kontrollierten Studiendesigns.

Der Fragestellung des HTAs am nächsten kommt der Rapid Review von Veazie 2019 [20] und Kolleg:innen. Fragestellung dieser Übersichtsarbeit war die Effektivität von Interventionen, welche zum Ziel haben die soziale Isolation und Einsamkeit bei Älteren zu reduzieren, die in der eigenen Häuslichkeit leben. Von den Autor:innen wurden 16 Studien eingeschlossen (sieben RCTs, acht Prä-Post-Vergleiche und eine Querschnittsstudie mit Post-Test-Befragung; Suchzeitraum 2013 - 2018). Die Interventionen wurden von den Autor:innen grob in vier Klassifikationen eingruppiert: Interventionen, die die körperliche Aktivität erhöhen, Interventionen, die den sozialen Zusammenhalt und den Kontakt erhöhen, Interventionen, welche sich mit der Betrachtung und/oder Erschaffung von Kunst und Kultur befassen und Interventionen, die den Zugang zum Gesundheitssystem, beziehungsweise zu Leistungen

desselben vereinfachen. Von acht als methodisch mäßig-gut bewerteten Studien (sieben RCTs und ein Prä-Post-Vergleich) konnten nur zwei RCTs Effekte hinsichtlich gesundheitlicher Outcomes (Lebensqualität, Depression, Funktionalität) und nur einer der beiden RCTs Effekte hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus (soziales Kapital) zeigen. Die Arbeitsgruppe um Veazie 2019 kommt auf Basis ihrer Bewertung / Ergebnisse zu dem Schluss, dass mit Blick auf Morbiditätsendpunkte Interventionen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität am vielversprechensten seien, um die Gesundheit älterer Menschen zu erhöhen. Jedoch verweisen auch sie auf die Inkonsistenz der Ergebnisse und die Tatsache, dass sie nur für einen kurzen Zeitraum belegbar sind. Im Bezug auf Endpunkte aus dem sozialen Funktionsniveau und der sozialen Teilhabe konnten die Autor:innen der eingeschlossenen Studien keine Aussage treffen. Sie weisen allerdings darauf hin, dass ihre Untersuchungen nahelegen, dass Interventionen, welche von professionellen Akteuren durchgeführt werden, grundsätzlich erfolgreicher sind.

Auch die Weltgesundheitsorganisation stellt in ihrem Bericht zur sozialen Isolation im Alter (2021) heraus, dass die verfügbare Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen gering ist. Sie verweisen auf die internationale Notwendigkeit, wissenschaftliche Bemühungen zu stärken, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Interventionsbestandteile unter welchen Bedingungen wirksam sind. Ihr Bericht zu sozialer Isolation im Alter unterstreicht, ebenso wie der vorliegende HTA-Bericht, dass bisher nur wenige randomisierte kontrollierte Studien durchgeführt wurden, die Studienpopulationen meist zu klein waren und die Interventionen oft nicht die stark einsamen und vulnerablen Betroffenen erreichten. Zur Generierung von schlüssiger Evidenz fordert der WHO-Bericht – ebenso wie das vorliegende HTA – Evaluationsstudien theoriebasiert, umfangreich und methodisch qualitativ hochwertig anzulegen [120].

Unabhängig von der Studienlage fordert die Weltgesundheitsorganisation [120] darüberhinaus mehr globale Anstrengungen gegen soziale Isolation im Alter. Sie empfahl drei zentrale Interventionsstrategien:

- Den Ausbau von Interventionen auf individueller und zwischenmenschlicher Ebene persönliche und auch digital z. B.: kognitive Verhaltenstherapie, Training sozialer Fähigkeiten und Programme zum Aufbau von Freundschaften;
- Verbesserungen von Strategien auf überindividueller Ebene, die infrastrukturelle Aspekte adressieren (z. B. Verkehr, digitale Integration und bauliche Umwelt) und die Förderung altersfreundlicher Gemeinschaften (z. B. Wohngemeinschaften für ältere Menschen, generationsübergreifende Wohn- und Freizeitprojekte);
- Strategien auf gesellschaftlicher Ebene wie Gesetze und politische Maßnahmen zur Bekämpfung von z. B. Altersdiskriminierung, Ungleichheit und digitaler Kluft.

8.3 HTA-Bericht im Vergleich zu Leitlinien

Soziale Isolation und Einsamkeit haben für sich keinen Krankheitswert. Daher sind in den gängigen medizinischen Leitlinienrepositorien (z. B. AWMF, G-I-N) keine Leitlinien zu diesem spezifischen Problembereich aufzufinden. Empfehlungen finden sich vereinzelt in Leitlinien, die eine hohe Überschneidung mit den Themen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter aufweisen. So empfiehlt beispielsweise die hausärztliche Leitlinie „Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis“ [123] bei der Betrachtung des sozialen Umfelds, geriatrische Patient:innen regelhaft zu fragen, ob sie Personen haben, denen sie sich anvertrauen und die sie im Notfall unterstützen könnten.

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie existiert in Deutschland seit Oktober 2020 zusätzlich die S1 Leitlinie: „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ [124] und seit Februar 2021 die S1 Leitlinie „Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie - Living Guideline“ [125]. Beide Leitlinien sprechen starke Empfehlungen aus, dass Pflegefachkräfte besonders unter den Begleitumständen der COVID-19 Pandemie es ermöglichen sollen, dass Gepflegte weiterhin soziale Kontakte wahrnehmen können. Die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts hat im März 2021 eine Untersuchung „Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review“ [126] veröffentlicht, die sich vor allem auf internationale Studien und deutsche Diskussionsbeiträge stützt. Angesichts der limitierten Datenbasis formulierten die Autor:innen, einen starken Appell für mehr Primärforschung. Die Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts „GEDA“ in Deutschland fragt bisher lediglich nach sozialer Unterstützung, nicht aber nach sozialer Isolation und Einsamkeit [127,128].

Das „National Institute for Health and Care Excellence“ in Großbritannien formuliert seit 2015 in seinem Qualitätsstandard QS137 mit dem Titel „Psychisches Wohlbefinden und Unabhängigkeit für ältere Menschen“, die Maßgabe, dass die Messung von sozialer Isolation und Einsamkeit Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung in Großbritannien ist und daher kontinuierlich evaluiert werden muss [129]. Die gleichnamige Leitlinie NG32 [130] und die Leitlinie „NG22 - Ältere Menschen mit Sozialhilfebedarf und mehreren chronischen Erkrankungen“ [131] des „National Institute for Health and Care Excellence“ betonen, dass professionelle Akteur:innen des Gesundheits- und Sozialwesens ältere Menschen mit Pflegebedarf und multiplen chronischen Erkrankungen dabei unterstützen sollten, Beziehungen zu ihren Freund:innen, ihrer Familie und ihrer Gemeinschaft aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig sollten professionelle Akteur:innen besser erkennen lernen, ob soziale Isolation und/oder Einsamkeit vorliegt. Es soll darüber hinaus sichergestellt werden, dass in Behandlungsplänen und Pflegeprotokollen auch gewöhnliche Aktivitäten wie Einkäufe oder

Besuche öffentlicher Einrichtungen außerhalb der Wohnung berücksichtigt sind, unabhängig davon, ob der ältere Mensch z. B. in einem Pflegeheim oder in der eigenen Wohnung lebt.

Deutlich wird in den englischen Leitlinien sowie im Bericht der Weltgesundheitsorganisation, dass die Bearbeitung von sozialer Isolation und Einsamkeit eher im sozialen als im medizinischen System verortet ist. Medizinische Einrichtungen werden eher als “Connector services” [120] verstanden, in denen Personen mit Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit identifiziert werden und weitervermittelt werden können.

9 Schlussfolgerung

Für die Nutzenbewertung wurden 14 randomisierte kontrollierte Studien zu Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von sozialer Isolation und Einsamkeit analysiert. Sechs Studien fokussierten auf die Evaluation von Präventionsmaßnahmen und acht auf Maßnahmen mit therapeutischem Ansatz. Sowohl in der Gruppe der Präventions- als auch in der Gruppe der Therapiestudien gab es Interventionsmaßnahmen, die von Ehrenamtlichen oder von professionellen Akteur:innen des Gesundheits- und Sozialwesens umgesetzt wurden. Es besteht eine große Heterogenität der untersuchten Maßnahmen: Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit, Telefonate/Telefonfreundschaften mit Ehrenamtlichen, professionell geleitete Gruppenangebote, Technikschulungen durch Ehrenamtliche und eine Tai Chi Qigong Intervention in Kombination mit ehrenamtlichen Gesundheitslotsen. Die Dauer der beschriebenen Interventionen reichte von 1,5 bis 12 Monate. In der Mehrzahl der Studien liegt das mittlere Alter der Studienpopulationen zwischen 70 und 80 Jahren. Der Anteil weiblicher Studienteilnehmerinnen war in fast allen Studien über 50 %; eine Studie hat sogar nur Teilnehmerinnen eingeschlossen.

Der Verzerrungspotential aller eingeschlossenen Studien musste bereits auf Studienebene als hoch klassifiziert werden.

Keine der eingeschlossenen Studien untersuchte unerwünschte Effekte der Intervention, ansonsten wurden alle vorab spezifizierten Endpunkte berichtet. Die Anzahl der untersuchten Endpunkte variierte zwischen einem und 16. Vier Studien konnten für keinen ihrer betrachteten Endpunkte statistisch signifikante Veränderungen zu Gunsten der Intervention berichten. Zwei Studien berichten statistisch signifikante Unterschiede zu Gunsten der Intervention für den einzigen untersuchten Endpunkt. Die übrigen acht Studien präsentieren gemischte Ergebnisse.

Von insgesamt zehn statistisch signifikanten Ergebnissen aus den Präventionsstudien konnte nur für einen Endpunkt eine Relevanz abgeleitet werden. Bei den Therapiestudien sieht das Bild ähnlich aus; von neun statistisch signifikanten Ergebnissen zu unterschiedlichen Endpunkten konnte bei vier eine Relevanz abgeleitet werden.

In der Zusammenschau ist festzustellen, dass neben der hohen Anfälligkeit für verzerrte Ergebnisse, der überwiegend unklaren „Power“ der in die Nutzenbewertung eingeschlossenen Studien, auch die mangelhafte Berichtsqualität der Evaluation von komplexen Interventionen dazu beiträgt, dass die punktuell gesehenen positiven Ergebnisse schlecht interpretierbar sind. Aus der vorliegenden Evidenz zur Nutzenbewertung können keine Belege oder Hinweise abgeleitet werden, dass eine bestimmte Interventionsform zur Vorbeugung, Reduktion oder Bewältigung von sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen eindeutig wirksam ist. Gleichzeitig kann aber auch nicht zweifelsfrei auf die Unwirksamkeit der untersuchten

Maßnahmen geschlossen werden, da für zwei Interventionsformen (Besuche durch Ehrenamtliche in der eigenen Häuslichkeit und professionell geleitete Gruppenangebote) beziehungsweise für fünf Endpunkte (soziale Unterstützung, Mortalität, Angst, selbstberichteter Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit) Anhaltspunkte für einen Nutzen abgeleitet werden konnten. So gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Besuchsprogramme durch Ehrenamtliche bei sozial isolierten und einsamen Personen zumindest die Lebenszufriedenheit steigern beziehungsweise die Angst reduzieren. Weiter gibt es einen Anhaltspunkt, dass bei Personen, die von Isolation und Einsamkeit bedroht sind, eine professionell geleitete soziale Gruppenarbeit die soziale Unterstützung erhöht. Bei sozial isolierten und von Einsamkeit betroffenen Personen gibt es Anhaltspunkte, dass ein professionell geleitetes Gruppenangebot die Mortalität senkt und den selbstberichteten Gesundheitszustand verbessert.

Die gesundheitsökonomische Bewertung betrachtet einerseits Kosten, die mit der Technologie verbunden sind (Interventionskosten) und andererseits vergleichende gesundheitsökonomische Studien. In den systematischen Recherchen wurden lediglich zwei gesundheitsökonomische Publikationen gefunden. Es handelt sich dabei um zwei Studien mit therapeutischer Intention, die auch in die Nutzenbewertung einbezogen wurden. In einer Studie wurde eine Kosten-Nutzwert-Analyse für das von Ehrenamtlichen umgesetzte Widow-to-Widow-Programm publiziert und die zweite Studie unternahm einen Kosten-Kosten-Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe für eine professionell umgesetzte psychosoziale Gruppenintervention. Die im Rahmen der Durchführung der Studien ermittelten Interventionskosten betragen währungskonvertierte und inflationsbereinigte 574 € pro Person für die Hausbesuche durch Ehrenamtliche. Die Kostendifferenz zur Kontrollgruppe (Normalversorgung und Informationsbroschüre) von währungskonvertierten und inflationsbereinigten -218 € war statistisch nicht signifikant. Bei der professionell umgesetzten psychosozialen Gruppenintervention bestand eine währungskonvertierte und inflationsbereinigte signifikante Kostendifferenz in Höhe von 1127 € zugunsten der Interventionsgruppe (Kontrollgruppe: keine Intervention). Allerdings sind dabei die in der Publikation angegebenen Kosten für das Gruppenprogramm, in Höhe von währungskonvertiert und inflationsbereinigt 1053 € pro Person, nicht inkludiert. Eine Kosten-Outcome-Relation für die gemessenen Endpunkte erfolgt nicht.

Bei der Interpretation der gesundheitsökonomischen Ergebnisse sind weiterhin die unterschiedlichen Studientypen, die methodischen Defizite und die unterschiedlichen zugrundeliegenden Gesundheitssysteme mit entsprechender Variation in den einbezogenen Kostenparametern zu berücksichtigen. Eindeutige Schlussfolgerungen hinsichtlich der Kosten-Effektivität von bestimmten Interventionsformen zur Vorbeugung oder Bewältigung von sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen können damit nicht gezogen werden, vor allem auch nicht für den deutschen Kontext.

Auf Basis der Angaben in den zwei Publikationen wurden die potenziellen Interventionskosten für den deutschen Kontext erhoben. Diese lagen für den Besuchsdienst durch Ehrenamtliche (Organisation und Durchführung von 10 bis 12 Hausbesuchen pro Teilnehmer:in) bei 246 € bzw. 403 € pro Teilnehmer:in, abhängig von der Durchführung der Supervision. Für das professionell angeleitete 3-monatige Gruppenangebot wurden Interventionskosten in Höhe von durchschnittlich 434 € pro Teilnehmer:in ermittelt.

Demgegenüber stehen die Ergebnisse der Analysen aus ethischer, sozialer, organisatorischer und rechtlicher Perspektive, denen die systematische Aufarbeitung der Diskussionsabschnitte der in die Nutzenbewertung inkludierten Publikationen, weitere einschlägige Publikationen aus den orientierenden Literaturrecherchen, Interviews mit Betroffenen und die Diskussion in einem Stakeholder-Workshop zugrunde liegen. Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit sind durchweg positiv konnotiert. Dabei wird ihr „Nutzen“ nicht unbedingt an gesundheitsbezogenen Endpunkten festgemacht, sondern allein die Tatsache, dass Kontakte mit anderen Menschen stattfinden, wird bereits als Erfolg wahrgenommen. Mit Sozialkontakten werden vor allem Freude, Spaß und eine höhere Lebensqualität assoziiert, positive Effekte auf die Gesundheit werden daraus resultierend erwartet. Mehrfach wurde darauf verwiesen, dass Angebote bedarfsgerecht sein müssen. Dabei bezieht sich die Bedarfsgerechtigkeit zum einen auf Spezifika der Zielgruppe wie Erreichbarkeit (z. B. „stille Alte“), soziokulturelle Zusammensetzung, besondere Auslöser von sozialer Isolation und Einsamkeit (z. B. Verlust von nahen Angehörigen) oder krankheitsbedingte Barrieren. Ein anderer Themenkomplex bezieht sich auf die inhaltliche Ausgestaltung von Angeboten. Unterschiedliche Wirkmechanismen werden ausgeführt: das Setzen von gemeinschaftsbildenden Stimuli durch Gruppenaktivitäten, die entlastende, öffnende Funktion von vertrauensvollen Gesprächen, insbesondere auch mit gleichartig Betroffenen, oder das gezielte Bearbeiten von individuellen psychischen Barrieren und Stärkung der Selbstwirksamkeit in eher therapeutisch ausgerichteten Settings. Förderlich für die Akzeptanz wird die partizipative Einbindung der Zielgruppe in die Entwicklung von Angeboten gesehen, um die Authentizität von Begegnungssituationen und die inhaltliche Passung an Interessen zu gewährleisten. Anderenfalls kann Interventionen eine hohe Abbruchquote drohen, wodurch sie ineffizient werden. Für wenig hilfreich dagegen wird die Unterscheidung zwischen präventiven und therapeutischen Maßnahmen eingeschätzt; hier wäre eine Orientierung am Schweregrad der Beeinträchtigung eher zielführend.

Die Implementierung von Maßnahmen hat mentale Barrieren als auch technische und organisatorische Aspekte zu berücksichtigen. Der Abbau von mentalen Barrieren kann z. B. mit gestuften Angeboten unterstützt werden, in denen auf eine initiale, vertrauensaufbauende Phase eine Phase mit weiterreichenden Kontakten folgt. In diesem Zusammenhang ist auch die Nachhaltigkeit von Angeboten von entscheidender Bedeutung, die als kritisches ethisches Kriterium identifiziert wurde. Technische und organisatorische

Aspekte betreffen z. B. die Erreichbarkeit von Angeboten mit (öffentlichen) Verkehrsmitteln, gegebenenfalls Fahrdiensten, auch unter Berücksichtigung anfallender Kosten, oder der niedrigschwellige Zugang zu Angeboten, ohne komplexe Antragsverfahren. Besondere Herausforderungen ergeben sich aus der regional stark unterschiedlichen Angebotsvielfalt (Stadt-Land-Gefälle), der heterogenen Bevölkerungszusammensetzung im Hinblick auf ihren soziokulturellen und sozioökonomischen Hintergrund und der schwierigen Erreichbarkeit von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Für die Bekanntmachung von Angeboten sollten daher ebenfalls unterschiedliche Strategien vorgesehen werden. Neben reinen Bekanntmachungen über lokale Medien, schwarze Bretter oder Flyer, die eher die Beteiligung von eher „aktiven" Senioren:innen stimulieren, sind auch gezielte, gegebenenfalls aufsuchende Strategien z. B. unter Einbindung von Hausarztpraxen, Pflege- und Sozialdiensten oder Apotheken vorzusehen, um das zurückgezogene, potenziell besonders bedürftige Klientel zu erreichen.

Weitere organisatorische Aspekte sind Infrastruktur und Personal. Für gruppenbasierte Angebote stehen z. B. Gemeinde- oder Stadtteilzentren, Altenhilfeeinrichtungen, Tagespflegeeinrichtungen aber auch Bibliotheken oder Sporteinrichtungen zur Verfügung. Umgesetzt werden die Angebote gegen soziale Isolation und Einsamkeit sowohl von ausgebildeten professionellen Akteur:innen wie Sozialarbeiter:innen oder Pflegekräften und Ehrenamtlichen, die zumeist Laien hinsichtlich sozialarbeiterischer oder pflegerischer Expertise sind. In Unterstützungsangeboten, die auf Reziprozität setzen, werden auch Angehörige der Zielgruppe zu Akteur:innen. Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist die Sicherstellung einer adäquaten Qualifikation aller Beteiligten, die sich nicht nur auf Kenntnis der Intervention selbst beschränkt, sondern Fähigkeiten wie Gesprächsführung, Gruppenleitung, soziale Kompetenz und Umgang mit vulnerablen Gruppen umfasst. Gerade die Rekrutierung und Qualifikation von Ehrenamtlichen kann, besonders in sozioökonomisch eher benachteiligten Gegenden, schnell zu einer Hürde für die Umsetzbarkeit von Interventionen werden.

Aus sozialrechtlicher Perspektive sind bereits mehrere Einbindungsmöglichkeiten für Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit vorhanden. So finden sich in der Altenhilfe bereits verschieden Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter, wie Freiwilligenbesuchsdienste und professionell betreute Gruppenangebote. Präventive Angebote lassen sich der Krankenversicherung zuordnen, da soziale Isolation und Einsamkeit im Alter das Krankheitsrisiko, besonders für psychische Erkrankungen erhöhen.

In die Zukunft gerichtete Vorschläge sind weiterhin Selektivverträge nach § 140a SGB V mit Pflegekassen, Kommunen und Wohlfahrtseinrichtungen, die auch die besser verzahnte Prävention sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter zum Gegenstand haben. Denkbar sind auch nach dem Krankenversicherungsrecht die Verankerung von Care- und Casemanagement

in der Regelversorgung und die Verankerung eines subjektiv-öffentlichen Rechts auf Hilfe bei sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter im Altenhilferecht. Dies könnte Betroffenen auch über die bisherigen Angebote hinaus durchsetzbare Rechtspositionen verschaffen. Hierzu wäre das Altenhilferecht so umzustrukturieren, dass dieses einen Leistungskatalog positiv evaluierter Interventionen enthält. Vorbild könnte hier das Krankenversicherungsrecht sein, welches die sehr heterogenen Leistungsvoraussetzungen und Leistungsinhalte im Rechtskonkretisierungskonzept detailliert und subjektiv-rechtlich umgesetzt hat.

Fazit

Zusammengenommen weisen die Ergebnisse des HTA auf die Notwendigkeit hin, auf der Grundlage der vielfältigen Vorarbeiten, valide und bedarfsadaptierte Konzepte zur Vorbeugung und Reduktion sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen zu entwickeln und zu überprüfen. Einen Rahmen hierfür bietet das Medical Research Council(MRC)-Framework für die Entwicklung komplexer Interventionen. Für den ersten Schritt, die Entwicklung eines theoretischen Wirkmodells, kann auf die Vorarbeiten der hier analysierten Studien zurückgegriffen werden, vorzugsweise von solchen, die wenigstens in einem Teil der betrachteten Endpunkte Vorteile zu Gunsten der Interventionsgruppen erzielen konnten beziehungsweise Anhaltspunkte für einen Nutzen geliefert haben. Für die Modellierung der Intervention, unter Berücksichtigung von Präferenzen und Bedürfnissen der Betroffenen sowie Kompetenzen und Ressourcen von Dienstleister:innen und Ehrenamtlichen bieten sich partizipative Ansätze unter Einbindung von relevanten Stakeholder:innen an. Die Planung der Implementierungsstrategie und anschließender Machbarkeitsstudie sollte sich an den in Kapitel 6 herausgearbeiteten An- und Herausforderungen aus ethischer, sozialer, organisatorischer und rechtlicher Sicht orientieren und auch eine realistische und für den deutschen Kontext valide Kostenschätzung umfassen. Die Effektivität ist letztendlich in einer randomisierten kontrollierten Studie zu überprüfen, die gleichermaßen Wert auf Prozessevaluation, Bestimmung von Nutzen und Schaden anhand auch mit den Stakeholdern abgestimmter Outcomeparameter und Kosteneffektivität legt. Eine transparente Dokumentation aller Schritte stellt Nachvollziehbarkeit des Vorgehens und Interpretation der Ergebnisse sicher.

HTA-Details

A1 Projektverlauf

A1.1 Zeitlicher Verlauf des Projekts

Aus den im Vorschlagszeitraum von August 2018 bis Juli 2019 beim ThemenCheck Medizin eingereichten Themenvorschlägen wurde vom IQWiG unter Beteiligung eines mit Patientinnen und Patienten sowie Bürgerinnen und Bürgern besetzten Auswahlbeirats das Thema „Soziale Isolation im Alter: Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken?“ für die Erstellung eines HTA-Berichts mit der Projektnummer HT20-03 ausgewählt.

Die Erstellung des HTA-Berichts gliedert sich in die folgenden Schritte:

Das IQWiG beauftragt externe Sachverständige mit der Erstellung eines HTA-Berichts zur Fragestellung. Dafür erstellen diese zunächst ein HTA-Berichtsprotokoll. Das HTA-Berichtsprotokoll in der Version 1.0 vom 01.02.2021 wurde am 02.02.2021 auf der Website des IQWiG veröffentlicht.

Auf Basis des HTA-Berichtsprotokolls wurde der vorliegende vorläufige HTA-Bericht durch externe Sachverständige unter Anwendung der Methodik des IQWiG erstellt. Während der Erstellung des vorläufigen HTA-Berichts wurden von den externen Sachverständigen Betroffene zur Diskussion patientenrelevanter Aspekte konsultiert. Vor der Veröffentlichung wurde ein Review des vorläufigen HTA-Berichts durch eine nicht projektbeteiligte Person durchgeführt. Der vorläufige HTA-Bericht wird zur Anhörung gestellt.

Im Anschluss an diese Anhörung erstellen die externen Sachverständigen den HTA-Bericht. Der HTA-Bericht der externen Sachverständigen wird vom IQWiG durch einen Herausgeberkommentar ergänzt.

Der abschließende HTA-Bericht mit dem Herausgeberkommentar sowie die allgemeinverständliche Version (HTA kompakt: Das Wichtigste verständlich erklärt) werden an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übermittelt und 2 Wochen später auf der Website des IQWiG veröffentlicht. An gleicher Stelle wird auch die Dokumentation der Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht veröffentlicht.

Dieser HTA-Bericht ist unter der Registrierungsnummer CRD42021240474 bei PROSPERO, einem prospektiven Register für systematische Übersichtsarbeiten, registriert.

A1.2 Spezifizierungen und Änderungen im Projektverlauf

Vorläufiger HTA-Bericht im Vergleich zum HTA-Berichtsprotokoll

Neben redaktionellen Änderungen ergaben sich folgende Spezifizierungen im vorläufigen HTA-Bericht:

Abschnitt Nutzenbewertung

- Spezifizierung 1:

  Der im Berichtsprotokoll verwendete Terminus „patientenrelevante Endpunkte“ wurde im vorläufigen HTA-Bericht durch den Terminus „zielgruppenrelevante Endpunkte“ ersetzt. Zum einen handelt es sich bei der Zielgruppe nicht um klassische Patienten, da soziale Isolation und Einsamkeit per se nicht als Krankheitsbild zu verstehen ist. Zum anderen sind für die Zielgruppe auch Endpunkte relevant (wie z. B. Sozialkontakte), die in den gängigen Definitionen von patientenrelevanten Endpunkten (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und unerwünschte Wirkungen) nicht mitgefasst sind.

- Spezifizierung 2:

  Zur formalen Prüfung von statistisch signifikanten Gruppenunterschieden auf Relevanz wurden Effektstärken nach der Hedges^{g}-Methode berechnet. Liegen der Effektschätzer und das Konfidenzintervall vollständig oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,2 wird geschlossen, dass die Effekte nicht in einem sicher irrelvanten Bereich liegen – also mindestens klein sind [132].

Abschnitt gesundheitsökonomische Bewertung

- Spezifizierung 1:

  Gemäß HTA-Berichtsprotokoll war geplant, Kosten-Kosten-Analysen nur einzuschließen, wenn keine Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen identifiziert werden können. Da nur eine Kosten-Nutzwert-Analyse identifiziert werden konnte, wurden Kosten-Kosten-Analysen ergänzend eingeschlossen.

Abschnitt ethische Aspekte

- Spezifizierung 1:

  Für die Bewertung der Relevanz der entwickelten ethischen Kriterien wurden folgende Kategorien eingeführt: 1) sehr relevant, 2) relevant und 3) teilweise relevant. Für die ethische Bewertung wurde zwischen „eher kritisch“, „eher unkritisch“ und „teilweise kritisch“ unterschieden.

- Spezifizierung 2:

  Für die Bewertung, wie kritisch ein Kriterium aus ethischer Sicht ist, wurden die Bewerter:innen gebeten a) die Häufigkeit und b) den Schweregrad im Eintrittsfall zu bedenken. Darüber hinaus gab es keine Berechnungsformel o. ä., die den Einfluss der beiden Dimensionen auf die globale Bewertung im Detail vorgab.

Abschnitt Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

- Spezifizierung 1:

  Zusätzlich wurde auch das Protokoll des Stakeholder-Workshops hinsichtlich sozialer, rechtlicher und / oder organisatorischer Argumente und Aspekte geprüft.

- Spezifizierung 2:

  Die Informationsaufbereitung für die sozialen und organisatorischen Aspekte erfolgte gemeinsam. Orientiert wurde sich dabei an dem konzeptionellen Rahmen von Mozygemba.

- Spezifizierung 3:

  Die Informationsaufbereitung für die rechtlichen Aspekte folgte keinem konzeptionellen Rahmen, sondern erfolgte speziell für diesen HTA-Bericht. Orientiert wurde sich dabei an den Originalaussagen in Gesetzbüchern und Gesetzkommentaren.

Abschnitt Diskussion (Berichtsqualität der Evaluationsstudien zu komplexen Interventionen)

- Spezifizierung 1:

  Die eingeschlossenen Studien zur Nutzenbewertung wurden mit der CReDECI 2-Checkliste hinsichtlich ihren Evaluationsentwicklung und Evaluation bewertet.

A2 Details der Methoden – Methodik gemäß HTA-Berichtsprotokoll

Die folgenden Abschnitte geben den Wortlaut der Berichtsmethodik aus dem HTA-Berichtsprotokoll wieder. Über diese Methodik hinausgehende Spezifizierungen oder Änderungen der Methoden im Projektverlauf werden im Abschnitt A1.2 erläutert. Im folgenden Text wird an den entsprechenden Stellen auf diesen Abschnitt verwiesen.

Dieser HTA-Bericht wird auf Grundlage der Allgemeinen Methoden 6.0 [132] erstellt.

A2.1 Nutzenbewertung

A2.1.1 Kriterien für den Einschluss von Studien

Population

In den HTA-Bericht werden Studien mit a) Personen im Alter von 65 Jahren oder älter aufgenommen, die im eigenen Haushalt leben (inkl. Betreutes Wohnen) und für die nach Einschätzung der Studienautorinnen und -autoren ein objektives Kriterium der sozialen Isolation zutrifft und die subjektiv unter Einsamkeit leiden und b) Personen im Alter von 60 Jahren oder älter, die im eigenen Haushalt leben (inkl. Betreutes Wohnen) und die Risikofaktoren (wie z. B. schwere, mit Funktionseinschränkungen einhergehende Erkrankungen, Veränderungen im Wohn- oder Lebensumfeld) für soziale Isolation und Einsamkeit aufweisen.

Prüf- und Vergleichsintervention

Als zu prüfende Intervention wird definiert: Individuumsbezogene oder gruppenbasierte Interventionen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialfürsorgesystems erbracht werden oder konzeptioniert wurden, mit dem Ziel, über das Auflösen oder dem Vorbeugen von sozialer Isolation beziehungsweise Einsamkeit patientenrelevante Endpunkte in der Zielgruppe positiv zu beeinflussen. Hierzu gehören prinzipiell Leistungen aller in Abschnitt 1.2.4 genannten Kategorien.

Als Vergleichsintervention gilt eine Versorgung ohne die genannten Interventionen (z. B. CAU - Care As Usual, Wartegruppenkontrollen) oder Versorgung mit einer Minimalintervention (z. B. Broschüre mit Kontaktadressen für Beratungsstellen).

Patientenrelevante Endpunkte

Für die Untersuchung werden folgende patientenrelevante Endpunkte betrachtet:

- Mortalität
- Morbidität, wie
  - klinische Endpunkte psychisch (z. B. Depressivität)

  - klinische Endpunkte somatisch (z. B. Krankheitskomplikationen)
- unerwünschte Ereignisse
- gesundheitsbezogene Lebensqualität
- gesundheitsbezogenes soziales Funktionsniveau und soziale Teilhabe (Partizipation)
  - soziale Beziehungen und Unterstützung
  - Einsamkeit
  - psychische Ressourcen (z. B. Selbstwirksamkeit, Coping)

Ergänzend werden Anzahl von Sozialkontakten, Lebensstiländerungen und Zufriedenheit der Probanden mit den Interventionen betrachtet. Ein (höherer) Nutzen kann sich allein auf Basis dieser Endpunkte jedoch nicht ergeben.

(Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

Studientypen

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind, sofern sie methodisch adäquat und der jeweiligen Fragestellung angemessen durchgeführt wurden, mit der geringsten Ergebnisunsicherheit behaftet. Sie liefern daher die zuverlässigsten Ergebnisse für die Bewertung des Nutzens einer medizinischen Intervention.

Für alle genannten Interventionen und Endpunkte ist eine Evaluation im Rahmen von RCTs möglich und praktisch durchführbar.

Für den zu erstellenden HTA-Bericht werden daher RCTs als relevante wissenschaftliche Literatur in die Nutzenbewertung einfließen.

Studiendauer

Hinsichtlich der Studiendauer besteht keine Einschränkung.

Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

Tabellarische Darstellung der Kriterien für den Studieneinschluss

In der folgenden Tabelle sind die Kriterien aufgelistet, die Studien erfüllen müssen, um in die Nutzenbewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 13: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die Nutzenbewertung

Einschlusskriterien	
EN1a	In der eigenen Häuslichkeit lebende Personen ≥ 65 Jahre, die nach Einschätzung der Studienautorinnen und -autoren in sozialer Isolation leben und unter Einsamkeit leiden (siehe Abschnitt A2.1.1).
EN1b	In der eigenen Häuslichkeit lebende Personen ≥ 60 Jahre mit Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit (siehe Abschnitt A2.1.1).
EN2	Interventionen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des Gesundheits- und Sozialfürsorgesystems erbracht werden oder konzeptioniert wurden, mit dem Ziel, über das Auflösen oder dem Vorbeugen von sozialer Isolation beziehungsweise Einsamkeit patientenrelevante Endpunkte in der Zielgruppe positiv zu beeinflussen (siehe Abschnitt A2.1.1).
EN3	Versorgung ohne die genannten Interventionen (CAU, Wartegruppen) oder Versorgung mit einer Minimalintervention (siehe Abschnitt A2.1.1).
EN4	Patientenrelevante Endpunkte wie in Abschnitt A2.1.1 formuliert
EN5	Randomisierte kontrollierte Studien (siehe Abschnitt A2.1.1)
EN6	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch
EN7	Vollpublikation verfügbar[a]

a: Als Vollpublikation gilt in diesem Zusammenhang auch ein Bericht über die Studie, der den Kriterien des CONSORT-Statements [133] genügt und eine Bewertung der Studie ermöglicht, sofern die in diesen Dokumenten enthaltenen Informationen zu Studienmethodik und zu den Studienergebnissen nicht vertraulich sind.
CAU: Care As Usual; CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials

Einschluss von Studien, die die vorgenannten Kriterien nicht vollständig erfüllen

Für die Einschlusskriterien EN1a und EN1b (Population), EN2 (Prüfintervention, bezogen auf die Interventionsgruppe der Studie) und EN3 (Vergleichsintervention, bezogen auf die Vergleichsgruppe der Studie) reicht es aus, wenn bei mindestens 80 % der eingeschlossenen Probandinnen und Probanden diese Kriterien erfüllt sind. Liegen für solche Studien Subgruppenanalysen für Probandinnen und Probanden vor, die die Einschlusskriterien erfüllen, wird auf diese Analysen zurückgegriffen. Studien, bei denen die Einschlusskriterien EN1a / EN1b, EN2 und EN3 bei weniger als 80 % erfüllt sind, werden nur dann eingeschlossen, wenn Subgruppenanalysen für Probandinnen und Probanden vorliegen, die die Einschlusskriterien erfüllen.

A2.1.2 Informationsbeschaffung

Fokussierte Informationsbeschaffung von systematischen Übersichten

Parallel zur Erstellung des HTA-Berichtsprotokolls erfolgte eine Recherche nach systematischen Übersichten in der Datenbank MEDLINE (umfasst auch die Cochrane Database of Systematic Reviews), HTA Database, sowie auf den Websites des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Die Suche wurde auf das Publikationsdatum ab 2010 eingeschränkt. Die Suche fand am 09.12.2020 statt. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A9.1.1.

Die Selektion erfolgte durch 1 Person und wurde anschließend von einer 2. Person überprüft. Diskrepanzen wurden durch Diskussion zwischen beiden aufgelöst.

Es wird geprüft, ob mindestens eine hochwertige und aktuelle systematische Übersicht infrage kommt, deren Informationsbeschaffung als Grundlage für die Bewertung verwendet werden kann. Dafür erfolgt eine Bewertung der Qualität der Informationsbeschaffung dieser systematischen Übersicht(en). Kann mindestens eine diesbezüglich hochwertige und aktuelle Übersicht identifiziert werden, werden die zugrundeliegenden Studien beziehungsweise Dokumente von 1 Person auf ihre Relevanz für die vorliegende Bewertung geprüft und das Ergebnis von einer 2. Person überprüft. Bewertungen der eingeschlossenen Studien oder die Datenextraktion werden nicht übernommen.

Die finale Entscheidung, ob und welche systematische(n) Übersicht(en) für die Bewertung herangezogen werden, erfolgt nach Veröffentlichung des HTA-Berichtsprotokolls anhand der darin festgelegten Kriterien.

Umfassende Informationsbeschaffung von Studien

Für die umfassende Informationsbeschaffung wird eine systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten durchgeführt.

Für den Fall, dass mindestens eine systematische Übersicht als Basis für die Informationsbeschaffung verwendet werden kann, wird diese für die Informationsbeschaffung von Studien für den von der Übersicht abgedeckten Zeitraum herangezogen. Dieser Teil der Informationsbeschaffung wird ergänzt um eine systematische Recherche nach relevanten Studien beziehungsweise Dokumenten für den nicht von der Übersicht abgedeckten Zeitraum.

Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- Bibliografische Datenbanken
  - MEDLINE
  - Embase
  - Cochrane Central Register of Controlled Trials
- Studienregister
  - U.S. National Institutes of Health. ClinicalTrials.gov
  - World Health Organization. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken:
- Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
- Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen

Selektion relevanter Studien aus der umfassenden Informationsbeschaffung

Selektion relevanter Studien beziehungsweise Dokumente aus den Ergebnissen der bibliografischen Datenbanken

Die in bibliografischen Datenbanken identifizierten Treffer werden in einem 1. Schritt anhand ihres Titels und, sofern vorhanden, Abstracts in Bezug auf ihre potenzielle Relevanz bezüglich der spezifischen Einschlusskriterien (siehe Tabelle 13) bewertet. Als potenziell relevant erachtete Dokumente werden in einem 2. Schritt anhand ihres Volltextes auf Relevanz geprüft. Beide Schritte erfolgen durch 2 Personen unabhängig voneinander. Diskrepanzen werden durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

Selektion relevanter Studien beziehungsweise Dokumente aus weiteren Informationsquellen

Die Rechercheergebnisse aus den folgenden Informationsquellen werden von 2 Personen unabhängig voneinander in Bezug auf ihre Relevanz bewertet:

- Studienregister

Die Rechercheergebnisse aus den darüber hinaus berücksichtigten Informationsquellen werden von 1 Person auf Studien gesichtet. Die identifizierten Studien werden dann auf ihre Relevanz geprüft. Der gesamte Prozess wird anschließend von einer 2. Person überprüft.

Sofern in einem der genannten Selektionsschritte Diskrepanzen auftreten, werden diese jeweils durch Diskussion zwischen den beiden aufgelöst.

A2.1.3 Informationsbewertung und -synthese

Darstellung der Einzelstudien

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Studien in standardisierte Tabellen extrahiert. Die Ergebnisse zu den in den Studien berichteten patientenrelevanten Endpunkten werden im Bericht vergleichend beschrieben.

Da es sich um Interventionen handelt, die primär auf mittel- bis langfristige Verbesserungen abzielt, werden vorzugsweise Daten zum Zeitpunkt 6 bis 12 Monate nach Beginn der Intervention dargestellt.

Die relevanten Ergebnisse werden endpunktspezifisch pro Studie auf ihr jeweiliges Verzerrungspotenzial überprüft. Anschließend werden die Informationen zusammengeführt und analysiert. Wenn möglich werden über die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Einzelstudien hinaus die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Verfahren eingesetzt.

Ergebnisse fließen in der Regel nicht in die Nutzenbewertung ein, wenn diese auf weniger als 70 % der in die Auswertung einzuschließenden Probandinnen und Probanden basieren, das heißt, wenn der Anteil der Probandinnen und Probanden, die nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, größer als 30 % ist.

Die Ergebnisse werden auch dann nicht in die Nutzenbewertung einbezogen, wenn der Unterschied der Anteile nicht berücksichtigter Probandinnen und Probanden zwischen den Gruppen größer als 15 Prozentpunkte ist.

Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

Das Verzerrungspotenzial der Ergebnisse wird endpunktspezifisch für jede in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studie bewertet. Dazu werden insbesondere folgende endpunktübergreifende (A) und endpunktspezifische (B) Kriterien systematisch extrahiert und bewertet:

A: Kriterien für die endpunktübergreifende Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Erzeugung der Randomisierungssequenz
- Verdeckung der Gruppenzuteilung
- Verblindung der Probandin oder des Probanden sowie der behandelnden Person
- ergebnisunabhängige Berichterstattung

B: Kriterien für die endpunktspezifische Bewertung des Verzerrungspotenzials der Ergebnisse

- Verblindung der Endpunkterheber
- Umsetzung des Intention-to-treat(ITT)-Prinzips
- ergebnisunabhängige Berichterstattung

Für die Ergebnisse randomisierter Studien wird das Verzerrungspotenzial zusammenfassend als niedrig oder hoch eingestuft. Wird bereits hinsichtlich der unter (A) aufgeführten Kriterien ein endpunktübergreifend hohes Verzerrungspotenzial festgestellt, gilt dieses damit für alle Ergebnisse aller Endpunkte als hoch, unabhängig von der Bewertung endpunktspezifischer Aspekte. Andernfalls finden anschließend die unter (B) genannten Kriterien pro Endpunkt Berücksichtigung.

Metaanalysen

Die geschätzten Effekte und Konfidenzintervalle aus den Studien werden mittels Forest Plots zusammenfassend dargestellt. Anschließend wird die Heterogenität des Studienpools anhand des statistischen Tests auf Vorliegen von Heterogenität [134] untersucht. Ergibt der Heterogenitätstest ein statistisch nicht signifikantes Ergebnis ($p \geq 0{,}05$), wird davon ausgegangen, dass die Schätzung eines gemeinsamen (gepoolten) Effekts sinnvoll ist. Im Fall von mindestens 5 Studien erfolgt die Metaanalyse mithilfe des Modells mit zufälligen Effekten nach der Methode von Knapp und Hartung unter Verwendung des Heterogenitätsschätzers nach Paule und Mandel [135]. Als Ergebnis wird der gemeinsame Effekt inklusive Konfidenzintervall dargestellt. Weil die Heterogenität im Fall weniger Studien nicht verlässlich geschätzt werden kann, werden bei 4 oder weniger Studien gegebenenfalls Modelle mit festem Effekt verwendet. Dazu müssen die Studien ausreichend ähnlich sein, und es darf keine Gründe geben, die gegen die Anwendung eines Modells mit festem Effekt sprechen. Ist ein Modell mit festem Effekt nicht vertretbar, kann eine qualitative Zusammenfassung erfolgen.

Ergibt der Heterogenitätstest ein statistisch signifikantes Ergebnis ($p < 0{,}05$), wird im Fall von mindestens 5 Studien nur das Prädiktionsintervall dargestellt. Bei 4 oder weniger Studien erfolgt eine qualitative Zusammenfassung. In beiden Fällen wird außerdem untersucht, welche Faktoren diese Heterogenität möglicherweise verursachen. Dazu zählen methodische Faktoren und klinische Faktoren, sogenannte Effektmodifikatoren.

Abgesehen von den genannten Modellen können in bestimmten Situationen und mit besonderer Begründung Alternativen wie zum Beispiel das Betabinomialmodell bei binären Daten [136] angewendet werden.

Sensitivitätsanalysen

Bestehen Zweifel an der Robustheit von Ergebnissen wegen methodischer Faktoren, die beispielsweise durch die Wahl bestimmter Cut-off-Werte, Ersetzungsstrategien für fehlende Werte, Erhebungszeitpunkte oder Effektmaße begründet sein können, ist geplant, den Einfluss solcher Faktoren in Sensitivitätsanalysen zu untersuchen. Das Ergebnis solcher Sensitivitätsanalysen kann die Sicherheit, der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen beeinflussen. Ein als nicht robust eingestufter Effekt kann zum Beispiel dazu führen, dass nur ein Hinweis auf anstelle eines Belegs für einen (höheren) Nutzen attestiert wird.

Subgruppenmerkmale und andere Effektmodifikatoren

Die Ergebnisse werden hinsichtlich potenzieller Effektmodifikatoren, das heißt klinischer Faktoren, die die Effekte beeinflussen, untersucht. Ziel ist es, mögliche Effektunterschiede zwischen Probandengruppen und Behandlungsspezifika aufzudecken. Für einen Nachweis unterschiedlicher Effekte ist die auf einem Homogenitäts- beziehungsweise Interaktionstest basierende statistische Signifikanz Voraussetzung. In die Untersuchung werden die vorliegenden Ergebnisse aus Regressionsanalysen, die Interaktionsterme beinhalten, und aus Subgruppenanalysen einbezogen. Außerdem erfolgen eigene Analysen in Form von Metaregressionen oder Metaanalysen unter Kategorisierung der Studien bezüglich der möglichen Effektmodifikatoren. Subgruppenanalysen werden nur durchgeführt, falls jede Subgruppe mindestens 10 Personen umfasst und bei binären Daten mindestens 10 Ereignisse in einer der Subgruppen aufgetreten sind. Es ist vorgesehen, folgende Faktoren bezüglich einer möglichen Effektmodifikation in die Analysen einzubeziehen:

- Geschlecht,
- Alter.

Sollten sich aus den verfügbaren Informationen weitere mögliche Effektmodifikatoren ergeben, können diese ebenfalls begründet einbezogen werden.

Bei Identifizierung möglicher Effektmodifikatoren erfolgt gegebenenfalls eine Präzisierung der aus den beobachteten Effekten abgeleiteten Aussagen. Beispielsweise kann der Beleg eines (höheren) Nutzens auf eine spezielle Subgruppe von Probandinnen und Probanden eingeschränkt werden.

Aussagen zur Beleglage

Für jeden Endpunkt wird eine Aussage zur Beleglage des (höheren) Nutzens und (höheren) Schadens in 4 Abstufungen bezüglich der jeweiligen Aussagesicherheit getroffen: Es liegt entweder ein Beleg (höchste Aussagesicherheit), ein Hinweis (mittlere Aussagesicherheit), ein Anhaltspunkt (schwächste Aussagesicherheit) oder keine dieser 3 Situationen vor. Der letzte Fall tritt ein, wenn keine Daten vorliegen oder die vorliegenden Daten keine der 3 übrigen

Aussagen zulassen. In diesem Fall wird die Aussage „Es liegt kein Anhaltspunkt für einen (höheren) Nutzen oder (höheren) Schaden vor“ getroffen.

Die regelhaft abzuleitende Aussagesicherheit ist von den in Tabelle 14 dargestellten Kriterien abhängig. Die qualitative Ergebnissicherheit ist abhängig vom Design der Studie. Ergebnisse randomisierter Studien mit niedrigem Verzerrungspotenzial haben eine hohe, Ergebnisse randomisierter Studien mit hohem Verzerrungspotenzial eine mäßige qualitative Ergebnissicherheit. Ergebnisse nicht randomisierter vergleichender Studien haben eine geringe qualitative Ergebnissicherheit.

Tabelle 14: Regelhaft abgeleitete Aussagesicherheiten für verschiedene Evidenzsituationen beim Vorliegen von Studien derselben qualitativen Ergebnissicherheit

		Anzahl Studien				
		1 (mit statistisch signifikantem Effekt)	≥ 2			
			homogen	heterogen		
			Metaanalyse statistisch signifikant	gleichgerichtete Effekte[a]		
				deutlich	mäßig	nein
Qualitative Ergebnis-sicherheit	hoch	Hinweis	Beleg	Beleg	Hinweis	–
	mäßig	Anhaltspunkt	Hinweis	Hinweis	Anhaltspunkt	–
	gering	–	Anhaltspunkt	Anhaltspunkt	–	–
a: Gleichgerichtete Effekte liegen vor, wenn trotz Heterogenität eine deutliche oder mäßige Richtung der Effekte erkennbar ist.						

Abschließend erfolgt eine endpunktübergreifende Bewertung des Nutzens. In diese übergreifende Bewertung werden auch die Datenvollständigkeit und die sich daraus möglicherweise ergebende Verzerrung aufgrund von Publikationsbias einbezogen. Dies kann zu Einschränkungen der Nutzenaussage führen.

(Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

A2.2 Ökonomische Bewertung

A2.2.1 Interventionskosten

Das Spektrum an Interventionen, die eingesetzt werden können, um dem Phänomen “soziale Isolation” vorzubeugen oder entgegenzuwirken, ist komplex und vielfältig. Daher werden zur Bestimmung der Interventionskosten die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche für 4 exemplarische Interventionskategorien bestimmt, die im Rahmen der Nutzenbewertung den höchsten Nutzen aufweisen beziehungsweise am häufigsten untersucht wurden. Die

ausgewählten Maßnahmen werden exemplarisch als Prüfinterventionen betrachtet. Interventionskosten für eine Vergleichsintervention werden nicht erhoben, da im vorliegenden HTA insbesondere „keine Intervention (CAU, Wartegruppen)“ oder allenfalls Minimalintervention (z. B. Broschüre mit Kontaktadressen für Beratungsstellen) als Vergleichsintervention dienen, für die keine beziehungsweise minimale Interventionskosten anfallen. Für die 4 exemplarischen Prüfinterventionen werden die unmittelbar mit der Anwendung einhergehenden Leistungen und die daraus resultierenden Kosten berücksichtigt. Für die anfallenden Leistungen werden soweit möglich die jeweils relevanten regulierten oder verhandelten Preise, zum Beispiel aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), dem Diagnosis Related Groups (DRG)-Katalog, dem Heil- und Hilfsmittelkatalog oder ähnlich geeigneten Aufstellungen aus der Rentenversicherung oder des Statistischen Bundesamts, angesetzt. Falls die Kosten der exemplarischen Prüfinterventionen mit den oben genannten regulierten und abgestimmten Preisen nicht für den bundesdeutschen Kontext abbildbar sind, wird eine strukturierte Internetrecherche hinsichtlich der Preise in Deutschland für die Prüfinterventionen durchgeführt. Sollten die Prüfinterventionen von mehreren Anbietern durchgeführt werden, erfolgt die Ermittlung der durchschnittlichen Kosten über mehrere Angebote. In diesem Kontext erfolgt eine Berücksichtigung regionaler Unterschiede. Können für ausgewählte Prüfinterventionen mittels strukturierter Internetrecherche keine Anbieter ermittelt werden oder werden diese in Deutschland bisher nicht durchgeführt, erfolgt die Ermittlung der potenziellen Kosten für die Durchführung der Prüfintervention mittels literaturbasierter Abschätzung erforderlicher personeller Ressourcen. Falls eine Therapie länger als ein Jahr dauert, werden die durchschnittlich pro Betroffener beziehungsweise Betroffenem und Jahr anfallenden Kosten angegeben. Erstattungsfähige und nicht erstattungsfähige Kosten werden getrennt ausgewiesen.

A2.2.2 Gesundheitsökonomische Aspekte

A2.2.2.1 Kriterien für den Einschluss von Studien in die systematische Übersicht

Studientypen

In die systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Studien werden vergleichende Studien einbezogen [137], das heißt Kosten-Effektivitäts- / Wirksamkeits-Analysen, Kosten-Nutzwert-Analysen oder Kosten-Nutzen-Analysen (im engeren Sinne). Werden diese Studientypen im Rahmen der Recherche nicht identifiziert, erfolgt der Einschluss vergleichender gesundheitsökonomischer Studien mit einer Aussage zu den Kosten der Intervention und Vergleichsintervention, das heißt Kosten-Kosten-Analysen.

(Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

Publikationssprache

Die Publikation muss in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sein.

Gesundheitssystem beziehungsweise geografischer Bezug

Hinsichtlich Gesundheitssystem oder geografische Region erfolgt keine Einschränkung.

Tabellarische Darstellung der Kriterien

In der folgenden Tabelle 15 sind die Kriterien aufgelistet, die die Studien zusätzlich zu den in Tabelle 13 beschriebenen Einschlusskriterien EN1 bis EN3 erfüllen müssen, um für die ökonomische Bewertung eingeschlossen zu werden.

Tabelle 15: Übersicht über die Kriterien für den Einschluss von Studien in die ökonomische Bewertung

Einschlusskriterien	
EÖ1	Studientyp: vergleichende gesundheitsökonomische Evaluation (siehe Abschnitt A2.2.2.1)
EÖ2	Vollpublikation verfügbar
EÖ3	Publikationssprache: Deutsch oder Englisch

A2.2.2.2 Fokussierte Informationsbeschaffung

Informationsquellen

Für die Bewertung gesundheitsökonomischer Aspekte wird eine systematische Recherche in Form einer fokussierten Informationsbeschaffung durchgeführt. Folgende primäre und weitere Informationsquellen sowie Suchtechniken werden dabei berücksichtigt:

Primäre Informationsquellen

- Bibliografische Datenbanken
  - MEDLINE
  - Embase
  - HTA Database

Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

- Anwendung weiterer Suchtechniken
  - Sichten von Referenzlisten identifizierter systematischer Übersichten
- Anhörung zum vorläufigen HTA-Bericht
- Autorinnen- und Autorenanfragen

Selektion relevanter Publikationen

Die durch die Suche identifizierten Zitate werden durch 1 Person anhand der Einschlusskriterien (siehe Tabelle 15) selektiert. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

A2.2.2.3 Informationsbewertung

Datenextraktion

Alle für die Bewertung notwendigen Informationen werden aus den Unterlagen zu den eingeschlossenen Publikationen in standardisierte Tabellen extrahiert.

Bewertung der Berichtsqualität

Die Bewertung der Berichtsqualität der berücksichtigten gesundheitsökonomischen Studien orientiert sich an den Kriterien des Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS-Statement) [138].

Bewertung der Übertragbarkeit

Die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) HTA adaptation toolkit [139].

A2.2.2.4 Informationsanalyse und -synthese

Die ökonomische Bewertung betrachtet zum einen die Kosten, die mit der Technologie und der Vergleichsintervention verbunden sind (Interventionskosten). Zum anderen werden gesundheitsökonomische Studien betrachtet, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Technologie gegenüber der Vergleichsintervention machen. Ergänzend können auch vergleichende gesundheitsökonomische Studien mit Aussagen zu den Kosten der Intervention und Vergleichsintervention betrachtet werden.

Die Ergebnisse zu der in den Studien berichteten Kosteneffektivität und die Schlussfolgerungen der Autorinnen und Autoren werden im HTA-Bericht vergleichend beschrieben. Dabei sollen insbesondere auch Aspekte der Qualität der dargestellten Studien und deren Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem diskutiert werden. Zu diskutieren ist ebenfalls, welche Auswirkungen sich aus der Verwendung von Endpunkten ergeben, die von der Nutzenbewertung abweichen.

A2.3 Ethische Aspekte

A2.3.1 Ziele und theoretische Grundlage der Berücksichtigung ethischer Aspekte

Die Bearbeitung der ethischen Aspekte zielt darauf ab, die Frage zu beantworten, unter welchen Bedingungen individuumsbezogene oder gruppenbasierte Interventionen ethisch

vertretbar sind, die das Ziel haben, soziale Isolation beziehungsweise Einsamkeit bei älteren Personen (≥ 60 Jahre) aufzulösen, die im eigenen Haushalt leben (inkl. betreutes Wohnen). Zu diesem Zweck werden Bewertungskriterien (z. B. in Frageform „Wird bei der Intervention X auf Y geachtet?“) auf Grundlage identifizierter ethischer Aspekte entwickelt. Für die Identifizierung ethischer Aspekte wird ein Prinzipienansatz auf Grundlage des Public Health Ethik-Rahmengerüsts von Strech und Marckmann [56] verwendet. Die Prinzipien dieses Rahmengerüstes werden um weitere Prinzipien ergänzt (z. B. Menschenwürde), welche aus dem Hofmannschen Fragenkatalog [57] abgeleitet werden.

A2.3.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Das Material für die Sammlung ethischer Aspekte wird durch 2 Strategien gewonnen: 1) orientierende Literaturrecherche zu ethischen Aspekten bei Interventionen gegen soziale Isolation beziehungsweise Einsamkeit (allgemein, auch altersunabhängig; interventionsspezifische Aspekte) (Quellen: PubMed, PhilPapers und Wiso Sozialwissenschaften), und 2) orientierende Literaturrecherche zu ethischen Aspekten bei Personen, die unter sozialer Isolation oder Einsamkeit leiden (krankheitsspezifische Aspekte) (Quellen: PubMed, PhilPapers und Wiso Sozialwissenschaften).

Weitere Informationsquellen

Die im Rahmen der Nutzenbewertung durchgeführten Treffen mit Betroffenen (Festlegung patientenrelevanter Endpunkte) werden in Hinblick auf weitere ethische Aspekte ausgewertet. Für die Ergänzung ethischer Aspekte auf Grundlage einer theoriebasierten Reflexion [140] durch die Berichtsautorinnen und -autoren wird ausschließlich der oben erwähnte Prinzipienansatz verwendet.

Es wird auch Literatur aus den anderen Domänen des Berichts berücksichtigt, wenn diese gemäß Einschätzung der jeweiligen Berichtsautorinnen und -autoren Hinweise auf ethische Aspekte enthalten.

A2.3.3 Informationsaufbereitung

Informationsextraktion / Sammlung ethischer Aspekte

Die ethischen Aspekte werden in Tabellen extrahiert und den Prinzipien des erweiterten Public Health-Rahmengerüstes (operationalisiert u. a. in Nutzenpotenzial, Schadenspotenzial, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit, Effizienz, Legitimität) [56] zugeordnet. Mögliche Unterkategorien des Spektrums werden induktiv gebildet. Alle Aspekte werden dahingehend klassifiziert, ob sie Konflikte zwischen ethischen Prinzipien beschreiben („ethische Herausforderung“) oder ob ethische Prinzipien unberücksichtigt bleiben („ethisches Risiko“).

Ebenso wird die Informationsquelle (Recherche, Transkript, theoretische Reflexion) festgehalten. Das Vorgehen wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Entwicklung von Bewertungskriterien, Gewichtung und Anwendung

Die Formulierung von konkreten Bewertungskriterien erfolgt primär anhand des Spektrums ethischer Aspekte. Sie können aber auch durch Aspekte anderer Domänen angereichert werden. Bewertungskriterien verdichten und kontextualisieren die identifizierten ethischen Aspekte.

Die Ergebnisse werden im Rahmen einer moderierten Diskussionsrunde von den Vertreterinnen und Vertretern aller Domänen des HTA-Berichts und weiteren Stakeholdern (u.a. hausärztliche Perspektive, Pflegestützpunkte, Sozialstation) diskutiert, um gegebenenfalls Bewertungskriterien zu modifizieren (z. B. passender zu formulieren oder einen weiteren Aspekt zu berücksichtigen). Bei dieser Gelegenheit werden die Bewertungskriterien zudem gewichtet (Welche werden als besonders wichtig erachtet?) und exemplarisch auf in der Nutzenbewertung untersuchte Interventionsmethoden gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter angewendet. Diese Diskussion soll vor dem Hintergrund der (prä-)finalen Ergebnisse aller Domänen erfolgen.

(Zu diesem Vorgehen gab es Spezifizierungen im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

Informationsdarstellung

In tabellarischer Form dargestellt werden sollen a) das Spektrum der aus Fachliteratur und weiteren Informationsquellen abgeleiteten ethischen Aspekte (Risiko / Herausforderung), b) die hieraus entwickelten Bewertungskriterien und deren Gewichtung und c) die exemplarische Anwendung der Kriterien auf Interventionen.

A2.4 Soziale, rechtliche und organisatorische Aspekte

A2.4.1 Berücksichtigung von Argumenten und Aspekten bei der Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Implikationen

Soziale, rechtliche und organisatorische Argumente und Aspekte finden sich in Publikationen, in Monografien, Projektberichten aber beispielsweise auch in Gesetzen und Verordnungen oder auf den Websites von Interessengruppen. Sie sind unabhängig vom Publikationstyp, -status und Studientyp.

Im HTA-Bericht werden Argumente beziehungsweise Aspekte berücksichtigt, die Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Aspekten der zu untersuchenden Technologie beinhalten.

A2.4.2 Informationsbeschaffung

Orientierende Recherche

Für die Aufarbeitung sozialer, rechtlicher und organisatorischer Aspekte werden orientierende Recherchen durchgeführt.

Die orientierenden Recherchen werden in folgenden Informationsquellen durchgeführt:

- MEDLINE, Web of Science Core Collection
- Juris
- Daten aus nationalen und regionalen Registern
- Angaben aus Gesetzen, Verordnungen oder Richtlinien
- interessenabhängige Informationsquellen, zum Beispiel Websites von Interessenvertretern und Wohlfahrtsverbänden

Informationen aus allen Informationsquellen der orientierenden Recherchen werden von 1 Person auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie gesichtet. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Weitere Informationsquellen

Die folgenden Dokumente werden auf mögliche soziale, rechtliche und / oder organisatorische Argumente und Aspekte geprüft:

- in die Nutzenbewertung eingeschlossene Studien
- in die gesundheitsökonomische Bewertung eingeschlossene Studien
- das Protokoll zur Dokumentation der Diskussion mit den befragten Betroffenen

Die Prüfung der Dokumente auf Aussagen zu sozialen, rechtlichen und / oder organisatorischen Argumenten und Aspekten der zu untersuchenden Technologie erfolgt durch 1 Person. Das Ergebnis wird durch eine 2. Person qualitätsgesichert.

Sollten sich in den vorgenannten Informationsquellen nur unzureichende Informationen finden, können ergänzend auch weitere Stakeholder befragt werden.

Zusätzlich können „reflective thoughts“, also das reflektierte und auf das Wissen der Berichtsautorinnen und -autoren bezogene Nachdenken über mögliche soziale, rechtliche oder organisatorische Argumente und Aspekte, als Informationsquelle genutzt werden [140].

(Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

A2.4.3 Informationsaufbereitung

Datenextraktion

Alle für die Informationsaufbereitung notwendigen Argumente und Aspekte werden in Tabellen extrahiert.

Soziale Aspekte

Soziale und soziokulturelle Aspekte im HTA greifen die wechselseitigen Interaktionen zwischen Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode und sozialer Umwelt (z. B. Verteilung von Ressourcen in einer Gesellschaft, Zugang zu Technologien, Präferenzen von Patientinnen und Patienten, gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen) auf.

Die Informationsaufbereitung zu sozialen Aspekten orientiert sich an dem von Mozygemba 2016 [58] vorgeschlagenem umfassenden konzeptionellen Rahmen.

Rechtliche Aspekte

Soziale Isolation im Alter, ihre Prävention, ihre Bekämpfung und die Überwindung ihrer Folgen berührt diverse Rechtskreise, Regelungsbeziehungen und Finanzierungsverantwortung innerhalb und außerhalb der Sozialversicherungssysteme. Betroffen sind insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Rentenversicherung (SGB VI), die Pflegeversicherung (SGB XI) und die Träger der Sozialhilfe (SGB XII). Aus der Perspektive eines HTA-Berichts für das IQWiG ist hierbei insbesondere die Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Fokus zu nehmen.

Aufgabe der rechtlichen Begleitung des HTA-Berichts ist es zunächst, die bestehenden einzelnen Leistungsansprüche, Leistungserbringer und Verantwortungsbeziehungen zur Prävention und Bekämpfung sozialer Isolation im Alter innerhalb der GKV darzustellen und zueinander in Beziehung zu setzen. Dabei ist davon auszugehen, dass sämtliche Leistungsbereiche (ambulante und stationäre ärztliche Versorgung, zahnärztliche Versorgung, Heil- und Hilfsmittelerbringung) unmittelbaren Einfluss auf soziale Isolation und ihre Folgen haben. Der Schwerpunkt der Untersuchung sollte im Bereich der ambulanten Versorgung liegen.

Auf Basis der durch die Interventionen gefundenen Ergebnisse der versorgungs-wissenschaftlich-medizinischen Untersuchung zur Verbesserung der Prävention und Überwindung der sozialen Isolation im Alter hat die rechtliche Expertise daraufhin die Verantwortung und Zuständigkeit der GKV für die gefundenen Ergebnisse zu prüfen und zu anderen Bereichen des Sozialversicherungssystems abzugrenzen.

Soweit die versorgungwissenschaftlich-medizinischen Ergebnisse Insuffizienzen im Bereich der GKV nachweisen, hat die rechtliche Begleitung die notwendigen Änderungen sowohl im

Leistungsrecht der GKV als auch im Leistungserbringungsrecht zu skizzieren. Zu erwarten ist, dass insbesondere Sektorengrenzen sich auch als Versorgungsgrenzen und Hemmnisse der Überwindung sozialer Isolation im Alter darstellen.

Sollten sich im Verlauf des Projekts im Abgleich zum Kriterienkatalog von Brönneke 2016 [141] weitere juristische Fragen als relevant erweisen, werden diese entsprechend bearbeitet.

(Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

Organisatorische Aspekte

Organisatorische Aspekte umfassen die Wechselwirkungen, welche durch eine Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethode auf die Organisation der Versorgung entstehen.

Die Informationsaufbereitung zu organisatorischen Aspekten orientiert sich an dem von Perleth 2014 [142] vorgeschlagenen Raster zur Einschätzung der organisatorischen Folgen von Untersuchungs- beziehungsweise Behandlungsmethoden.

(Zu diesem Vorgehen gab es eine Spezifizierung im Projektverlauf, siehe Abschnitt A1.2)

A2.5 Domänenübergreifende Zusammenführung

Die relevanten Argumentationsstränge und Ergebnisse aller Domänen (Nutzenbewertung, Gesundheitsökonomie, Ethik, Soziales, Recht und Organisation) werden abschließend qualitativ zusammengeführt. Dieser Schritt wird durch eine Diskussionsrunde mit allen Berichterstellerinnen und -erstellern, die sich für die Domänen verantwortlich zeichnen, unterstützt. Die Zusammenfassung und Visualisierung der wesentlichen Punkte und ihre Interaktionen erfolgt in einem logischen Modell, in Anlehnung an INTEGRATE-HTA [140].

A3 Details der Ergebnisse: Nutzenbewertung

A3.1 Umfassende Informationsbeschaffung

A3.1.1 Primäre Informationsquellen

A3.1.1.1 Bibliografische Datenbanken

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der systematischen Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A9.1.1. Die letzte Suche fand am 03.02.2021 statt.

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A8.1.2.

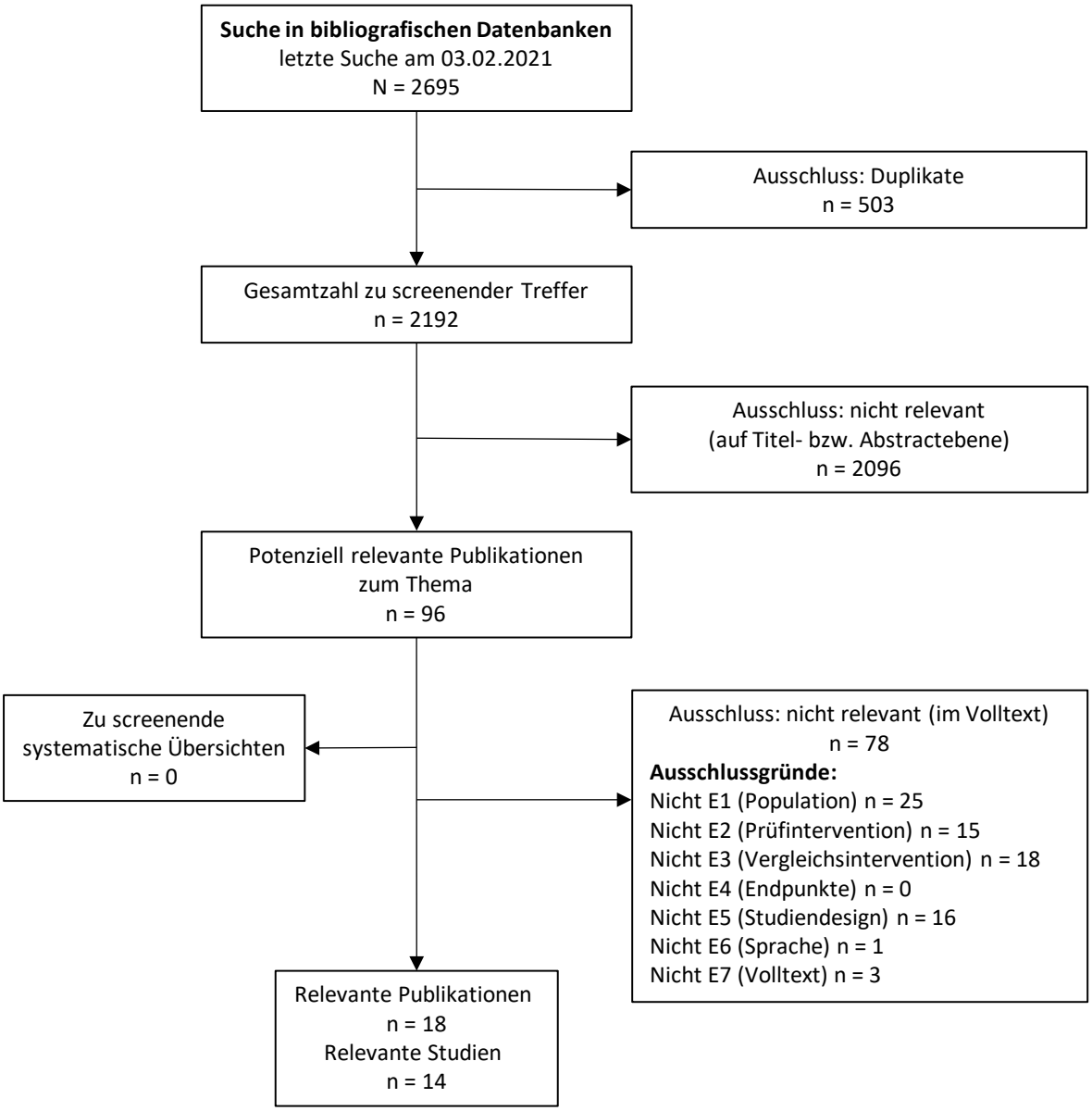

Abbildung 3: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion – Nutzenbewertung

A3.1.1.2 Studienregister

Durch die Suche in Studienregistern wurden keine relevanten Studien beziehungsweise Dokumente identifiziert.

In den Studienregistern wurden 2 geplante und 2 laufende Studien identifiziert sowie 13 Studien mit unklarem Status (siehe Abschnitt A3.1.3).

Die Suchstrategien für die Suche in Studienregistern finden sich in Abschnitt A9.1.2. Die letzte Suche in Studienregistern fand am 11.02.2021 statt.

A3.1.2 Resultierender Studienpool

Durch die verschiedenen Rechercheschritte konnten insgesamt 18 Veröffentlichungen zu 14 relevante Studien identifiziert werden (siehe auch Tabelle 16).

Tabelle 16: Studienpool der Nutzenbewertung

Studie	**Verfügbare Dokumente**		
	Enthaltene Veröffentlichungen	**Vollpublikation (in Fachzeitschriften)**	**Registereintrag / Ergebnisbericht aus Studienregistern**
Chan 2017	Chan et al. 2017	ja	ja [143] / nein
Cohen-Mansfield 2018	Cohen-Mansfield et al. 2018	ja	ja [144] / nein
Conwell 2020	Conwell et al. 2020	ja	ja [145] / nein
Fields 2020	Fields et al. 2020	ja	nein / nein
Heller 1991	Heller et al. 1991	ja	nein / nein
Hind 2014 / Mountain 2014	Hind et al. 2014	ja	nein / ja (Im Anhang von Hind et al. 2014 [60])
	Mountain et al. 2014	ja	
MacIntyre 1999	MacIntyre et al. 1999	ja	nein / nein
Onrust 2008 / 2010	Onrust et al. 2008	ja	nein / nein
	Onrust et al. 2010	ja	
Pynnonen 2018	Pynnonen et al. 2018	ja	nein / nein
Ristolainen 2020	Ristolainen et al. 2020	ja	nein / nein
Routasalo 2009 / Pitkala 2009/ 2011	Routasalo et al. 2009	ja	ja [146] / nein
	Pitkala et al. 2009	ja	
	Pitkala et al. 2011	ja	
Saito 2012	Saito et al. 2012	ja	nein / nein
Shvedko 2020	Shvedko et al. 2020	ja	ja [147] / nein
Zhang 2019	Zhang et al. 2019	ja	ja [148] / nein

A3.1.3 Studien ohne berichtete Ergebnisse

In Tabelle 17 sind alle durch die Informationsbeschaffung identifizierten Studien ohne bisher berichtete Ergebnisse dargestellt.

Tabelle 17: In der Informationsbeschaffung identifizierte Studien ohne berichtete Ergebnisse

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
geplant					
Physical Activity as a Measure of Improving the Emotional State and Socialization in the Elderly NCT 04072185 [149]	Professionelle Angebote The intervention group will participate in a group physical activity program for 4 months. It will consist of 60 minutes of walking sessions 2 days a week. The sessions will be directed by two referents of each primary care center. Also once a month, coinciding with the walk, you will visit some sociocultural municipal equipment to promote a community connection.	100	Active, not recruiting (09.2020 / 08.2019)	geplant	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt in der Zukunft oder maximal 12 Monate zurück.
Compassionate Communities Neighbourhood Program NCT 03634163 [150]	Professionelle Angebote The Compassionate Communities intervention is catalyzed by professional facilitators who visit communities with high concentrations of elderly and vulnerable residents, and recruit those who are interested in a project to identify their own health and social needs, assets and priorities; to collectively work to support each other in achieving these; and to implement a neighbourhood exchange to more easily match offers of help to people who need help.	1000	Not yet recruiting (03.2021 / 08.2018)	geplant	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt in der Zukunft oder maximal 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	plan and implement a personalized care pathway through community exchange				
laufend					
Telephone Calls for Health for Homebound Older Adults NCT 04595708 [151]	Angebote durch Ehrenamtliche Meals on Wheels participants (MOW) the intervention arm will include 125 MOW clients to receive a call of between 5 - 10 minutes in length each by a consistent caller, five times a week, Monday through Friday for 4 consecutive weeks to check in on them. After the first week of calls, subjects in the intervention arm will be asked if the frequency of calls is acceptable or if they would like to reduce the call frequency, potentially to a minimum of twice per week. Brief guidance and training will be provided for the daily conversation to maximize time spent speaking by the recipient but otherwise, the calls are unscripted other than specific prompts to ask about the recipient's general sense of well-being. "How are you doing today?"	240	Completed (09.2020 / 03.2021)	laufend	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt in der Zukunft oder maximal 12 Monate zurück.
Usage and Health Effects of Embodied Conversational Agents Among Older Adults NCT 04510883 [152]	Professionelle Angebote The intervention is a fully-automated web-based eHealth application in which two embodied conversational agents engage in dialogue with older adults in order to motivate them towards dietary	52	Completed (12.2020 / 04.2021)	laufend	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt in der Zukunft oder maximal 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	behavior change and decrease loneliness. The application consists of five different modules, each one applying different behavior change techniques.				
Unklar					
Nursing Care Interventions According to Integrative Nursing and Omaha System in Elderly Women Feeling Loneliness NCT 03695133 [153]	Professionelle Angebote Group-based interventions: Group-based interventions include physical activity, sightseeing, picnics, theater, cinema, group educations. Individual interventions: Individual interventions include interventions in the Omaha System Nursing Interventions Scheme that is specific to health problems of elderly women.	55	Completed (05.2018 / 10.2018)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
Effectiveness of a Intervention to Reduce the Social Isolation and Loneliness of Elderly Residents at Home NCT 03345862 [154]	Interventionsart unklar, da Beschreibung sehr ungenau 6 sessions at home [30-60 minutes] for 16 weeks (1 fortnightly session) and 5 telephone sessions [20 min.] That will be intercalated (in the 16 weeks) depending on the particular characteristics of each person. The first visit, aimed at defining objectives and creating a relationship of trust for future visits.	114	Recruiting (08.2020 / 07.2020)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
Effects of a Proactive Social Robot for Older Adults in Reducing Loneliness and Social Isolation NCT 03972787 [155]	Professionelle Angebote ElliQ, is a new type of robotic technology aimed at reducing loneliness and social isolation in older adults.	54	Completed (07.2020 / 02.2021)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	it leverages artificial intelligence to create personalized and interactive experiences for the user, while also proactively offering prompts (such as reminding the user to stay hydrated) and suggesting and initiating various activities for the user (such as offering to play a game).				
AGE-ON 2.0: Expanding and Evaluating a Tablet Training Program for Older Adults NCT 03472729 [156]	Angebote durch Ehrenamtliche AGE-ON is a series of volunteer-run workshops developed in 2014 by the Regional Geriatric Program in Hamilton. The goal of these workshops is to teach older adults with limited computer knowledge how to use tablet computers to connect with friends and family and gather information related to issues of importance to them. Over six weeks, participants learn 1) basic features of the iPad; 2) how to use the internet; 3) how to take and view photos; 4) how to send and receive emails; and 5) other 'fun' functions.	32	Completed (01.2020 / 20.02.2020)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
Integrating Lonely Elderly Patients in Workshops in a Cartoon Museum: An Efficacy Study NCT 02047435 [157]	Professionelle Angebote Behavioral: Information, event and workshops at a cartoon museum An event at the Storm P. Museum consisting of: A guided tour at the museum A representative from the municipal DaneAge Association will tell about the municipality's activities for the elderly.	50	Unknown (08.2015 / 05.2014	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	The museum serves a refreshment and offer participants a season pass to the museum. Workshops at The Storm P. museum, for up to 12 months with approximately two workshops a months. In collaboration with the museum the participants create memory material for nursing home resident with dementia. The workshop will use narrative as a method to give participants a mutual relationship that is perceived as meaningful and rewarding for each participant and in the dialogues a mutual understanding is created. The museum staff facilitates the process of storytelling using events, significant stories and artistic works by Storm P., to encourage the participants, via the method known as "narrative interview", to share similar stories from their life.				
Effect of Clay Based Group Study With Elderly Living Alone NCT 04295083 [158]	Professionelle Angebote Clay based group work sessions were applied to the experimental group for 60-90 minutes once a week for 6 weeks. acquiring new solutions and life skills to reduce loneliness and hopelessness of individuals aged 65 and over, and sharing their feelings, thoughts, and memories with other individuals. Clay Study Activity Booklet ". Four expert opinions were obtained for the booklet created. Methods such as narration, sharing experiences, group practice,	60	Completed (12.2019 / 03.2020)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	question-answer, learning by doing, imagining were used in the activity program.				
Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, Life Satisfaction, and Loneliness of the Elderly NCT 01553669 [159]	Professionelle Angebote The subjects who are arranged to the experiment group will be intervened using the reminiscence therapy manual proposed by Watt and Cappeliez (2000). According to the manual, the group consisted of six weekly sessions of 90 min each. During each weekly session, the memories recalled focused on a different theme.	60	Unknown (09.2012 / 05.2012)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
Effects of a Volunteer-based Lunch Program on Feelings of Loneliness in Elders NCT 03552328 [160]	Angebote durch Ehrenamtliche Seniors receiving daily meals from Meals on Wheels. Intervention: Lunch with Medical Student. Each student will bring provided lunches once a week to their elder participant's residence, and they will share lunch together for an hour once a week for six weeks. Students will enroll as Meals on Wheels volunteers and participate in the Meals on Wheels pre-program training.	16	Completed (05.2019 / 07.2019)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
A randomised controlled trial of a community based volunteer visiting programme for older people experiencing loneliness ISRCTN 76583833 [161]	Angebote durch Ehrenamtliche Participants in the intervention group receive ten home visits over ten to twelve weeks from a volunteer visitor. The volunteer visitor is an older person who has been trained for the purposes of the study. The visits are social and informal with the aim	100	Completed (01.2012 / 10.2016)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	of helping the older person think about improvements they would like to make in relation to contact with friends, family and their local community.				
Investigating the Impact of designed Leisure time Intervention on Loneliness and General Health in Widows Elderly IRCT 20180513039627N1 [162]	Professionelle Angebote The intervention included 8 sessions of designed leisure time program during 4 weeks, two times a week, each session was for two hours. The intervention group became divided to two groups of 16 members. Sessions was done according to a schedule set. This program was consisted of activities like: sports activities (walking), artistic (handcraft), religious (Prayer), educational (nutrition, health, aging mobility exercises, social connections), reminiscence, expression of life experiences, expression of emotions and feelings, control blood sugar and blood pressure and Weight.	64	Completed (11.2017 / 07.2018)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
A randomized controlled trial of a peer-based intervention to reduce older Chinese immigrants' social isolation in Canada ISRCTN 14572069 [163]	Angebote durch Ehrenamtliche Each intervention group participant received two-on-one peer support services through home visits, telephone calls, and activities such as emotional support, referrals, help to establish goals such as self-care and social engagement, problem-solving, and mental health and community resources. Peer supporters also shared personal experiences with participants. Intervention group participants were invited to attend two monthly peer support group	60	Completed (09.2018 / 09.2020)	Unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.

Studie / Studien-ID [Referenz]	**Interventionsart / Beschreibung der Intervention**	**Fallzahl**	**Rekrutierungsstatus laut Register** (Study Completion Date / Last Update Posted)	**Status**	**Rationale zum Umgang**
	meetings organized by a trained staff program coordinator with professional training in social work and a Registered Social Worker, where they met with other participants and peer supporters, intended to help them develop strong, supportive, and sustainable social connections with other older people.				
The Effect of group play therapy on depression and loneliness among the elderly IRCT 20170619034650N1 [84]	Professionelle Angebote Intervention 1 is as follows: the play therapy sessions in the intervention group are 12 sessions and 2 sessions per hour each week. members are organized in groups and groups of 10 people. The first session is a general introduction and description of the activities, explaining the goals of the research and the duties of each person during the intervention and The next sessions will be based on the scheduled. The games in the study are under the supervision of a game therapist	60	Completed (02.2018 / 09.2020)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.
Efficacy of group reminiscence therapy based on Chinese traditional festival activities (CTFA -GRT) on loneliness and perceived stress of rural elderly living alone in China: a randomized controlled trial ChiCTR 2000037935 [164]	Interventionsart unklar, da Beschreibung sehr ungenau The group reminiscence therapy based on Chinese traditional festival activities' (CTFA-GRT)	64	Completed (12.2018 / 11.2020)	unklar	Geplantes Studienende („Study Completion Date“) liegt länger als 12 Monate zurück.

A3.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

A3.2.1 Studiendesign und Studienpopulation der Präventionsstudien

A3.2.1.1 Charakterisierung der Präventionsstudien

Tabelle 18: Charakterisierung der eingeschlossenen Präventionsstudien

Studie, Design	**Patientenzahl N**	**Intervention**	**Vergleich**	**Ort und Zeitraum der Durchführung**	**Beobachtungszeitraum**	**Relevante Endpunkte[a]** (Erhebungsinstrument)
Angebote durch Ehrenamtliche						
Chan 2017, RCT	48 randomisiert; I = 24 K = 24	"Peer neighborhood-assisted Tai Chi Qigong program"; 1-stündiger Tai Chi Qigong Kurs zweimal die Woche für 3 Monate (professionell geleitet) + selbstständige tägliche Übungen für ca. 30 Min., unterstützt durch einen Gesundheitsbotschafter.	Care as Usual (keine Intervention)	Japan, 2016	3 Monate Intervention + 3 Monate Follow-Up	**primär:** Einsamkeit (De Jong Gieveld LS) soziales Netzwerk (LSNS-6) soziale Unterstützung (SSQ6) **sekundär:** mentale Gesundheit (MHI-18) gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12) Selbstwertgefühl (Rosenberg self-esteem scale)
Hind 2014/ Mountain 2014, RCT	157 randomisiert; I = 78 K = 79	„Putting Life in Years"; Telefonfreundschaft (TF) durch Ehrenamtliche mit standardisiertem Training.	Care as Usual (keine Intervention)	Vereinigtes Königreich, Juni 2011 und Dezember 2013	4 ½ Monate Intervention + 1 ½ Monate Follow-Up	**primär:** mentale Gesundheit (SF-36 Dimension) **sekundär:** weitere SF-36 Dimensionen: • körperliche Funktionsfähigkeit • körperliche Rollenfunktion • körperliche Schmerzen • allgemeinerGesundheitszustand • Vitalität • soziale Funktionsfähigkeit • emotionale Rollenfunktion gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) Gesundheitszustand (EQ-5D VAS) Wohlbefinden (ONS) Depression (PHQ-9) Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (GSE) Einsamkeit (De Jong Gierveld LS)

Studie, Design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Beobachtungszeitraum	Relevante Endpunkte[a] (Erhebungsinstrument)
Angebote von professionellen Akteur:innen						
Ristolainen 2020, RCT	392 randomisiert; I = 185 K = 207	„Participatory group-based care management"; partizipatives Gruppenangebot mit Elementen der sozialen Unterstützung, Beratung und Aktivitäten.	keine aktive Unterstützung; lokale Angebote können in Anspruch genommen werden	Finnland, Teil eines finnischen Konsortialprojekts namens Inclusive Promotion of Health and Wellbeing (PROMEQ) (2016-2019)	6 Monate Intervention	gesundheitsbezogene Lebensqualität (WHOQOL-Bref) Einsamkeit (UCLA LS-12) Vertrauen in Personen[b] Vertrauen in Institutionen[c]
Saito 2012, RCT	63 randomisiert; I = 21 K = 42	„Group-based educational, cognitive, and social support program"; 4 Gruppentreffen (ca. 2 Stunden/ alle 2 Wochen) für Ältere neu zugezogenen Bewohner; Ziel war es Kontakte zu initiieren und den Älteren die Gemeinde und ihre Angebote näherzubringen.	Wartegruppe	Japan, Vorort von Tokio, 2006 - 2007	2 Monate Intervention + 6 Monate Follow-Up	Lebenszufriedenheit (LSI-A) Depression (GDS) Einsamkeit (AOK LS) soziale Unterstützung[d] soziale Netzwerke[e] soziale Aktivitäten[f] Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere[g]
Shvedko 2020, RCT	25 randomisiert; I = 12 K = 13	„Physical Activity Intervention for Loneliness"; 12-wöchige Intervention bestehend aus Gruppenspaziergängen und Workshops zur Gesundheitserziehung/sozialen Interaktion.	Wartegruppe	Vereinigtes Königreich, Birmingham, 2018	3 Monate Intervention	Angst (HADS) Depression (HADS) Einsamkeit (UCLA LS-8) soziale Unterstützung (MOSSSS) soziale Netzwerke (LSNS-6) Zufriedenheit mit sozialen Kontakten[h] Selbstwirksamkeit für Bewegung (SEE)

Studie, Design	**Patientenzahl N**	**Intervention**	**Vergleich**	**Ort und Zeitraum der Durchführung**	**Beobachtungszeitraum**	**Relevante Endpunkte[a]** (Erhebungsinstrument)
Zhang 2019, RCT	396 randomisiert; I = 204 K = 192	„Self-Mutual-Group-based Intervention"; 7-monatige Intervention im Sinne einer Sozialen Gruppenarbeit , mit dem Ziel die Teilnehmer:innen zu befähigen eigenständig Kontakte zu knüpfen und zu pflegen, um sich ein soziales Unterstützungsnetzwerk aufzubauen.	Routine Follow-Up + Wartegruppe	6 Gemeinden in Taiyuan, Shanxi Province, China, 2016 - 2017	7 Monate Intervention	Soziale Unterstützung (SSRS)

Abkürzungen:
N: Anzahl randomisierter beziehungsweise eingeschlossener Personen
RCT: randomisierte kontrollierte Studien
I: Interventionsgruppe
K: Kontrollgruppe

Abkürzungen Erhebungsinstrumente:
AOK LS: Ando-Osada-Kodama (AOK) loneliness scale
EQ-5D: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
GDS: Geriatric Depression Scale
GSE: General Perceived Self-Efficacy Scale
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale – 14 Items
LSI-A: Life Satisfaction Index-A
LSNS-6: Lubben social network scale – 6 point Likert scale
MHI-18: Mental health Inventory-18 Items
MOSSSS: Medical Outcomes Study Social Support Survey
ONS: Office for National Statistics well-being measure
PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 item
SEE: Self-Efficacy for Walking/Exercise Scale – 9 Items
SF-12: Quality of life – 12-Item Short Form Health Survey
SF-36: Short Form Health 36; Fragebogen zum Gesundheitszustand
SSQ6: Social Support Questionnaire - Short Form
SSRS: Social Support Rating Scale – 10 Items

Studie, Design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Beobachtungszeitraum	Relevante Endpunkte[a] (Erhebungsinstrument)
UCLA LS-12: University of California at Los Angeles Loneliness Scale-12 Item UCLA LS-8: University of California at Los Angeles Loneliness Scale-8 Item WHO-QOL-Bref: World Health Organization Quality of Life – Kurzform						

Erklärungen:

a: Primäre Endpunkte beinhalten alle verfügbaren Angaben ohne Berücksichtigung der Relevanz für diese Nutzenbewertung. Sekundäre Endpunkte beinhalten ausschließlich Angaben zu relevanten verfügbaren Endpunkten für diese Nutzenbewertung.

b: Aussagen lauteten: „In our society, people can trust one another." (Vertrauen) und "In our society, it is best to not trust anyone." (Mistrauen); 5 Antwortmöglichkeiten von "I completely agree" bis "I completely disagree."

c: Aussagen lautetet: „In our society, people can trust…" i) the government and public authority, ii) public healthcare, iii) public social care, iv) a court of law, v) police und vi) municipal decision-making; 5 Antwortmöglichkeiten von "I completely agree" bis "I completely disagree."

d: Laut Autoren wurde soziale Unterstützung anhand 8 Items gemessen, welche emotionale und praktische Unterstützung erfassen (keine weiteren Erläuterungen zu den genauen Fragestellungen). Bewertung erfolgte mit 1, wenn Unterstützung erfolgt und 0 wenn keine Unterstützung in dem Item erfolgt. Spanne von 0 – 8.

e: Das soziale Netzwerk wurde anhand der Frequenz erfasst, wie oft der Betroffene eine andere Person face-to-face trifft; Antworten wurden einer Skala von 1 (no contact) bis 6 (contact more than twice per week) zugeordnet.

f: Soziale Aktivitäten wurden erfasst indem gefragt wurde, wie häufig die betroffene Person an Gruppenaktivitäten teilnimmt; Antworten wurden einer Skala von 1 (not participating) bis 6 (participating more than twice per week) zugeordnet.

g: Die Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere wurde erfasst, in dem den Betroffenen eine Liste von 8 Dienstleistungen unterschiedlichen Anbieter vorgelegt wurde und gefragt, ob Sie diese Leistungen kennen; für jede bekannte Dienstleistung gab es einen Punkt, Spanne von 0 – 8.

h: Frage war: „How satisfied are you with your social contacts?"; keine Angaben zu den Antwortmöglichkeiten, daher unklar, wie die berichteten Zahlen zu bewerten sind.

A3.2.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 19: Ein- / Ausschlusskriterien für Patient:innen in den Präventionsstudien

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Angebote durch Ehrenamtliche		
Chan 2017	▪ > 60 Jahre ▪ Kein Engagement in sozialen Aktivitäten	▪ Kognitive Beeinträchtigungen, AMT-Score[a] <7 ▪ Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems oder andere Einschränkungen, durch die Tai-Chi Qigong nicht durchführbar wäre
Hind 2014 / Mountain 2014	▪ Personen im Alter von 75 Jahren oder älter ▪ gute kognitive Funktion, definiert als 8 oder weniger Punkte auf dem 6CITb; ▪ unabhängig (allein oder mit anderen) lebend	▪ Telefon nutzen nicht möglich ▪ in Wohn-/Pflegeheimen lebten ▪ bereits telefonische Interventionen erhalten
Angebote durch professionelle Akteur:innen		
Ristolainen 2020	▪ Personen im Alter von 65 Jahre oder älter ▪ im Ruhestand ▪ Allein lebend ▪ Gesundheits- und Wohlfühldefizit ▪ mindestens zweimalige Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten in den letzten sechs Monaten	▪ k. A.
Saito 2012	▪ Personen im Alter von 65 Jahren oder älter ▪ innerhalb der letzten 2 Jahre in die Stadt A gezogen ▪ in der eigenen Häuslichkeit lebend	▪ k. A.
Shvedko 2020	▪ Personen im Alter von 60 Jahren und älter ▪ in einer Gemeinde lebend ▪ weniger als 20 Minuten moderat-bewegliche Aktivität pro Woche im letzten Monat; ▪ ein Einsamkeitsrisiko und ≥ 6 von 9 Punkten auf der 3-Item-Einsamkeitsskala während des Telefonscreenings; ▪ körperlich fit; Punktzahl ≥ 9 beim SPPB[c] ▪ chronische Erkrankungen erlaubt, aber ambulant behandelt	▪ Personen im Alter < 60 Jahre ▪ regelmäßig körperlich aktiv oder bereits an einer anderen körperlichen Intervention beteiligt, ▪ sozial aktiv, ▪ mit einer Krankheit, die die Teilnahme an den körperlichen Aktivitäten ausschließt, ▪ Teilnahme durch kognitive Erkrankung nicht möglich; MOCA-Wert[d] < 22
Zhang 2019	▪ Personen im Alter von 60 Jahre oder älter ▪ ohne kognitive Störung oder andere psychische Erkrankungen; ▪ mindestens 1 Jahr vor der Studie in der Gemeinde wohnhaft.	▪ kognitive Störung oder andere schwere Krankheiten, wie Alzheimer, psychiatrische Störungen oder Taubheit

Abkürzungen:
6CIT: Six Cognitive Impairment Test
AMT: Abbreviated Mental Test
k. A.: keine Angabe
MOCA: Montreal Cognitive Assessment
SPPB: Short Physical Performance Battery

Erklärungen:
a: Kurzer Mentaler Test, 10 Fragen, pro richtig beantwortete Frage gibt es einen Punkt, Gesamtpunktzahl = 10
b: Test zur kognitiven Beeinträchtigung; 6-Item, Spanne von 0-28, Wert von 0-7 wird als unauffällig definiert
c: Test zur körperlichen Fitness; Spanne von 1 – 12, höherer Wert deutet auf höhere körperliche Fitness
d: Test zur kognitiven Beeinträchtigung; Spanne 1 – 30, laut den Entwicklern wird ein Ergebnis von 26 oder mehr Punkten als normal betrachtet.

A3.2.1.3 Charakteristika der Intervention

Tabelle 20: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Präventionsstudien

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
Angebote durch Ehrenamtliche		
Chan 2017		
Ältere wurden von Krankschwestern und Sozialarbeitern ausgesucht.	*Name der Intervention:* „Peer neighborhood-assisted Tai Chi Qigong program" *Initiatoren:* Initiiert durch ein lokales Altenhilfezentrum (District elderly community center); Ehrenamtliche, aus der gleichen Nachbarschaft, wurden von Sozialarbeiter:in und Krankenpfleger:in zum „Gesundheitsbotschafter (Health Ambassador)" (Themen: soziale Isolation, Vertrauensbildung, Kommunikationstechniken, Sicherheitsaspekte; 4 x 2h Schulung) geschult. *Inhalt/Durchführung der Intervention:* 1-stündiger Tai Chi Qigong Kurs zweimal die Woche für 3 Monate (professionell geleitet) + selbstständige tägliche Übungen für ca. 30 Min., unterstützt durch den Gesundheitsbotschafter. Jeder Teilnehmer erhielt Bilder der 18 Übungsformen (zur Koordinierung von Atmung und Bewegung), auf A3-Papier gedruckt, um selbstständig zu üben. Gesundheitsbotschafter (Nachbar der Teilnehmer) erinnerte an Kurs, bildet als Kursleiter eine Selbstübungsgruppe und motiviert die Teilnehmer, jeden Tag Sport im Park mitzumachen; Kein Zwang, sondern ein freundlicher, fürsorglicher Ansatz.	Care as Usual (keine Intervention); Beinhalteten unregelmäßigen Hausbesuchen von Sozialarbeitern (alle 1 – 3 Monate), regelmäßig Informationen über gemeinnützige Dienste
Hind 2014 / Mountain 2014		
Praxislisten, Teilnehmer einer bestehenden Längsschnittstudie Verteilung der Einladungen über lokale Organisationen des NHS, Soziale Einrichtungen und Organisationen des dritten Sektors	*Name der Intervention:* „Putting Life in Years" *Initiatoren der Intervention:* Ehrenamtliche wurden über lokale Dependancen einer nationalen Wohlfahrtsorganisation (Age UK) rekrutiert und in 1:1 Gesprächsführung und Gesprächsgruppenleitung (telefonisch) geschult (2-4,5 h), Verwendung standardisierter Manuale.	keine Intervention; übliche Gesundheits- und Sozialfürsorge

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
	Inhalt/Durchführung der Intervention: Telefonfreundschaft (TF) durch Ehrenamtliche; zuerst: (a) Einzeltelefonate - 10- bis 20-minütige Anrufe einmal pro Woche für bis zu 6 Wochen durch einen Ehrenamtlichen - gefolgt von (b) TF-Gruppen mit sechs Teilnehmern - 1-stündige Telefonkonferenzen einmal pro Woche für 12 Wochen, die von demselben Ehrenamtlichen durchgeführt werden.	
Angebote von professionelle Akteur:innen		
Ristolainen 2020		
lokale Pflegemanager und Krankenschwestern aus NGO, lokale Zeitungen, Radio, sowie durch Verteilung von Broschüren in lokalen Gesundheitszentren und Apotheken	*Name der Intervention:* „Participatory group-based care management" *Initiatoren der Intervention:* Initiiert wurde das Programm von dem Department of Social Science der University of Eastern Finland. Unterstützt wurden sie durch lokale Gesundheits- und Sozialdienste (nicht näher erläutert). *Inhalt/Durchführung der Intervention:* „partizipatives Gruppenangebot", Gruppengröße von 6 bis 9 Personen, insgesamt 5 Gruppenmeetings mit einer Dauer von 2-3 Stunden geleitet von Pflegemanager:innen und Wissenschaftler:innen. Inhalte beziehungsweise Gestaltung der Treffen konnte von den Teilnehmer:innen frei bestimmt werden, Schlüsselelemente waren soziale Unterstützung, Beratung und Aktivitäten. Beispiele für die Gruppentreffen: Beispiel 1. Tagesstätten- und Heimunterstützungsdienste: Erkundung der Umgebung einer Tagesstätte und Anleitung zu Aktivitäten; Kaffee und Abholung; Diskussion und Information über Unterstützungsservice zu Hause. Beispiel 2. Ausflug in die Natur und Lagerfeuer: Abholung; ein kurzer Spaziergang zusammen; Informationen über bevorstehende Veranstaltungen und Diskussionen über Natur und Outdoor-Aktivitäten; Snacks und Kaffee; leichtes Training und Dehnen.	Care as Usual (keine Intervention); lokales Sozial- und Gesundheitswesen können in Anspruch genommen werden, wenn sie Beratung, Unterstützung oder Dienstleistungen benötigten

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
Saito 2012		
Einwohnermeldedatei	*Name der Intervention:* „Group-based educational, cognitive, and social support program" *Initiatoren der Intervention:* Initiiert wurde das Projekt durch die School of Public Health der University of Tokyo. Unterstützt wurden die Forscher durch ein Mitglied der Gemeinde (nicht näher definiert) mit Erfahrungen in der Leitung von Gruppenaktivitäten für Ältere. *Inhalt/Durchführung der Intervention:* 4 Gruppentreffen (ca. 2 Stunden/ alle 2 Wochen) für Ältere neu zugezogenen Bewohner; Ziel war es Kontakte zu initiieren und den Älteren die Gemeinde und ihre Angebote näherzubringen. erste Sitzung: Einführung in Inhalte des Interventionsprogramms, Möglichkeit für die Teilnehmer, sich mit anderen älteren Migranten und dem Personal bekannt zu machen und allgemeine Informationen über die Stadt zu erhalten. zweite Sitzung: Fokusgruppendiskussion, über die Auswirkungen der Umzugserfahrungen der Teilnehmer, mit dem Ziel für eigene Bedürfnisse zu sensibilisieren. dritte Sitzung: herauszufinden, an welchen Informationen jeder Teilnehmer interessiert war, um Treffen mit Gatekeepern zu ermöglichen, zur Unterstützung der Teilnehmer. 7 kleine Stände, an denen die Teilnehmer von Angesicht zu Angesicht mit den einzelnen Gatekeepern Kontakt aufnehmen konnten, die sich auf bestimmte Themen spezialisiert hatten, wie z.B. Gesundheits- und Wohlfahrtsfragen, Freiwilligenarbeit und Freizeitaktivitäten für Senioren in Stadt; Geschichte oder historische Orte in Stadt; Verkehrsmittel und kommerzielle Einrichtungen in Stadt; oder die Abteilung in Stadt, die Informationen über Aktivitäten und Unterstützung für gebrechliche ältere Menschen bereitstellt. letzte Sitzung: Besichtigungstour durch die Stadt, um den Teilnehmern öffentliche Einrichtungen und historische Orte zu zeigen. Ziel war es, die Möglichkeiten zum Ausgehen oder zur Inanspruchnahme öffentliche Dienste zu nutzen.	Wartegruppe, 7 Monate nach der Intervention Einstieg in Studie möglich
Shvedko 2020		
Lokale Nachbarschaften (Haushalte) und	*Name der Intervention:* „Physical Activity Intervention for Loneliness"	Wartegruppe (Beginnen die Intervention ca. 12

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
Gemeindezentren im gesamten Gebiet von Birmingham, UK	*Initiatoren der Intervention:* Initiiert wurde das Programm von der School of Sport, Exercise and Rehabilitation Science der University of Birmingham. Die Gruppenspaziergänge wurde durch einen zertifizierten Trainer für Sportgruppen durchgeführt. Die Moderatoren der wöchentlich wechselnden Workshops wurden je nach Thema ausgewählt (keine weitere Beschreibung). *Inhalt/Durchführung der Intervention:* 12-wöchige Intervention bestehend aus Gruppenspaziergängen und Workshops zur Gesundheitserziehung/sozialen Interaktion, Intensität der Spaziergänge durch verschieden Parks war leicht bis mäßig (Herzfrequenz wurde überwacht), Aufwärmübung vor und Abkühlung am Ende jeder Sitzung inkl. Atemübungen. Workshops zu Gesundheitserziehung/ Soziale Interaktionen (90 Minuten) zu einer Vielzahl von Themen des gesunden Alterns wie Augenhygiene, psychische Gesundheit und Wohlbefinden, Sturzprävention, soziale Unterstützung, Ernährungsrichtlinien und physische Aktivität für ältere Erwachsene/ Erfahrungsaustausch.	Wochen nach Randomisierung)
Zhang 2019		
Alle Bewohner aus 6 zufällig ausgelosten Bezirken, jede Gemeinde aus den 3 ausgelosten Bezirken durch Zufallszahlen-tabelle ausgewählt	*Name der Intervention:* „Self-Mutual-Group-based Intervention" *Initiatoren der Intervention:* Initiiert wurde das Projekt durch die teilnehmenden Forschungseinrichtungen, hauptsächlich die Shanxi Medical University und die Zhejiang University. Unterstützt bei der Durchführung wurden sie durch „community workers" (nicht näher definiert). *Inhalt/Durchführung der Intervention:* 7-monatige Intervention im Sinne einer Sozialen Gruppenarbeit, mit dem Ziel die Teilnehmer:innen zu befähigen, eigenständig Kontakte zu knüpfen und zu pflegen, um sich ein soziales Unterstützungsnetzwerk aufzubauen. Monat 1-2: individuelle Einheit:	eine Follow-up Untersuchung; Wartegruppe (Möglichkeit, die Intervention nach 5 Monaten zu beginnen)

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
	Erfassung der individuellen sozialen Unterstützung mittels Fragebogen; Personen erhalten 2 Unterrichtseinheiten zu den Themen i) soziale Unterstützung und ii) Sozialsystem in China. Diskussion zum Thema soziale Unterstützung: Was wissen die Personen? Welche Fähigkeiten haben sie? Wo gibt es Unterstützung? Teilnehmer:innen werden alle 2 Wochen zu Hause besucht. Monat 3-4: 2er bis 3er Gruppen: Diskussion in Kleingruppen, was sie aus den individuellen Unterrichtseinheiten gelernt haben und durchsprechen der Thematik der sozialen Unterstützung…jeder trägt sein Wissen bei. Kleingruppen erhalten Unterrichtseinheiten zu den Themen i) Wie kann ich soziale Unterstützung anderen anbieten und ii) Wie finde ich soziale Unterstützung in meiner Umgebung. Monat 5-7: 7er bis 9 er Gruppen: monatliche Treffen in den Gruppen; Austausch über die Möglichkeiten der sozialen Unterstützung; jeder bringt hier sein Wissen mit ein und kann dadurch anderen Tipps geben oder Helfen. Gruppen erhalten Unterrichtseinheiten zu den Themen i) Wie vergrößere ich meine soziale Unterstützung und ii) Wie kann ich mein Unterstützungsnetzwerk am effektivsten Nutzen. Alle Teilnehmer werden regelmäßig von den Forschungsinstituten kontaktiert (telefonisch oder in persönlichen Treffen) um zu erfahren, ob es Probleme gibt, ob die Teilnehmer:innen etwas brauchen und einfach um Sie zu motivieren weiter an einer Studie teilzunehmen.	

A3.2.1.4 Charakteristika der Studienteilnehmer

Tabelle 21: Charakterisierung der Studienpopulation - Präventionsstudien

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Angebote durch Ehrenamtliche		
Chan 2017		
N[a]	24	22
Alter (Jahre), MW (SD) ,	75,4 (5,9)	79,4 (8,5)
Geschlecht, n (%)		
weiblich	18 (75)	17 (77,3)
männlich	6 (25)	5 (22,7)
weitere Charakteristika, n (%)		
Single/getrennt lebend/verwitwet	10 (417)	11 (50)
Verheiratet	14 (58,3)	11 (50)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
Wöchentliche sportliche Betätigung (Dauer in Stunden)	2,8 (1,2-4,0)	3,5 (1,2-6,0)
Studien- / Therapieabbrecher, n (%)		
Randomisiert	24	24
Drop-out	0	2
Lost-to-Follow-Up	4	7
Erklärungen: a: Angaben zu den Charakteristika basiert nicht auf allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die randomisiert wurden, sondern nur auf denen, die an der Intervention teilgenommen haben.		
Hind 2014 / Mountain 2014[a]		
N[b]	26	30
Alter (Jahre), MW (SD) ,	79,2 (3,7)	80,2 (3,8)
Geschlecht [w / m], %	18/8 (69/31)	16/14 (53/47)
Familienstand n (%)		
Mit jemanden zusammen lebend?		
ja	5 (19)	8 (27)
nein	21 (81)	22 (73)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
SF-36[c]		
mentale Gesundheit	77,3 (19,5)	76,7 (19,7)
körperliche Funktionsfähigkeit	64,3 (27,2)	65,8 (27,7)
körperliche Rollenfunktion	68,3 (25,8)	72,9 (26,2)
körperliche Schmerzen	64,5 (30)	63,7 (27,8)
allgemeiner Gesundheitszustand	70,1 (20,2)	60,6 (18)
Vitalität	63 (21,6)	53,5 (21,4)
soziale Funktionsfähigkeit	82,2 (24,8)	82,1 (25,1)
emotionale Rollenfunktion	87,5 (21)	87,5 (24,2)

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
körperlicher Summenscore	43,4 (10,3)	43 (11,5)
psychischer Summenscore	53,8 (10,1)	52,2 (11,5)
Gesundheitsbezogene Lebensqualität[d]	0,73 (0,31)	0,75 (0,22)
gemessen mit VAS[e]	75,1 (17,7)	73,1 (17,1)
Einsamkeit gesamt[f]	3,4 (3,1)	3,8 (3,4)
emotionale Einsamkeit[g]	2,1 (1,8)	2,2 (2)
soziale Einsamkeit[h]	1,3 (1,6)	1,6 (1,8)
Depression[i]	3,2 (4)	2,6 (3,4)
Wohlbefinden[j]	7,5 (2,7)	7,7 (2,4)
Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung[k]	33 (4,8)	31,1 (5,7)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	78	79
Ausgeschlossen, da Studie abgebrochen wurde, weil die Intervention nicht durchgeführt werden konnte.	43	44
Drop-out	0	0
Lost-to-Follow-Up	9	5

Erklärungen:
a: Angaben stammen aus dem Bericht von Hind 2014
b: Angaben nicht für alle randomisierten Personen, sondern nur für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die nach 6 Monaten Follow-Up Daten vorlagen. Ursprünglich randomisiert wurden 157 Personen
c: SF-36: Kurzform des Gesundheitsfragebogens mit den einzelnen Dimensionen: Skala von 0 (schlechter) bis 100 (guter Gesundheitszustand)
d: Erhoben mit der EuroQol 5-Dimension (EQ-5D) Utility Score: Skala von -0,56 bis 1,00 (guter Gesundheitszustand)
e: Erhoben mit der visuellen Analogskala (VAS) des EQ-5D: Skala von 0 (schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand) bis 100 (bester vorstellbarer Gesundheitszustand)
f: Erhoben mit der De Jong Gierveld Loneliness Skala: Gesamtskala der Einsamkeit von 0 bis 11 bewertet, wobei höhere Werte mehr Einsamkeit anzeigen.
g: Erhoben mit der De Jong Gierveld Loneliness Skala: emotionale Einsamkeitsskala von 0 bis 6 bewertet, höhere Werte eine größere emotionale Einsamkeit anzeigen.
h: Erhoben mit der De Jong Gierveld Loneliness Skala: sozialen Einsamkeit von 0 bis 5 bewertet, wobei höhere Werte eine stärkere soziale Einsamkeit anzeigen.
i: Erhoben mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ)-9: Spanne von 0 bis 27, wobei höhere Werte auf schwerere depressive Symptome hinweisen.
j: Erhoben mit der Skala des Office for National Statistics (ONS); Skala misst das subjektive Wohlbefinden von 0 bis 10, wobei höhere Werte auf ein hohes subjektives Wohlbefinden hinweisen.
k: Erhoben mit der General Perceived Self-Efficacy Scale; Spanne von 10 bis 40, wobei höhere Werte auf eine größere wahrgenommene Selbstwirksamkeit hinweisen.

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Angebote von professionellen Akteur:innen		
Ristolainen 2020		
N	185	207
Alter (Jahre), MW (SD) ,	76,8 (7,2)	76,8 (7,76)
Geschlecht [w], %	152 (82,2)	173 (83,6)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
Einsamkeit		
Einsamkeitsskala[a]	2,0 (0,6)	2,0 (0,6)
„Sind Sie einsam?“[b]	3,0 (1,0)	3,0 (1,1)
Vertrauen[c]		
Vertrauen in andere Menschen	3.1 (1,0)	3.2 (1,0)
Anderen Menschen Misstrauen	3,5 (1,2)	3,5 (1,2)
Institutionelles Vertrauen[d]	3,5 (0,8)	3,5 (0,8)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	185	207
Drop-out	0	0
Lost-to-Follow-Up[e]	6	18
sonstiges[f]		23
Erklärungen: a: Erhoben mit der finnischen Übersetzung der University of California at Los Angeles Loneliness Scale-12 Item; Spanne von 1 – 4; höhere Werte zeigen größere Einsamkeit. b: Frage war „Do you feel lonely?“, 5 Antwortmöglichkeiten (nie, sehr selten, manchmal, oft, immer); keine Angaben zur Operationalisierung. c: Aussagen lauteten: „In our society, people can trust one another.” (Vertrauen) und “In our society, it is best to not trust anyone.” (Mistrauen); 5 Antwortmöglichkeiten von “I completely agree” bis “I completely disagree.” d: Aussagen lautetet: „In our society, people can trust…” i) the government and public authority, ii) public healthcare, iii) public social care, iv) a court of law, v) police und vi) municipal decision-making; 5 Antwortmöglichkeiten von “I completely agree” bis “I completely disagree.” e: für den Messzeitpunkt 6 Monate nach Baseline f: 23 Personen wurden für die Per-Protokoll Analyse entfernt; Personen waren jünger als 65 beziehungsweise haben Ihr Alter nicht angegeben oder Personen haben nur an max. 2 Gruppentreffen teilgenommen.		
Saito 2012		
N[a]	20	40
Alter (Jahre), MW (SD) ,	72,6 (4,4)	72,8 (4,8)
Geschlecht [m], %	8 (40)	12 (30)
weitere Charakteristika, n (%)		
Familienstand		
Verheiratet (ja)	9 (45)	20 (50)
Allein lebend (ja)	7 (35)	12 (30)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
subjektives Wohlbefinden[b]	20,9 (2,3)	21,2 (4,4)
Depression[c]	4,6 (3,5)	5,0 (3,2)
n, (%) der Personen mit Cut-Off-Wert von ≥6[d]	5 (25)	20 (50)

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Einsamkeit[e]	12,1 (2,7)	11,9 (2,6)
n, (%) der Personen mit Cut-Off-Wert von ≥11[f]	8 (42,1)	18 (45)
Soziale Unterstützung[g]	7,2 (1,4)	6,7 (1,9)
soziales Netzwerk[h]	2,7 (1,5)	2,9 (1,6)
soziale Aktivitäten[i]	2,2 (1,8)	3,2 (2,1)
Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere[j]	2,4 (2,4)	3,9 (2,7)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	21	42
Drop-out	1	2
Lost-to-Follow-Up[k]	0	3

Erklärungen:
a: Angaben zu den Charakteristika basiert nicht auf allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die randomisiert wurden, sondern nur auf denen, die an der Intervention teilgenommen haben.
b: Erhoben mit der japanischen Version des Life Satisfaction Index-A; 10-Items; Spanne von 10 – 30, höherer Wert weist auf ein höheres Wohlbefinden hin.
c: Erhoben mit der Geriatric Depression Scale; Spanne von 0 – 15, Antwortskala von Entwicklern festgelegt: Bewertung: 0-5 = normal, 5-10 = leichte bis mäßige Depression und 11-15 = schwere Depression
d: Von den Studienautoren Saito et al. wird ein Cut-Off-Wert von ≥6 als Grenze zwischen unauffälligen und klinisch relevanten Ergebnissen definiert.
e: Erhoben mit der Ando-Osada-Kodama (AOK) loneliness scale; Spanne von 10 – 20; höhere Werte weisen auf ein höheres Level an Einsamkeit hin.
f: Von den Studienautoren Saito et al. wird ein Cut-Off-Wert von ≥11 als Unterscheidung zwischen hochrisiko Personen (≥11) und Personen mit geringem Risiko definiert.
g: Laut Autoren wurde soziale Unterstützung anhand 8 Items gemessen, welche emotionale und praktische Unterstützung erfassen (keine weiteren Erläuterungen zu den genauen Fragestellungen). Bewertung erfolgte mit 1, wenn Unterstützung erfolgt und 0 wenn keine Unterstützung in dem Item erfolgt. Spanne von 0 – 8.
h: Das soziale Netzwerk wurde erfasst anhand der Frequenz, wie oft der Betroffene eine andere Person face-to-face trifft; Antworten wurden einer Skala von 1 (no contact) bis 6 (contact more than twice per week) zugeornet.
i: Soziale Aktivitäten wurden erfasst indem gefragt wurde wie häufig die betroffene Person an Gruppenaktivitäten teilnimmt; Antworten wurden einer Skala von 1 (not participating) bis 6 (participating more than twice per week) zugeordnet.
j: Die Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere wurde erfasst, in dem den Betroffenen eine Liste von 8 Dienstleistungen unterschiedlichen Anbieter vorgelegt wurde und gefragt, ob Sie diese Leistungen kennen; für jede bekannte Dienstleistung gab es einen Punkt, Spanne von 0 – 8.
k: für den Messzeitpunkt 6 Monate nach Intervention

Shvedko 2020		
N	12	13
Alter (Jahre), MW (SD) ,	68,4 (5,9)	67,3 (11,5)
Geschlecht [m], n (%)	5 (41,7)	6 (46,2)
weitere Charakteristika, n (%)		
Familienstand		
verheiratet	4 (33,3)	2 (15,4)
Single / nie verheiratet	4 (33,3)	4 (30,8)
geschieden / getrennt lebend	2 (16,7)	5 (38,5)

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
verwitwet	2 (16,7)	2 (15,3)
allein lebend	8 (66,7)	9 (69,2)
Komorbiditäten		
0	3 (25)	3 (23,1)
1	5 (41,7)	2 (15,4)
≥2	4 (33,3)	8 (61,5)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
körperliche Funktion[a]	10,3 (1,2)	10,8 (1,0)
kognitive Funktion[b]	28,3 (1,9)	27,5 (2,4)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	12	13
Drop-out	2	3
Lost-to-Follow-Up	0	0
Erklärungen: a: Erhoben mit der Short physical performance Battery (SPPB); Spannweite 0 – 12 Punkte; Studienautoren legten einen Grenzwert von ≥9 Punkte als Einschlusskriterium für die Studien fest. b: Erhoben mit dem Montreal Cognitive Assessment (MOCA); Spannweite 0 – 30 Punkte, laut den Entwicklern ist ein Wert ab 26 und drüber als normal beziehungsweise unauffällig zu werten. Die Studienautoren legten einen Grenzwert von ≥22 als Einschluss für die Studie fest.		
Zhang 2019		
N[a]	167	183
Alter (Jahre), n (%) ,		
60-69 Jahre	86 (51,5)	89 (48,63)
70-79 Jahre	59 (35,33)	76 (41,53)
80 Jahre und älter	22 (13,17)	18 (9,84)
Geschlecht n, %		
weiblich	71 (42,51)	89 (48,63)
männlich	96 (57,49)	94 (51,37)
weitere Charakteristika, n (%)		
Familienstand		
Verheiratet	113 (67,66)	131 (71,58)
nie verheiratet	9 (5,39)	7 (3,83)
geschieden	5 (3,00)	5 (2,73)
verwitwet	40 (23,95)	39 (21,86)
Lebensform		
mit Ehepartner zusammenlebend	101 (60,48)	112 (61,20)
allein lebend	39 (23,35)	39 (21,31)
mit den Eltern zusammenlebend	24 (14,37)	26 (14,21)
im Altenheim lebend	3 (1,80)	6 (3,28)

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Häufigkeit des Besuches der Kinder		
Nie	2 (1,20)	2 (1,09)
Unregelmäßig	1 (0,60)	2 (1,09)
Einmal aller 6 Monate	51 (30,54)	57 (31,15)
etwas häufiger als einmal im halben Jahr	4 (2,38)	3 (1,64)
1-2-mal im Monat	52 (31,14)	61 (33,33)
Einmal in der Woche	29 (17,37)	23 (12,57)
Mehr als einmal die Woche	28 (16,77)	35 (19,13)
Berufstätigkeit		
erwerbstätig	18 (10,78)	17 (9,29)
im Ruhestand	149 (89,22)	166 (90,71)
Verhältnis zu den Kindern		
Perfekt	58 (36,48)	61 (34,66)
Gut	87 (54,72)	102 (57,95)
Schlecht	12 (7,55)	10 (5,68)
Ganz schlecht	2 (1,26)	3 (1,70)
Teilnahme an sozialen Aktivitäten		
Meistens	19 (11,38)	18 (9,38)
Viel	60 (35,93)	57 (31,15)
Wenig	69 (41,31)	85 (46,45)
Keine	19 (11,38)	23 (12,57)
Fähigkeit zur Selbstversorgung		
Komplett	136 (81,44)	146 (79,78)
teilweise	31 (18,56)	37 (20,22)
chronische Erkrankung		
ja	44 (26,35)	65 (35,52)
nein	123 (73,65)	118 (64,48)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	204	192
Drop-out	15	4
Lost-to-Follow-Up	22	5

Erklärungen:
a: Angaben zu den Charakteristika basiert nicht auf allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die randomisiert wurden, sondern nur auf denen, die an der 7-monatigen Follow-Up-Datenerhebung teilgenommen haben.

Abkürzungen:
m: männlich
MW: Mittelwert
N: Anzahl randomisierter (beziehungsweise eingeschlossener) Patientinnen und Patienten
n: Anzahl Patientinnen und Patienten in Kategorie
SD: Standardabweichung
VAS: visuelle Analogskala
w: weiblich

A3.2.1.5 Bewertung endpunktübergreifende Kriterien des Verzerrungspotenziales

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene für die Präventionsstudien ist in der folgenden Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial - Präventionsstudien

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial
			teilnehmende Personen	Behandelnde Personen			
Angebote durch Ehrenamtliche							
Chan 2017	ja	ja	nein	nein	nein[a]	ja	hoch
Hind 2014 / Mountain 2014	ja	ja	nein	nein	ja	ja	hoch[b]
Angebote von professionellen Akteur:innen							
Ristolainen 2020	unklar	unklar	nein	nein	unklar[c]	ja	hoch
Saito 2012	unklar	unklar	nein	nein	unklar[d]	ja	hoch
Shvedko 2020	ja	ja	nein	nein	ja	nein[e]	hoch
Zhang 2019	unklar	unklar	nein	nein	nein[f]	ja	hoch

Erklärungen:
a: Registereintrag vorhanden; Anzahl der Endpunkte im Register 4 und nur ein primärer; in der Veröffentlichung sind es 6 Endpunkte und 3 primäre; Einschlusskriterien laut Register deutlich differenzierter als in der Veröffentlichung beschrieben
b: Die Nicht-Verblindung der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer bei subjektiven Endpunkten rechtfertigt ein hohes Verzerrungspotential auf Studienebene.
c: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll oder Registereintrag, somit nicht überprüfbar
d: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll oder Registereintrag, somit nicht überprüfbar
e: Pilotstudie
f: Im Studienregister sind als Outcome Scores HPLP-C (Chinese Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile) und SF-36 angegeben, diese werden in der Veröffentlichung nicht mehr genannt beziehungsweise berichtet.

A3.2.2 Studiendesign und Studienpopulation der Therapiestudien

A3.2.2.1 Charakterisierung der Therapiestudien

Tabelle 23: Charakteristika der Therapiestudien

Studie, Design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Beobachtungszeitraum	Relevante Endpunkte[a] (Erhebungsinstrument)
Angebote von Ehrenamtlichen						
Conwell 2020, RCT	369 I = 190 K = 179	„The Senior Connection“; TSC ist ein standardisiertes, ehrenamtlichen-basiertes Programm zur Begleitung beziehungsweise Gesellschaft leisten von Älteren durch Gleichaltrige.	Care as Usual (keine Intervention)	USA, Bundesstaat New York, 03.2011 - ?	12 Monate Intervention	**primär:** Suizidalität (GSIS) **sekundär:** Depression (PHQ-9) Angst (GAD-7) Zugehörigkeitsgefühl (INQ-Belonging) Empfundene Belastung für andere (INQ-Burden)
Fields 2020, RCT	83 I = 44 K = 39	„Tech Allies“; 8-wöchiges Schulungsprogramm zur Nutzung eines Tablets und des Internets.	Care as Usual + Warteliste	USA, San Francisco Bay Area, 07.2017 - ?	2 Monate Intervention	**primär[b]:** Einsamkeit (UCLA LS-3) soziale Unterstützung (ISEL) Nutzung von digitaler Technologie[c]
Heller 1991, RCT	291 I = 238 K = 53	“Peer Support Telephone Dyads for Elderly Women”; Freundliche Telefonanrufe durch Studienpersonal beziehungsweise Teilnehmer untereinander.	Care as Usual (keine Intervention)	USA, k. A.	5 Monate Intervention + 2 ½ Monate Follow-Up	Depression (CES-D) subjektives Wohlbefinden (PGC) Einsamkeit[d] Unterstützung durch Familienmitglieder (PSS-FA) Unterstützung durch Freunde (PSS-FR)

Studie, Design	**Patientenzahl N**	**Intervention**	**Vergleich**	**Ort und Zeitraum der Durchführung**	**Beobachtungszeitraum**	**Relevante Endpunkte[a]** (Erhebungsinstrument)
MacIntyre 1999, RCT	22 I = 12 K = 10	„The Volunteer Friendly Visitor Programme“; wöchentliche Besuche durch Ehrenamtliche.	Care as Usual (keine Intervention)	Kanada, Southern Ontario, k. A.	1 ½ Monate Intervention	selbstberichteter Gesundheitszustand (HPQ) Lebenszufriedenheit (LSIZ) Soziale Unterstützung (PRQ)
Onrust 2008/ 2010, RCT	216 I = 110 K = 106	„Widow-to-Widow program“; Besuche in der eigenen Häuslichkeit durch Ehrenamtliche, die ebenfalls verwitwet sind.	Care as Usual + Broschüre über depressive Verstimmung beziehungsweise Anzeichen einer Depression	Niederlande, 2002 - 2007	Interventionslänge nicht genau definiert[e], Follow-Up 6, 12 und 24 Monate nach Baseline	Depression (CES-D) Angst (SCL-90-Anxiety) Somatisierung (SCL-90-Somatization) gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D) Trauer (ICG-R)
Angebote von professionellen Akteur:innen						
Cohen-Mansfield 2018, RCT	89 I = 45 K = 44	“I-SOCIAL (Increasing SOcial Competence and social Integration of older Adults experiencing Loneliness)”; Identifizieren von individuellen Barrieren und Stärken der sozialen Kompetenz mit dem Ziel, die soziale Teilhabe zu erhöhen und Einsamkeit zu reduzieren.	Care as Usual (keine Intervention)	Israel, k. A.	6 Monate Intervention + 3 Monate Follow-Up	**primär:** Einsamkeit[f]

Studie, Design	**Patientenzahl N**	**Intervention**	**Vergleich**	**Ort und Zeitraum der Durchführung**	**Beobachtungszeitraum**	**Relevante Endpunkte[a]** (Erhebungsinstrument)
Pynnönen 2018, RCT	257 I = 129 K = 128	„GoodMood“; Programm zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei Älteren.	Care as Usual (keine Intervention)	Finnland, Jyväskylä/ Stadt in Mittelfinnland, 2008 - 2010	6 Monate Intervention + 12 Monate Follow-Up	**primär:** Depression (GDS) **sekundär:** Melancholie[g] Einsamkeit[h] sozialer Zusammenhalt (SPS)
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011, RCT	235 I = 117 K = 118	„Psychosocial Group Rehabilitation“; Intervention zur Stärkung der Selbstbestimmung von Älteren mit dem Ziel soziale Integration und Peer-Support zu fördern.	Care as Usual (keine Intervention)	Finnland, 2003 - 2006	3 Monate Intervention + 21 Monate Follow-Up	*nach 3 Monaten:* kognitive Leistungsfähigkeit (ADAS-COG) *nach 3 und 6 Monaten*: soziale Unterstützung (LSNS) Einsamkeit (UCLA LS) *nach 12 Monaten:* Wohlbefinden (PWS) gesundheitsbezogenen Lebensqualität (15D) selbstberichteter Gesundheitszustand[i] *nach 24 Monaten:* Mortalität

Abkürzungen:
I: Interventionsgruppe
K: Kontrollgruppe
k. A.: keine Angaben
N: Anzahl randomisierter beziehungsweise eingeschlossener Patientinnen und Patienten
RCT: randomisierte kontrollierte Studie
USA: Vereinigte Staaten von Amerika

Studie, Design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Beobachtungszeitraum	Relevante Endpunkte[a] (Erhebungsinstrument)
Abkürzungen Erhebungsinstrumente: 15D: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ADAS-COG: Alzheimer´s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale EQ-5D: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7 item GDS: Geriatric Depression Scale GSIS: Geriatric Suicide Ideation Scale HPQ: Health Perception Questionnaire ICG-R: Inventory of Complicated Grief-Revised INQ-Belonging: Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Belonging INQ-Burden: Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Burden ISEL: Interpersonal Support Evaluation List LSIZ: Life Satisfaction Index LSNS: Lubben´s Social Network Scale PGC: Philadelphia Geriatric Center Morale Scale PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9 item PRQ: Personal Resource Questionnaire PSS-FA: Perceived Social Support Scale – Family Members PSS-FR: Perceived Social Support Scale – Friends PWS: psychological well-being Score SCL-90-Anxiety: Symptom Checklist, Subscale Anxiety SCL-90-Somatization: Symptom Checklist, Subscale Somatization SPS: Social Provisions Scale UCLA LS: University of California at Los Angeles Loneliness Scale – 3. Version UCLA LS-3: University of California at Los Angeles Loneliness Scale – 3 Items						

Studie, Design	Patientenzahl N	Intervention	Vergleich	Ort und Zeitraum der Durchführung	Beobachtungszeitraum	Relevante Endpunkte[a] (Erhebungsinstrument)

Erklärungen:

a: Primäre Endpunkte beinhalten alle verfügbaren Angaben ohne Berücksichtigung der Relevanz für diese Nutzenbewertung. Sekundäre Endpunkte beinhalten ausschließlich Angaben zu relevanten verfügbaren Endpunkten für diese Nutzenbewertung.

b: primärer Endpunkt laut den Autoren, jedoch keine Fallzahlkalkulation in der Veröffentlichung enthalten.

c: Nutzung von digitaler Technologie wurde erhoben, indem die Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer gefragt wurden, ob sie in letzte Zeit das Internet genutzt haben und wie sie ihre Fähigkeiten bei einer Internetrecherche und Versenden von E-Mails beschreiben würden.

d: Einsamkeitsskala entwickelt von Paloutzian und Ellison; 4-teilige Antwortskala von „oft – nie“.

e: Interventionslänge wurde vorher nicht genau festgelegt; Annahme war, dass ca. 10-12 Hausbesuche pro Teilnehmer durchgeführt werden müssen, jedoch wurde der Teilnehmer so lange besucht, wie der Bedarf da war; Spanne reichte von 0 – 30 Besuchen, Durchschnitt lag bei 8,3 Besuche

f: Die Studienautoren entwickelten einen eigenen Score, um Einsamkeit zu erfassen. Der Score bildet den Mittelwert von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten ab. Die Antwortskala zur Frequenz wurde in eine 5-teilige Antwortskala umgewandelt. Bei den Erhebungsinstrumenten handelt es sich um:

- UCLA Loneliness Scale-8 item; pro Item Antwortskala von 1 (not at all) bis 5 (to a great extent); höhere Zahl deutet auf höheres Einsamkeitslevel.
- Frequency of loneliness; Frage war “How often would you say you feel lonely?”, Antwortskala von 1 (never) zu 6 (several times an hour); höhere Zahl deutet auf höheres Einsamkeitslevel.
- Severity of loneliness; Frage war “To what extent do you feel lonely?”; Antwortskala von 1 (not at all) zu 5 (to a very large extent); höhere Zahl deutet auf höheres Einsamkeitslevel.

g: Frage war „How do you perceive your mood in general?”; Antwortmöglichkeiten waren: “almost always good”, “sometimes melancholy” und “often or almost always melancholy”.

h: Frage war “Do you feel lonely?”; Antwortmöglichkeiten waren: „very rarely or never“, „sometimes“ und „often or almost always”.

i: Der Gesundheitsstatus wurde mit einer 4-teiligen Antwortskala erfasst: „feeling healthy“, „quite healthy“, „unhealthy“ und „very unhealthy“. Es wurde 2 Kategorien gebildet = Gesund („feeling healthy“, „quite healthy“) und Krank („unhealthy“, „very unhealthy“).

A3.2.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 24: Ein- / Ausschlusskriterien für Patient:innen in den Therapiestudien

Studie	Wesentliche Einschlusskriterien	Wesentliche Ausschlusskriterien
Angebote von Ehrenamtlichen		
Conwell 2020	▪ ≥ 60 Jahre ▪ Wohnhaft in der Gemeinde ▪ Gefühl von Einsamkeit oder als Belastung für andere in den letzten 2 Wochen	▪ Kognitive Einschränkungen (Mini-Cog Score ≤ 3a) ▪ Alkoholmissbrauch (AUDIT-C Score ≥ 5b)
Fields 2020	▪ ≥ 65 Jahre alt oder ≥ 60 bei Behinderung ▪ Weniger als 2 soziale Besuche pro Monat ▪ Bedarf an einer eingehenden Schulung zur Nutzung von digitalen Technologien ▪ Kognitiv in der Lage die Einwilligungserklärung zu verstehen und zu geben	▪ k. A.
Heller 1991	▪ ältere Frauen ▪ jährliches Haushaltseinkommen unter 13 800 US$ ▪ Punktzahl unterhalb des Mittelwertes der PSS-FRc zur Erfassung des sozialen Supports oder ▪ Punktezahl oberhalb des Mittelwertes eines Instrumentesd zur Messung der Einsamkeit	▪ k. A.
MacIntyre 1999	▪ Ältere Personen in ihrer eigenen Häuslichkeit ▪ keine kognitiven Einschränkungen	▪ k. A.
Onrust 2008/ 2010	▪ ≥ 55 Jahre, verwitwet ▪ Ehepartner / Lebenspartner ist vor 6-9 Monate verstorben ▪ mittleres bis starkes Gefühl der Einsamkeit ▪ keine psychischen Erkrankungen	▪ k. A.
Angebote von professionellen Akteur:innen		
Cohen-Mansfield 2018	▪ ≥ 65 Jahre ▪ Personen fühlen sich einsam ▪ MMSE[e] > 22 Punkte ▪ Keine Depression; gemessen mit der GDS[f] (Cut-off 10 Punkte)	▪ k. A.
Pynnönen 2018	▪ alle 75 – 79-jährigen in Jyväskylä/ Stadt in Mittelfinnland ▪ Gefühl der Einsamkeit, Melancholie oder depressive Verstimmung ▪ MMSE > 21 Punkte	▪ k. A.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	▪ ≥ 75 Jahre ▪ subjektives Gefühl der Einsamkeit	▪ Demenz (mittel – schwer); < 19 Punkte beim MMSE oder > 1 auf der CDR[g] ▪ in einer Pflegeeinrichtung lebend ▪ Blindheit ▪ Taubheit ▪ nicht in der Lage allein zu laufen ▪ NYHA-Klasse[h] III oder IV

Abkürzungen:
AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption
CDR: Clinical Dementia Rating scale
GDS: Geriatric Depression Scale
k. A.: keine Angabe
MMSE: Mini Mental State Examination
NYHA: NYHA-Klassifikationen (New York Heart Association)
PSS-FR: Perceived Social Support scale from friends

Erklärungen:
a: Screening-Test zur Feststellung kognitiver Defizite, Gesamtscore von 0 – 5; ab 3 und weniger Punkten wird von einer schweren kognitiven Einschränkung ausgegangen.
b: Test zur Feststellung des Alkoholkonsums, Spanne von 0 – 12, eine Punktzahl ab 5 bei Männern, resp. 4 bei Frauen weist auf einen problematischen Konsum hin
c: Score zwischen 20 – 40; höhere Zahl deutet auf höheres Mass an sozialer Unterstützung durch Freunde.
d: Name des Instrumentes bleibt unklar; die verwendete Referenz in der Veröffentlichung führt zu einem Instrument, welches nicht mit der Beschreibung in der Veröffentlichung übereinstimmt.
e: Screening-Test zur Feststellung kognitiver Defizite, Gesamtscore von 0 (sehr starke kognitive Einschränkungen) – 30 (normale kognitive Funktion).
f: Gesamtscore von 0 – 30, Grenzwerte (0-9 = normal, 10-19 = milde/mittlere Depression, 20-30 = schwere Depression).
g: Score zwischen 0 – 3; keine Demenz = 0, fragliche kognitive Einschränkungen = 0,5, milde kognitive Einschränkungen (MCI) = 1, moderate kognitive Einschränkungen = 2 und starke kognitive Einschränkungen = 3.
h: Schema zur Einteilung der Herzinsuffizienz in 4 Klassen beziehungsweise Schweregrade, wobei I keine Symptome bedeutet und IV dauerhafte Symptomatik auch bei Ruhe.

A3.2.2.3 Charakteristika der Intervention

Tabelle 25: Charakterisierung der Interventionen in den eingeschlossenen Therapiestudien

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
Angebote von Ehrenamtlichen		
Conwell 2020		
Informationsbroschüren in Allgemeinarztpraxen; in der Broschüre wurden die Ziele der Studie beschrieben und nach Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesucht. Jede ältere Person, welche sich einsam fühlt oder das Gefühl hat, für andere eine Belastung zu sein, konnte sich melden.	*Name der Intervention:* „The Senior Connection (TSC)“ *Initiatoren der Intervention:* Intervention umgesetzt durch einen Dienstleister zur Vermittlung von Sozialleistungen für Ältere (LifeSpan). Ehrenamtliche wurden über das RSVP (Retired and Senior Volunteers Programme) rekrutiert, welche Senioren ehrenamtliche Tätigkeiten vermittelt. Peer companions erhielten Schulung (z. B. aktives Zuhören), und wurden nach Alter, Interessen, Wohnort den Studienteilnehmern zugeordnet. *Inhalt/Durchführung der Intervention:* TSC ist ein standardisiertes, ehrenamtlich-basiertes Programm zur Begleitung beziehungsweise Gesellschaft leisten von Älteren durch Gleichaltrige. Studienteilnehmer:innen wurden mit einem Ehrenamtlichen (peer companion) zusammengebracht, basierend auf Wohngegend (Erreichbarkeit für den Ehrenamtlichen), gemeinsamen Interessen und Vorlieben. Die Besuche sollten den Charakter eines Freundschaftsbesuchs haben und nicht um Haushaltspflichten zu erledigen. 4 Kontakte pro Monat, wovon 2 auch per Telefon abgehalten werden konnten.	Care as Usual (keine Intervention); keine Unterstützung durch Lifespan
Fields 2020		
Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie stammen aus dem Netzwerk an Älteren der LBFE-Organisation. Diese wurden angerufen und gefragt, ob	*Name der Intervention:* „Tech Allies“	Care as Usual (keine Intervention);

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
sie generell Interesse an einer Schulung zur Technologienutzung haben.	*Initiatoren der Intervention:* Gemeinschaftsprojekt zwischen „Little Brothers – Friends of the Elderly (LBFE)“, „Community Tech Network (CTN)“ und der University of California, San Francisco (UCSF). LBFE ist eine gemeinnützige Organisation, die Hausbesuche für isolierte und einsame Ältere durch Ehrenamtliche organisiert. CTN ist ein Netzwerk zur Schulung von Kenntnissen zur Nutzung von digitaler Technik. Die Ehrenamtlichen von LBFE wurden durch das CTN speziell für die Intervention geschult. *Inhalt/Durchführung der Intervention:* Intervention dauerte 8 Wochen; pro Woche gab es einen Besuch eines Ehrenamtlichen; folgende Themen wurden behandelt: (i) Hardware erklären, (ii) wie benutzt man das Tablet, (iii) Online-Sicherheit, (iv) E-Mail Einrichten und Nutzen, (v) E-Mail-Sicherheit, (vi) Kommunikation durch Apps und FaceTime, (vii) Soziale Medien und (viii) Spaß haben (Unterhaltungsmedien, Online-Shopping usw.) und Zusammenfassung. Unterlagen zu den Lerneinheiten und Schritt-für-Schritt-Anleitungen wurden ausgehändigt. Internetzugang wurden für die Zeit der Intervention bezahlt und konnte danach kostengünstig übernommen werden, wenn gewollt; Hardware (Tablet, Touchpen und Tablet-Hülle) verblieb nach der Intervention bei der Teilnehmer:in.	Wartelistedesign für die Kontrollgruppe
Heller 1991		
Telefonanrufe bei zufällig ausgewählten Personen in drei Gemeinden in Indiana mit niedrigen Einkommen. Durch die Telefonanrufe sollte zum einen festgestellt werden, ob in dem Haushalt eine ältere Frau lebt und ob diese daran interessiert sei, eine Studieneinladung zugesendet zu bekommen.	*Name der Intervention:* “Peer Support Telephone Dyads for Elderly Women” *Initiatoren der Intervention:* Initiiert wurde die Studie durch die Indiana University, Department of Psychology. *Inhalt/Durchführung der Intervention:*	Care as Usual (keine Intervention)

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
	„Freundliche Telefonanrufe“ – Anrufe zuerst durch Studienpersonal, im Laufe der Intervention sollen sich die Teilnehmer untereinander anrufen und hoffentlich Freundschaften bilden. Die Intervention war in 3 Phasen aufgeteilt: 1. Die ersten 10 Wochen wurden die Teilnehmerinnen durch geschulte Interviewer (Frauen zwischen 30 – 55 Jahre) kontaktiert. Wobei in den ersten 5 Wochen 2x pro Woche und danach 1x pro Woche telefoniert wurde. Die Gespräche sollten einen freundschaftlichen Charakter haben. 2. Nach dem ersten Follow-Up wurden die Teilnehmerinnen in 5 unterschiedliche Gruppen randomisiert; die Phase war wiederrum 10 Wochen lang: a. Dyad initiators: Teilnehmer erklärten sich bereit andere Studienteilnehmer anzurufen b. Dyad receivers: Teilnehmer erklärten sich bereit, Telefonanrufe von anderen Studienteilnehmern anzunehmen c. Staff continues: Teilnehmer wurden weiter vom Studienpersonal angerufen d. Dyad refusers: Teilnehmer wurden ursprünglich in die Gruppen der „Initiators“ beziehungsweise „Receivers“ randomisiert, erklärten sich aber nicht bereit daran teilzunehmen. Sie wurden dann weiterhin vom Studienpersonal angerufen. e. Contact discontinued: Teilnehmer fungierten als weitere Kontrollgruppe; Sie haben in den ersten 10 Wochen Anrufe durch das Studienpersonal erhalten, für den restlichen Verlauf der Studie (20 Wochen) wurden sie nicht mehr kontaktiert. 3. Die letzten 10 Wochen der Intervention wurde keiner mehr aktiv kontaktiert. Die Teilnehmerinnen in den Dyad initiators und -receivers konnten sich aber weiterhin anrufen, wenn sie es wollten.	
MacIntyre 1999		
Die Gruppe der Studienteilnehmer wurde aus der Klientel eines Pflegedienstes rekrutiert (im südlichen Ontario, Kanada). Die Pflegekräfte nahmen die	*Name der Intervention:* „The Volunteer Friendly Visitor Programme“ *Initiatoren der Intervention:*	Care as Usual, Kontrollgruppe erhielt weiterhin Pflegerische Maßnahmen und

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
Einschätzung vor, ob der jeweilige Klient einsam beziehungsweise sozial isoliert ist.	Initiiert durch die Saint Elizabeth Visiting Nurses Association. Die Ehrenamtlichen, Student:innen der Gerontologie, wurden durch die Organisation hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse der Studienteilnehmer:innen geschult (Nutzung von Gehhilfen, medizinische Diagnosen). *Inhalt/Durchführung der Intervention:* Die Intervention wurde als Zusatzleistung zu den pflegerischen Maßnahmen und der Hilfe bei der Haushaltsführung durch Pflegedienste entwickelt. Alle Ehrenamtlichen in dieser Studie waren Student:innen der Gerontologie an der lokalen Universität. Die Besuche waren Teil ihres Lehrplans. Ehrenamtliche und die Personen in der Interventionsgruppe trafen sich einmal pro Woche für durchschnittlich 3 Stunden. Insgesamt dauerte die Intervention 6 Wochen. Inhalte der Besuche konnten frei gestaltet werden; z. B. spazieren gehen, Unterhaltungen, Vorlesen, Unterstützung bei Aktivitäten im Haushalt.	Unterstützung bei der Haushaltsführung
Onrust 2008 / 2010		
Alle Personen über 55 Jahre, aus 18 Gemeinden in den Niederlanden, welche in den letzten 6-9 Monaten einen Ehepartner verloren haben, wurden angeschrieben. Die Briefe enthielten Information zur Studie, einen Screening-Fragebogen und eine Einwilligungserklärung. Die Daten der Personen stammen aus dem Standesamt (Registry Office).	*Name der Intervention:* „Widow-to-Widow Program“ *Initiatoren der Intervention:* Initiator:innen des Angebots waren eine NGO (Trimbos Institute, Amsterdam) und die Universitäten Amsterdam und Utrecht, welche auch Organisation, Schulung und Supervisionsaufgaben übernahmen. Die Ehrenamtlichen wurden theoretisch und praktisch in den Grundlagen von Trauerarbeit und Gesprächsführung beziehungsweise Zuhören geschult. *Inhalt/Durchführung der Intervention:* Besuch in der eigenen Häuslichkeit durch Ehrenamtliche; diese sind ebenfalls verwitwet, was jedoch schon länger zurück liegt. Die Ehrenamtlichen erhielten theoretische und praktische Grundlagen in Trauerarbeit und Gesprächsführung beziehungsweise Zuhören.	Care as Usual + Broschüre über depressive Verstimmung beziehungsweise Anzeichen einer Depression

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
	Ziel der Treffen ist der Austausch, Unterstützung durch Gespräche und das Verarbeiten der Gefühle. Weiterhin kann der Ehrenamtliche auf lokale Selbsthilfegruppen verweisen. Grundsätzlich wurde davon ausgegangen, dass jeder Betroffene 10 – 12 Besuche bekommt, es gab aber kein Limit. Die Besuche wurden so lange durchgeführt, wie der Betroffene davon profitiert.	
Angebote von professionellen Akteur:innen		
Cohen-Mansfield 2018		
Personen wurden rekrutiert durch beziehungsweise von lokalen Krankenversicherungen, Adresslisten kommerzieller Anbieter, Seniorencenter, öffentlichen Veranstaltungen der Universität, Posterwerbung, Listen von lokalen Sozialanbietern, Altersgerechtes Wohnen	*Name der Intervention:* I-SOCIAL (Increasing SOcial Competence and social Integration of older Adults experiencing Loneliness) *Initiatoren der Intervention:* Initiiert von der Universität in Tel-Aviv; Betreut und begleitet wurden die Studienteilnehmer:innen durch „Activities Counselors“, diese hatten mindestens einen Bachelor-Abschluss in Sozialwissenschaften und erhielten Training in motivierenden Gesprächstechniken und kognitiver Verhaltenstherapie. *Inhalt/Durchführung der Intervention:* Zuerst wurde mit den einzelnen Personen die individuellen Barrieren hinsichtlich sozialer Kontakte identifiziert; dann folgten: • bis zu 10 Einzeltreffen mit den „Activities counselor“ um Möglichkeiten zu erarbeiten, um die Barrieren für die soziale Teilhabe abzubauen (die eigenen sozialen Kompetenzen stärken und Gelegenheiten in der Nachbarschaft auszukundschaften, wo man andere Personen treffen kann) • bis zu 7 Gruppentreffen (geleitet von den „Activities counselor“), in denen die Einzelnen ihre neu erlernten sozialen Skills erproben konnten und mit anderen Betroffenen Barrieren und Lösungsideen diskutieren konnten. Es war den Einzelnen Personen freigestellt, ob sie an den Gruppentreffen, den Einzeltreffen oder beiden teilnehmen wollten.	Care as Usual (keine Intervention)

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
Pynnönen 2018		
Alle Personen ab 75 Jahren wurden aus dem Melderegister der Stadt extrahiert und telefonisch befragt, ob sie einsam oder melancholisch sein.	*Name der Intervention:* „GoodMood“ *Initiatoren der Intervention:* Initiiert wurde das GoodMood Programm gemeinsam durch die University of Jyväskyla, JAMK University of Applied Science und der Stadt Jyväskyla. Die Sport-/Bewegungsgruppe wurde durch einen qualifizierten Trainer geleitet, die Gruppe mit den sozialen Aktivitäten durch Student:innen der Gesundheitswissenschaften und die persönliche Beratung erfolgt durch einen „Rehabilitation Counselor“ (nicht näher definiert). *Inhalt/Durchführung der Intervention:* Programm zur Verbesserung der psychischen Gesundheit bei Älteren; Personen in der Interventionsgruppe durften sich die Interventionsart aussuchen, von der Sie glaubten, dass sie den größten Nutzen haben: 1. Sport/Bewegung; in Kleingruppen, einmal pro Woche; geleitet von qualifizierten Trainern (insgesamt 19-21 Treffen) 2. soziale Aktivitäten (Ausflüge, Diskussionsrunden, künstlerische Tätigkeiten); in Kleingruppen, einmal pro Wochen; geleitet von Studenten der Gesundheitswissenschaften (insgesamt 19-21 Treffen) 3. persönliche Beratung (personal counseling); alle 3 Wochen; durchgeführt durch einen „Rehabilitation counselor“ (4-5 Beratungen pro Person)	Care as Usual (keine Intervention); alle Personen erhielten vor der Randomisierung eine persönliche Beratung
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011		
Fragebogenaussendung an zufällig ausgewählte Personen ≥75 Jahre aus 6 finnischen Gemeinden. Personendaten stammen aus dem Melderegister.	*Name der Intervention:* „Psychosocial Group Rehabilitation“ *Initiatoren der Intervention:* Initiiert von der Central Union for the Welfare of the Aged (Finnland). Betreut wurden die Gruppen durch feste Gruppenleiter:innen, welche in den Tageskliniken angestellt waren und besondere Schulungen (Gruppendynamiken, Führungs-Skills, Einsamkeit bei Älteren, Empowerment der älteren Teilnehmer, Peer Support usw.) erhielten.	Care as Usual (keine Intervention)

Rekrutierung	Intervention	Vergleich
	Inhalt/Durchführung der Intervention: Intervention zur Stärkung der Selbstbestimmung von Älteren mit dem Ziel soziale Integration und Peer-Support zu fördern. Wöchentliche Treffen in festen Gruppen von 7-9 Teilnehmer:innen und 2 „Gruppenleiter:innen“ in 7 unterschiedlichen Tageskliniken. Frühstück, Mittagessen und Kaffee war Teil jedes Treffens und kostet nichts. Es gab einen Fahrdienst, der die Teilnehmer:innen abholte und wieder nach Hause brachte. Personen in der Interventionsgruppe durften sich aussuchen, an welcher Interventionsgruppe sie teilnehmen wollten: 1. Therapeutisches Schreiben und Psychotherapie 2. Sport/Bewegung und Diskussion von Gesundheitsthemen 3. Kunst und anregende Aktivitäten (Musik, Theater, Malerei)	

A3.2.2.4 Charakteristika der Studienteilnehmer

Tabelle 26: Charakterisierung der Studienpopulation - Therapiestudien

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Angebote durch Ehrenamtliche		
Conwell 2020		
N	190	179
Alter (Jahre), MW (SD)	70,48 (7,61)	71,33 (7,91)
Geschlecht [m], n (%)	87 (45,79)	79 (44,13)
weitere Charakteristika; n (%)		
Allein lebend	107 (56,32)	87 (48,60)
Gefühl von Einsamkeit in den letzten 2 Wochen (bejahende Antwort)	156 (82)	140 (79)
Gefühl eine Belastung für andere zu sein (bejahende Antwort)	59 (31)	55 (31)
Gesundheitsfragebogen - Item 9[a]	13 (6,84)	5 (2,79)
Suizidalität[b]	28 (14,74)	18 (10,06)
weitere Charakteristika; MW (SD)		
Depression[c]	7,28 (4,9)	6,75 (4,65)
Angst[d]	5,25 (4,62)	4,91 (4,31)
Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens[e]	1,14 (1,67)	0,86 (1,48)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	190	179
Drop outs	34	0
Lost-to-Follow-Up (Zeitpunkt Nachbeobachtung)	34	22
Ausgeschlossen, weil Studie, vor dem 12-Monats Follow-Up, endete	32	26
Erklärungen: a: Erhoben mit dem Patient Health Questionnaire, Item 9; Anzahl der Teilnehmer, welche das Item 9 „Gedanken lieber tot zu sein oder sich Leid zuzuführen“ mit ja beantwortet haben. b: Erhoben mit der Paykel Suicide Scale; Anzahl der Teilnehmer, welche einen oder mehrere Suizidversuche in ihrem bisherigen Leben durchgeführt haben. c. Erhoben mit dem Patient Health Questionnaire-9 item; Gesamtscore zwischen 0 – 27; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel. d: Erhoben mit Generalized Anxiety Disorder-7 item; Gesamtscore zwischen 0 – 21; höhere Zahl deutet auf höheres Angstlevel. e: Erfasst mit der Instrumental Activities of Daily Living Scale; Wert repräsentiert die Anzahl an Aktivitäten des täglichen Lebens bei denen Hilfe benötigt wird.		
Fields 2020		
N[a]	27	30
Alter (Jahre), MW (SD)	74 (8,5)	76 (7,4)
Geschlecht [w], n (%)	13 (48)	17 (57)

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
weitere Charakteristika, %		
kein Mobiltelefon	33	30
selbstberichteter Gesundheitszustand[b] Antwortkategorie: Schlecht beziehungsweise sehr schlecht	56	53
regelmäßig emotionale Beschwerden[c]	29	14
regelmäßig körperliche Beschwerden[d]	46	44
regelmäßig funktionale Beeinträchtigungen[e]	41	31
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	44	39
Drop outs	10[f]	7
Lost-to-Follow-Up	7	2

Erklärungen:
a: Angaben zu den Studiencharakteristika basiert nicht auf allen Teilnehmern, die randomisiert wurden, sondern nur auf denen, bei denen eine Datenerhebung zum Ende der Intervention durchgeführt wurde.
b: Erhoben mit den Centers for Disease Control and Prevention Health-Related Quality of Life (CDC HRQOL), Frage lautete: „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? Ist er: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht?“.
c: Erhoben mit den CDC HRQOL, Frage lautete: „Wie viele Tage in den letzten 30 Tagen würden sie ihre mentale Gesundheit als „nicht gut“ bezeichnen? Einzubeziehen sind alle seelischen Probleme wie Stress, Depression und Stimmung allgemein.“; bei ≥14 Tagen wird von regelmäßigem mentalen Disstress gesprochen.
d: Erhoben mit den CDC HRQOL, Frage lautete: „Wie viele Tage in den letzten 30 Tagen würden sie ihre körperliche Gesundheit als „nicht gut“ bezeichnen? Einzubeziehen sind alle körperlichen Beschwerden aufgrund von Krankheiten oder Unfällen.“; bei 14 Tagen oder mehr wird von regelmäßigen körperlichen Disstress gesprochen.
e: Erhoben mit den CDC HRQOL, Frage lautete: „Wie viele Tage in den letzten 30 Tagen führten ihre seelischen oder körperlichen Beschwerden zu funktionalen Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten? Einzubeziehen sind Aktivitäten wie sich selbst versorgen, arbeiten gehen oder sich erholen?“; bei ≥14 wird von regelmäßigen funktionalen Beeinträchtigungen gesprochen.
f: alle 10 Personen sind noch vor Beginn der Intervention wieder ausgestiegen.

Heller 1991	**Studienteilnehmer[a]**
N	265
Alter (Jahre), MW	74
durchschnittliche Einkommensgruppe	7.000-9.000$
durchschnittliche Schulbildung	11 Klassen
alleinlebend, %	74
weitere Charakteristika, %	
Verwitwet	67
Verheiratet	18
geschieden	12

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert		291
Drop outs		20[b]
Lost-to-Follow-Up		6
Erklärungen: a: Angaben zu den Studiencharakteristika werden in der Veröffentlichung nicht getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe dargestellt und nur für die Teilnehmer, welche die Studien abgeschlossen haben. b: selbst berechnet; warum diese Teilnehmer nicht mehr in der Studie sind, wird nicht erklärt.		
MacIntyre 1999		
N[a]	12	10
Alter (Jahre), MW (SD)	79,7 (7,0)	79,0 (7,5)
Geschlecht [m], n (%)	5 (42)	2 (20)
Verwitwet, n (%)	9 (75)	6 (60)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
Lebensqualität[b]	11,9 (6,0)	12,2 (4,5)
Funktionsstatus[c]	3,3 (0,8)	3,2 (0,9)
soziale Unterstützung[d]:		
Intimität/ Vertrautheit	23,6 (8,7)	23,2 (8,6)
soziale Integration	20,6 (9,6)	17,4 (7,0)
Zuwendung	21,6 (8,8)	16,2 (5,5)
Bedeutung/ Wert	22,9 (8,1)	24,0 (7,7)
Unterstützung	23,5 (8,1)	25,0 (7,0)
subjektiver Gesundheitszustand[e]:		
Gesundheitszustand	3,0 (0,9)	3,3 (0,7)
Schmerzen	2,3 (1,4)	1,9 (1,1)
Gesundheitsbedenken	2,6 (1,2)	1,7 (1,1)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert		26
vor Beginn der Intervention ausgeschlossen[f]		4
Erklärungen: a: Angaben zu den Studiencharakteristika basiert nicht auf allen Teilnehmern, die randomisiert wurden, sondern nur auf denen, die in der Interventionsphase noch teilgenommen haben. b: Erhoben mit dem Life Satisfaction Index; Gesamtscore 0 – 26, je höher die Zahl desto zufriedenen sind die Personen mit ihrem Leben. c: Erhoben mit der Eastern Co-Operative Oncology Group (ECOG) Performance Status Scale, Erfasst den physischen Zustand von Personen und die Einschränkungen bei den Ausführungen der Tätigkeiten des täglichen Lebens; Skala zwischen 0 (keine Einschränkungen) – 5 (tot) d: Erhoben mit dem Personal Resource Questionnaire; pro Dimension Score zwischen 0 – 35; höhere Zahl deutet auf ein höheres Mass an Ressourcen. e: Erhoben mit dem Health Perception Questionnaire; 3 Items und pro Item Antwortskala von 1 bis 4, ▫ general health (excellent (1) to poor (4)), ▫ amount of pain (a great deal (1) to none (4)),		

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
▫ concern about health (a great deal (1) to none (4))		
f: 3 Teilnehmer wurden aufgrund kognitiver Einschränkungen wieder ausgeschlossen und ein Teilnehmer ist ins Pflegeheim gezogen		
Onrust 2008 / 2010		
N	110	106
Alter (Jahre), MW (SD)	68,9 (9,1)	68,8 (9,5)
Geschlecht [w], n (%)	71 (65)	67 (63)
weitere Charakteristika, MW (SD)		
Länger der Witwerschaft [Monate]	7,8 (1,9)	7,9 (2,0)
Einsamkeit[a]	7,1 (3,0)	6,0 (2,9)
Selbstwirksamkeitserwartung[b]	21,2 (4,1)	21,9 (3,3)
Depression[c]	17,1 (9,4)	16,2 (9,1)
Angst[d]	13,8 (4,4)	13,5 (5,5)
Somatisierung[e]	18,4 (5,9)	18,1 (5,5)
Trauer[f]	59,2 (18,2)	59,3 (18,5)
Lebensqualität[g]	0,76 (0,25)	0,83 (0,18)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	110	106
Drop-Outs	0	0
Lost-to-Follow-Up[h]	19	12

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Loneliness Scale; Gesamtscore zwischen 0 – 11, Grenzwerte: 0-2 = nicht einsam, 3-8 mäßig einsam, 9-10 = starke Einsamkeit, 11 = sehr starke Einsamkeit.
b: Erhoben mit der Pearlin Mastery Scale, Gesamtscore zwischen 5 – 25; höhere Zahl deutet auf ein geringeres Mass an Selbstwirksamkeit hin.
c: Erhoben mit der Center for Epidemiological Studies Depression Scale; Gesamtscore zwischen 0 – 60; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
d: Erhoben mit der Symptom Checklist, Subscale Anxiety; Score 10 – 50, je höher die Zahl desto stärker die körperlichen Symptome.
e: Erhoben mit der Symptom Checklist, Subscale Somatization; Score 12 – 60, je höher die Zahl desto stärker die körperlichen Symptome.
f: Erhoben mit dem Inventory of Complicated Grief-Revised; Gesamtscore 29 – 145; höhere Zahl deutet auf stärkere Trauer.
g: Erhoben mit dem EQ-5D; Indexwert 0 – 1; wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellt und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand.
h: 12 Monate nach Baseline

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Angebote von professionellen Akteur:innen		
Cohen-Mansfield 2018		
N[a]	39	35
Alter (Jahre), MW (SD)	76,6 (6,8)	79 (6,62)
Geschlecht [w], n	31	29
weitere Charakteristika; MW (SD)		
Kognition[b]	27,74 (1,88)	27,88 (2,05)
Subjektiver Gesundheitszustand[c];	2,36 (0,81)	2,24 (0,78)
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	45	44
Drop outs	6	9
Lost-to-Follow-Up	4	7
Erklärungen: a: Angaben zu den Studiencharakteristika basiert nicht auf allen Teilnehmern, die randomisiert wurden, sondern nur auf denen, die in der Interventionsphase noch teilgenommen haben. b: Erhoben mit dem Mini Mental State Examination (MMSE); Screening-Test zur Feststellung kognitiver Defizite, Gesamtscore von 0 (sehr starke kognitive Einschränkungen) – 30 (normale kognitive Funktion). c: gemessen auf einer 4-Punkte-Skala (poor (1), fair (2), good (3), excellent (4))		
Pynnönen 2018		
N[a]	105	118
Alter (Jahre), MW (SD)	77,02 (1,45)	76,91 (1,43)
Geschlecht [w], (%)	72,4	78
weitere Charakteristika; (%)		
Melancholie[b]		
nie/ sehr selten	17,1	18,6
manchmal	69,5	72,9
oft/ fast immer	13,3	8,5
Einsamkeit[c]		
nie/ sehr selten	33,3	30,5
manchmal	52,4	55,9
oft/ fast immer	14,3	13,6
weitere Charakteristika; MW (SD)		
Kognition[d]	27,08 (2,14)	27,35 (2,0)
Depressive Symptome[e]	3,91 (2,71)	3,47 (2,33)
sozialer Zusammenhalt[f]		
Verbundenheit	12,06 (2,73)	12,48 (2,10)
soziale Integration	12,30 (2,17)	12,75 (2,15)
verlässliche Beziehungen	12,90 (2,36)	13,23 (2,09)
Beratung	12,56 (2,64)	13,08 (2,31)
Zuwendung	11,60 (2,74)	12,07 (2,34)
Bedeutung/ Wert	11,61 (2,01)	11,86 (2,04)

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
Studien- / Therapieabbrecher, n		
Randomisiert	129	128
Drop-outs	21	0
Lost-to-Follow-Up	3	10[g]
Studie abgeschlossen[h]	105	118

Erklärungen:
a: Angaben zu den Charakteristika stammen nur von den Teilnehmern, wo eine Datenerhebung nach der Intervention erfolgte.
b: Frage war: "How do you perceive your mood in general?"
c: Frage war: „Do you feel lonely?"
d: Erhoben mit dem Mini Mental State Examination; Screening-Test zur Feststellung kognitiver Defizite, Gesamtscore von 0 (sehr starke kognitive Einschränkungen) – 30 (normale kognitive Funktion).
e: Erhoben mit der Geriatric Depression Scale, Antwortskala von 0-15; Bewertung: 0-5 = normal, 5-10 = leichte bis mäßige Depression und 11-15 = schwere Depression
f: Erhoben mit der Social Provisions Scale, 24 Items gleichmäßig verteilt auf 6 Domänen, Gesamtscore pro Domaine 4 – 16; höhere Zahl ist positiv.
g: inklusive eines Todesfalles
h: Erhebung nach Abschluss der Intervention

Routasalo 2009, Pitkala 2009 / 2011		
N[a]	117	118
Alter (Jahre), MW (Spanne)	80 (75-92)	80 (75-90)
Geschlecht [w], %	74,4	72,9
verwitwet, %	68,1	68,6
allein lebend, %	80,2	78,8
weitere Charakteristika, %		
körperliche Funktionsfähigkeit[b], Kategorie: gut bis moderat	85,1	82,3
weitere Charakteristika, MW (Spanne)		
Kognition[c]	26,9 (19-30)	26,6 (19-30)
Depression[d]	9,0 (0-28)	10,0 (0-34)
Einsamkeit[e]	49,7 (40-72)	49,7 (39-64)
soziale Unterstützung[f]	26,1 (4-43)	24,6 (0-41)
weitere Charakteristika, Median (IQA)		
psychologisches Wohlbefinden[g]	0,56 (0,29 - 0,67)	0,56 (0,33 - 0,67)
Studien- / Therapieabbrecher[h], n		
Randomisiert	117	118
Drop-out	k. A.	k. A.
Lost-to-Follow-Up[i]	7	20

Erklärungen:
a: Alle Angaben stammen aus der Publikation von Routasalo 2009
b: Keine Angaben wie die körperliche Funktionsfähigkeit erhoben beziehungsweise gemessen wurde.
c: Erhoben mit dem Mini Mental State Examination; Screening-Test zur Feststellung kognitiver Defizite, Gesamtscore von 0 (sehr starke kognitive Einschränkungen) – 30 (normale kognitive Funktion).

Studie **Charakteristika**	**Intervention**	**Vergleich**
d: Erhoben mit der Montgomery-Asberg Depression Scale; Gesamtscore 0 – 60, Grenzwerte: 0-6 = keine Depression, 7-19 = leichte Depression, 20-34 = mäßige Depression und >34 = schwere Depression. e: Erhoben mit der UCLA Loneliness Scale; Gesamtscore 20 – 80, höherer Wert deutet auf stärkere Einsamkeit hin. f: Erhoben mit der Lubben´s Social Network Scale; Gesamtscore von 0 – 60, wobei eine höhere Zahl ein höheres Maß an sozialer Unterstützung bedeutet. g: Erhoben mit dem psychological well-being score (PWS); Gesamtscore 0 – 1, 1 stellt das bestmögliche und 0 das schlechtmöglichste Wohlbefinden da. h: Aus dem Flow-Chart von Pitkala 2011 i: 12 Monate nach Baseline; Todesfälle in Intervention = 7 und in Kontrollgruppe = 16		
Abkürzungen: k. A.: keine Angaben m: männlich MW: Mittelwert N: Anzahl randomisierter (beziehungsweise eingeschlossener) Patientinnen und Patienten n: Anzahl Patientinnen und Patienten in Kategorie IQR: Interquartilsabstand SD: Standardabweichung w: weiblich		

A3.2.2.5 Bewertung endpunktübergreifende Kriterien des Verzerrungspotenziales

Die Einschätzung des Verzerrungspotenzials auf Studienebene für die Therapiestudien ist in der folgenden Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial - Therapiestudien

Studie	Adäquate Erzeugung der Randomisierungssequenz	Verdeckung der Gruppenzuteilung	Verblindung		Ergebnisunabhängige Berichterstattung	Fehlen sonstiger Aspekte	Endpunktübergreifendes Verzerrungspotenzial
			Teilnehmende Personen	Behandelnde Personen			
Angebote durch Ehrenamtliche							
Conwell 2020	ja	ja	nein	nein	nein[a]	nein[b]	hoch
Fields 2020	unklar	unklar	nein	nein	unklar[c]	ja	hoch
Heller 1991	unklar	unklar	nein	nein	unklar[d]	nein[e]	hoch
MacIntyre 1999	unklar	unklar	nein	nein	unklar[f]	ja	hoch
Onrust 2008 / 2010	ja	ja	nein	nein	unklar[g]	ja	hoch
Angebote von professionellen Akteur:innen							
Cohen-Mansfield 2018	unklar	unklar	nein	nein	unklar[h]	ja	hoch
Pynnönen 2018	ja	unklar	nein	nein	unklar[i]	ja	hoch
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	ja	ja	nein	nein	unklar[j]	ja	hoch

Erklärungen:
a: unterschiedliche Angaben im Studienprotokoll und der Veröffentlichung; im Protokoll wird ein zusätzlicher primärer Endpunkt genannt und in der Veröffentlichung werden mehr Ausschlusskriterien genannt als im Protokoll.
b: Studie wurde gestoppt bevor für alle Teilnehmer der primäre Endpunkt nach 24 Monate erhoben werden konnte, weil die Finanzierung auslief; auch die Datenerhebung nach 12 Monaten konnte aus diesem Grund nicht bei allen Teilnehmern erfolgen.
c: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll oder Registereintrag, somit nicht überprüfbar
d: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll oder Registereintrag, somit nicht überprüfbar
e: Es fehlen „20“ Patienten nach dem Messzeitpunkt T2 und es wird nicht erklärt; keine Angaben von Effektschätzern beziehungsweise Signifikanzangaben
f: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll oder Registereintrag, somit nicht überprüfbar
g: kein Verweis auf Studienprotokoll oder Registereintrag; weiter macht es den Eindruck, als ob das statistische Analyseverfahren erst nach der Datenerhebung ausgewählt wurde
h: Registereintrag vorhanden, jedoch sehr wenig Informationen enthalten, somit nicht überprüfbar
i: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll beziehungsweise Registereintrag, somit nicht überprüfbar
j: kein Hinweis auf ein Studienprotokoll beziehungsweise Registereintrag, somit nicht überprüfbar

A3.3 Verwendete Erhebnungsinstrumente

Tabelle 28: Verwendete Erhebungsinstrumente - Nutzenbewertung

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
Therapiestudien			
Conwell 2020			
Suizidalität	GSIS	Geriatric Suicide Ideation Scale	Höchstpunktzahl 31; höhere Zahl deutet auf häufige beziehungsweise intensive Selbstmordgedanken.
Depression	PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 item, total score	Gesamtscore zwischen 0 – 27; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
Angst	GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7 item, total score	Gesamtscore zwischen 0 – 21; höhere Zahl deutet auf höheres Angstlevel.
Zugehörigkeitsgefühl	INQ-Belonging	Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Belonging	9-Items, Gemessen wird ein Fehlen an Zugehörigkeitsgefühl (lack of belonging), höhere Zahl deutet auf höheren Disstress innerhalb des zwischenmenschlichen Bereichs.
empfundene Belastung für Andere	INQ-Burden	Interpersonal Needs Questionnaire, Subscale-Burden	6 Items mit einer 7-teiligen Antwortskala (1-7) Gemessen wird der Glaube für anderen eine Belastung zu sein (perception of being a burden on others), höhere Zahl deutet auf höheren Disstress innerhalb des zwischenmenschlichen Bereichs.
Fields 2020			
Einsamkeit	UCLA Loneliness Scale-3	University of California at Los Angeles Loneliness Scale	3 Items-Version; pro Item Antwortskala von 1 bis 3 (Hardly ever, some of the time, often); Gesamtscore 3 – 9, höhere Zahl deutet auf ein höheres Einsamkeitslevel hin.
soziale Unterstützung	ISEL	Interpersonal Support Evaluation List	Antwortkategorie „keine soziale Unterstützung“; je niedriger die Zahl, umso weniger Personen berichten über keine sozialen Kontakte/sozialen Support.
Heller 1991			
Depression	CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale	20 Items, Gesamtscore zwischen 0 – 60; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
Wohlbefinden	PGC	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	Summe aus 3 Subskalen 17 – 34; höhere Zahl deutet auf höheres subjektives Wohlbefinden.

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
Einsamkeit			Einsamkeitsskala entwickelt von Paloutzian und Ellison; 4-teilige Antwortskala von „oft – nie“.
Unterstützung durch Familienmitglieder	PSS-FA	Perceived Social Support Scale – Family Members	20 ja/nein Fragen; Score zwischen 20 – 40; höhere Zahl deutet auf höheres Mass an sozialer Unterstützung durch Familienmitglieder.
Unterstützung durch Freunde	PSS-FR	Perceived Social Support Scale – Friends	20 ja/nein Fragen; Score zwischen 20 – 40; höhere Zahl deutet auf höheres Mass an sozialer Unterstützung durch Freunde.
MacIntyre 1999			
selbstberichteter Gesundheitszustand	HPQ	Health Perception Questionnaire	3 Items und pro Item Antwortskala von 1 bis 4, ▪ general health (excellent (1) to poor (4)), ▪ amount of pain (a great deal (1) to none (4)), ▪ concern about health (a great deal (1) to none (4))
Lebenszufriedenheit	LSIZ	Life Satisfaction Index	13 Items, pro Item Antwortskala von 0 bis 2 (disagree, neutral, agree); Gesamtscore 0 – 26, je höher die Zahl desto zufriedenen sind die Personen mit ihrem Leben.
soziale Unterstützung	PRQ85 PartII	Personal Resource Questionnaire	5 Subdimensionen mit je 5 Items also insgesamt 25 Items, Antwortskala pro Item 1 (strongly disagree) – 7 (strongely agree). Gesamtscore von 25 – 175; höhere Zahl deutet auf ein höheres Mass an sozialer Unterstützung. Die Autoren der Studie werten den Fragebogen aber nicht nach den Vorgaben der Entwickler aus, sondern präsentieren die Werte der einzelnen Subdimension. Siehe dazu die Webseite der Entwickler: https://www.montana.edu/nursing/cweinert/instruments/prq85/index.html
Onrust 2008/2010			
Depression	CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale	20 Items, Gesamtscore zwischen 0 – 60; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
Angst	SCL-90-Anxiety	Symptom Checklist, Subscale Anxiety	10 Items, pro Item Antwortskala von 1 (not at all) bis 5 (very much), Gesamtscore für die Subskala wird durch Addieren der einzelnen Items berechnet, je höher die Zahl desto stärker die körperlichen Symptome.
Somatisierung	SCL-90-Somatization	Symptom Checklist, Subscale Somatization	12 Items, pro Item Antwortskala von 1 (not at all) bis 5 (very much), Gesamtscore für die Subskala wird durch Addieren der einzelnen Items berechnet, je höher die Zahl desto stärker die körperlichen Symptome.

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
Trauer	ICG-R	Inventory of Complicated Grief-Revised	29 Items, Gesamtscore 29 – 145; höhere Zahl deutet auf stärkere Trauer.
gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ-5D	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	5 Dimensionen, pro Dimension 3 Level möglich (no problems, some problems, extreme problems); Indexwert zwischen 0 – 1; wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellt und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand.
Cohen-Mansfield 2018			
Einsamkeit			Die Studienautoren entwickelten einen eigenen Score, um Einsamkeit zu erfassen. Der Score bildet den Mittelwert von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten ab. Die Antwortskala zur Frequenz wurde in eine 5-teilige Antwortskala umgewandelt. Bei den Erhebungsinstrumenten handelt es sich um: ▪ UCLA Loneliness Scale-8 item; pro Item Antwortskala von 1 (not at all) bis 5 (to a great extent); höhere Zahl deutet auf höheres Einsamkeitslevel. ▪ Frequency of loneliness; Frage war “How often would you say you feel lonely?”, Antwortskala von 1 (never) zu 6 (several times an hour); höhere Zahl deutet auf höheres Einsamkeitslevel. ▪ Severity of loneliness; Frage war “To what extent do you feel lonely?”; Antwortskala von 1 (not at all) zu 5 (to a very large extent); höhere Zahl deutet auf höheres Einsamkeitslevel.
Pynnönen 2018			
Depression	GDS	Geriatric Depression Scale	Instrument besteht aus 15 Fragen, welche mit ja oder nein beantwortet werden können. Punktwert von 0 oder 1 für die Antworten ist von den Entwicklern festgelegt. Antwortskala von 0-15; Bewertung: 0-5 = normal, 5-10 = leichte bis mäßige Depression und 11-15 = schwere Depression.
Melancholie			Frage war „How do you perceive your mood in general?”; Antwortmöglichkeiten waren: “almost always good”, “sometimes melancholy” und “often or almost always melancholy”.
Einsamkeit			Frage war “Do you feel lonely?”; Antwortmöglichkeiten waren: „very rarely or never“, „sometimes“ und „often or almost always”.
sozialer Zusammenhalt	SPS	Social Provisions Scale	24 Items gleichmäßig verteilt auf 6 Domänen (Verbundenheit [attachment], soziale Integration [social integration], verlässliche Beziehung [reliable alliance], Beratung [121], Zuwendung [opportunity of nurturance], Bedeutung/Wert [reassurance of

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
			worth]); Antwortskala pro Item von 1 (strongly disagree) zu 4 (strongly agree), Gesamtscore pro Domaine 4 – 16; höhere Zahl ist positiv.
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 /2011			
Mortalität			Überleben nach 24 Monaten
kognitive Leistungsfähigkeit	ADAS-COG	Alzheimer´s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale	11 Items, messen Gedächtnis, Sprache und Orientierung, Gesamtscore zwischen 0 – 70, ab 10 Punkten geht man von einer kognitiven Einschränkung aus, höhere Zahl bedeutet stärkere kognitive Einschränkungen.
Gesundheitszustand			Der Gesundheitsstatus wurde mit einer 4-teiligen Antwortskala erfasst: „feeling healthy“, „quite healthy“, „unhealthy“ und „very unhealthy“. Es wurde 2 Kategorien gebildet (dichotomisiert) = Gesund („feeling healthy“, „quite healthy“) und Krank („unhealthy“, „very unhealthy“).
Wohlbefinden	PWS	psychological well-being Score	Von den Studienautoren selbst entwickeltes Instrument, 6 Fragen können entweder mit ja/nein (Frage 1-4) oder nie oder selten/manchmal/oft oder immer (Frage 5-6) beantwortet werden, wobei für Frage 1-4 nein = 0 Punkte und ja = 1 Punkt bedeutet; für Frage 5-6 bedeutet oft oder immer = 0 Punkte, manchmal = 0,5 Punkte und nie oder selten = 1 Punkt; Gesamtscore (0 – 1) wird berechnet indem die Gesamtpunktzahl durch die Anzahl der beantworteten Fragen geteilt wird; 1 stellt das bestmögliche und 0 das schlechtmöglichste Wohlbefinden da: ▪ „life satisfaction“ ▪ „feeling needed“ ▪ “having plans for the future” ▪ “having zest for life” ▪ “feeling depressed” ▪ “suffering from loneliness”
gesundheitsbezogene Lebensqualität	15D	Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	15 Items mit je 5 Antwortmöglichkeiten, Indexwert zwischen 0 -1; wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellt und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand.
Einsamkeit	UCLA Loneliness Scale	University of California at Los Angeles Loneliness Scale – 20 Items	20 Items und pro Item Antwortskala von 1 bis 4, Gesamtscore (20 – 80) wird durch Addition berechnet; höhere Zahl deutet auf ein höheres Level an Einsamkeit.

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
soziale Unterstützung	LSNS	Luben´s Social Network Scale	12 Items und pro Item Antwortskala von 0 bis 5; Gesamtscore von 0 – 60, wobei eine höhere Zahl ein höheres Maß an sozialer Unterstützung bedeutet.
Präventionsstudien			
Chan 2017			
mentale Gesundheit	MHI-18	Mental Health Inventory-18 Items	Erfasst mehrere Bereiche der psychischen Gesundheit, Subskala Angst (Bereich 0-100, höherer Wert = weniger Angst); Subskala Depression (Bereich 0-100, höherer Wert = weniger Depression); Subskala Verhaltenskontrolle (Bereich 0-100, höherer Wert = bessere Verhaltenskontrolle); Subskala Positiver Affekt (Bereich 0-100, höherer Wert = besserer positiver Affekt); MHI-18 Gesamtscore (Bereich 0-100, höherer Wert = bessere mentale Gesundheit).
gesundheitsbezogene Lebensqualität	SF-12	12-Item Short Form Health Survey	Erhoben mit der Kurzform des Gesundheitsfragebogen (12-Item Short Form Health Survey); die nach einem Auswertungsalgorithmus errechneten Rohwerte werden auf eine 0-100 Skala transformiert, ein höherer Score entspricht dabei einem besseren Gesundheitszustand.
Einsamkeit	De Jong Gierveld LS	De Jong Gierveld loneliness scale	Emotionale Einsamkeitsskala von 0 bis 6 bewertet, höhere Werte eine größere Einsamkeit anzeigen.
Selbstwertgefühl		Rosenberg self-esteem scale	10-Items mit je einer 4-teiligen Antwortskala. Höhere Werte deuten auf ein höheres Selbstwertgefühl.
soziale Unterstützung	SSQ6	Social Support Questionnaire - Short Form	Fragebogen mit sechs Items, jedes Item enthält eine Frage mit zwei Teilen: erstens die Anzahl der Personen, mit denen man in Kontakt steht, und zweitens den Grad der vom Probanden wahrgenommenen Zufriedenheit mit der Unterstützung durch diese Personen. Spanne von 6 – 24, höhere Werten deuten auf höhere Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung.
soziales Netzwerk	LSNS-6	Luben´s Social Network Scale-6 Items	Spanne 0 – 30, höhere Werte deuten auf ein besseres soziales Netzwerk.
Hind 2014 / Mountain 2014			
Mentale Gesundheit	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogen (SF-36) – Dimension „mentale Gesundheit“ (5 Fragen); Skala von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
körperliche Funktionsfähigkeit	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „körperliche Funktionsfähigkeit“ = 10 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
körperliche Rollenfunktion	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „körperliche Rollenfunktion“ = 4 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
körperliche Schmerzen	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „körperliche Schmerzen“ = 2 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
Vitalität	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „Vitalität“ = 4 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
allgemeiner Gesundheitszustand	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „allgemeiner Gesundheitszustand“ = 5 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
soziale Funktionsfähigkeit	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „soziale Funktionsfähigkeit“ = 2 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
emotionale Funktionsfähigkeit	SF-36	36-Item Short Form Health Survey	Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „emotionale Funktionsfähigkeit“ = 3 Fragen Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
	EQ-5D	EuroQol 5-Dimension Utility Score	Skala von -0,56 bis 1,00 (guter Gesundheitszustand).

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
gesundheitsbezogene Lebensqualität / Gesundheitszustand	EQ-5D VAS	visuelle Analogskala (VAS) des EQ-5D	Skala von 0 (schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand) bis 100 (bester vorstellbarer Gesundheitszustand).
Einsamkeit	De Jong Gierveld LS	De Jong Gierveld Loneliness Scale	Emotionale Einsamkeitsskala von 0 bis 6 bewertet, höhere Werte eine größere Einsamkeit anzeigen. Sozialen Einsamkeit von 0 bis 5 bewertet, wobei höhere Werte eine stärkere Einsamkeit anzeigen. De Gesamtskala der Einsamkeit von 0 bis 11 bewertet, wobei höhere Werte mehr Einsamkeit anzeigen.
Depression	PHQ-9	Patient Health Questionnaire (PHQ)-9	Spanne von 0 bis 27 gemessen, wobei höhere Werte auf schwerere depressive Symptome hinweisen.
Wohlbefinden	ONS	Office for National Statistics (ONS)	Misst das subjektive Wohlbefinden auf einer Skala von 0 bis 40, wobei höhere Werte auf ein hohes subjektives Wohlbefinden hinweisen.
allgemeine Selbstwirksamkeits-erwartung	GSE	General Self-Efficacy-Skala	Von 10 bis 40 gemessen, wobei höhere Werte auf eine größere wahrgenommene Selbstwirksamkeit hinweisen.
Ristolainen 2020			
gesundheitsbezogene Lebensqualität	WHO-QOL-Bref	World Health Organization Quality of Life – Kurzform	Unterteilbar in vier Domänen: körperliche Gesundheit (DOM1), psychische Gesundheit (DOM2), soziale Beziehungen (DOM3), und Umwelt (DOM4), 5-Punkte-Likert-Skala, 0-100-Skala: ein höherer Wert bedeutet eine höhere LQ.
Einsamkeit	UCLA LS-12	University of California at Los Angeles Loneliness Scale	Erhoben mit der finnischen Übersetzung -12 Item; Spanne von 1 – 4; höhere Werte zeigen größere Einsamkeit.
		„Do you feel lonely?“	5 Antwortmöglichkeiten (nie, sehr selten, manchmal, oft, immer); keine Angaben zur Operationalisierung.
Vertrauen in Personen			Aussagen lauteten: „In our society, people can trust one another.” (Vertrauen) und “In our society, it is best to not trust anyone.” (Mistrauen); 5 Antwortmöglichkeiten von “I completely agree” bis “I completely disagree.”
Vertrauen in Institutionen			Aussagen lautetet: „In our society, people can trust…” i) the government and public authority, ii) public healthcare, iii) public social care, iv) a court of law, v) police und

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
			vi) municipal decision-making; 5 Antwortmöglichkeiten von “I completely agree” bis “I completely disagree.”
Saito 2012			
Depression	GDS	Geriatric Depression Scale	Spanne von 0 – 15, Antwortskala von Entwicklern festgelegt: Bewertung: 0-5 = normal, 5-10 = leichte bis mäßige Depression und 11-15 = schwere Depression
Lebenszufriedenheit	LSI-A	japanischen Version des Life Satisfaction Index	10-Items; Spanne von 10 – 30, höherer Wert weist auf ein höheres Wohlbefinden hin.
Einsamkeit	AOK LS	Ando-Osada-Kodama loneliness scale	Spanne von 10 – 20; höhere Werte weisen auf ein höheres Level an Einsamkeit hin.
Soziale Unterstützung			Erhoben durch vier Items, die sich auf die emotionale Unterstützung bezogen, und vier Items, die sich auf die instrumentelle Unterstützung bezogen, die von z. B. Familienmitglieder, Kinder, die getrennt vom Teilnehmer leben, Verwandte, Freunde oder Nachbarn bezieht. Bewertung pro Item mit 0 (keine Unterstützung) oder 1 (Unterstützung); Spanne 0 bis 8, höhere Werte deuten auf mehr soziale Unterstützung.
soziales Netzwerk			Ein Item, welche die Häufigkeit des persönlichen Kontakts mit Freunden oder Nachbarn auf einer Skala von 1 (kein Kontakt) bis 6 (Kontakt mehr als zweimal pro Woche) bewertet.
soziale Aktivitäten			Häufigkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten wie Nachbarschaftsveranstaltungen, kommerziellen Veranstaltungen, Hobbygruppe oder religiösen Gruppe von 1 (nicht (keine Teilnahme) bis 6 (Teilnahme mehr als zweimal pro Woche).
Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere			Die Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere wurde erfasst, in dem den Betroffenen eine Liste von 8 Dienstleistungen unterschiedlichen Anbieter vorgelegt wurde und gefragt, ob Sie diese Leistungen kennen; für jede bekannte Dienstleistung gab es einen Punkt, Spanne von 0 – 8.
Shvedko 2020			
Depression	HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	7 Items; Spanne von 0 – 21; Bewertung: 0–7 unauffällig, 8–10 suspekt, >10 auffällig.

Endpunkt(e)	Abkürzung	Auflösung	Bedeutung / Erklärung
Angst	HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	7-Items; Spanne von 0 – 21; Bewertung: 0–7 unauffällig, 8–10 suspekt, >10 auffällig.
Einsamkeit	UCLA LS8	University of California at Los Angeles Loneliness Scale-8 Item	Spanne von 8 – 32, höhere Werte deuten auf ein höheres Level an Einsamkeit.
soziale Unterstützung	MOSSSS	Medical Outcomes Study Social Support Survey	Spanne von 0 – 100, höhere Werte deuten auf mehr soziale Unterstützung hin.
soziales Netzwerk	LSNS-6	Luben´s Social Network Scale-6 Items	Spanne 0 – 30, höhere Werte deuten auf ein besseres soziales Netzwerk.
Zufriedenheit mit sozialen Kontakten			Frage war: „How satisfied are you with your social contacts?"; keine Angaben zu den Antwortmöglichkeiten, daher unklar, wie die berichteten Zahlen zu bewerten sind.
Selbstwirksamkeit für Bewegung	SEE	Self-Efficacy for Exercise Scale	9 Items; Antwortskala pro Item von 0 (not confident) bis 10 (very confident).
Zhang 2019			
soziale Unterstützung	SSRS	Social Support Rating Scale	10 Items; Gesamtpunktzahl von 12 bis 66; höhere Punktzahl = höheres Maß an sozialer Unterstützung. SSRS ≤22 gilt als schlechte soziale Unterstützung, SSRS zwischen 23 und 44 als mäßige soziale Unterstützung und SSRS zwischen 45 und 66 als Hinweis auf ausreichende soziale Unterstützung.

A3.4 Ergebnisse der Nutzenbewertung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnistabellen für die zielgruppenrelevanten Endpunkte dargestellt. Die Endpunkte wurden inhaltlich passend gruppiert. Die Ergebnistabellen wurden nicht getrennt für die Studienarten und Interventionen erstellt; man kann den Tabellen jedoch entnehmen, ob es sich um Präventions- oder Therapiestudien handelt.

Die Darstellung der Endpunkte erfolg alphabelisch geordnet.

A3.4.1 Depression und Angst

Tabelle 29: Ergebnisse - Depression und Angst

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Depressionen												
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014[a]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[b]**	**95 %-KI**		
Intervention	2,9	3,6	35/35	3,1	4	26/35	-	-	-1,3	-2,6 – 0	-	-
Kontrolle	3,3	4,8	35/35	3,6	4,6	30/35	-	-				
Saito 2012[c]				**8 Monate nach Baseline**			**MW-Differenz**					
Intervention	4,6	3,5	20/21	-	-	-	-0,4[d]	-	-	-	-	-
Kontrolle	5,0	3,2	40/42	-	-	-	-	-				
Shvedko 2020[e]				**3 Monate nach Baseline**					**Differenz[f]**	**95 %-KI**		
Intervention	-	-	-	6,5	3,0	12/12	-	-	1,0	-1,8 – 3,9	-	-
Kontrolle	-	-	-	5,5	3,8	13/13	-	-				
Therapiestudien												
Conwell 2020[g]				**12 Monate nach Baseline**								
		SE			**SE**				**ß[h]**	**95 %-KI**	**p-Wert**	
Intervention	8,67	0,91	190/190	6,34	0,90	124/190	-	-	1,01	-0,02 – 2,05	*0,05*	-
Kontrolle	8,28	0,91	179/179	6,96	0,94	131/179	-	-				
Heller 1991[i]				**7 ½ Monate nach Baseline**								
Intervention[j]			N = 291									
Dyad initiators[k]	31,1	8,4	49	31,3	10,1	49	-	-	keine Zwischengruppenvergleiche			
Dyad receivers[l]	31,6	6,8	49	30,5	7,6	49	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Staff continues[m]	32,0	9,2	49	31,2	9,3	49	-	-				
Dyad refusers[n]	33,0	8,8	27	32,5	9,7	27	-	-				
Contact discontinued[o]	29,7	6,5	49	28,9	5,6	49	-	-				
Kontrolle	32,8	8,3	53	30,4	7,1	53	-	-				
Onrust 2008/ 2010[p]				**12 Monate nach Baseline**			**d[q]**	**SE**		**t-Test**	**p-Wert**	**Δd[r]**
Intervention	17,1	9,4	110/110	13,1	7,3	91/110	0,43	0,06	-	1,51	0,150	0,11
Kontrolle	16,2	9,1	106/106	13,5	7,9	94/106	0,29	0,07				
Pynnönen 2018[s]				**6 Monate nach Baseline**							**p-Wert[t]**	
Intervention	3,91	2,71	129/129	3,73	2,86	105/129	-	-	-	-	0,885	-
Kontrolle	3,47	2,33	128/128	3,32	2,61	118/128	-	-				
Angst												
Präventionsstudien												
Shvedko 2020[u]				**3 Monate nach Baseline**					**Differenz[v]**	**95 %-KI**		
Intervention	-	-	-	6,9	3,3	12/12	-	-	-0,5	-3,4 – 2,5	-	-
Kontrolle	-	-	-	7,4	3,7	13/13	-	-				
Therapiestudien												
Conwell 2020[w]				**12 Monate nach Baseline**								
		SE			**SE**				**ß[x]**	**95 %-KI**	**p-Wert**	
Intervention	8,08	1,02	190/190	6,56	1,02	124/190	-	-	1,23	0,15 – 0,32	*0,03*	-
Kontrolle	7,86	1,04	179/179	7,58	1,11	131/179	-	-				
Onrust 2008/ 2010[y]				**12 Monate nach Baseline**			**d[z]**	**SE**		**t-Test**	**p-Wert**	**Δd[a]**
Intervention	13,8	4,4	110/110	13,1	3,5	91/110	0,15	0,07	-	0,82	0,425	0,07
Kontrolle	13,5	5,5	106/106	13,2	3,8	94/106	0,08	0,06				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung
SE: Standardfehler

Erklärungen:
a: Erhoben mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ)-9: Spanne von 0 bis 27, wobei höhere Werte auf schwerere depressive Symptome hinweisen.
b: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht
c: Erhoben mit der Geriatric Depression Scale (GDS); Spanne von 0 – 15, Antwortskala von Entwicklern festgelegt: Bewertung: 0-5 = normal, 5-10 = leichte bis mäßige Depression und 11-15 = schwere Depression
d: Laut den Autoren waren die Änderungen statistisch nicht signifikant.
e: Erhoben mit der Depressionsskala (7-Items) der Hospital Anxiety and Depression Scale; Spanne von 0 – 21; Bewertung: 0–7 unauffällig, 8–10 suspekt, >10 auffällig
f: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse); Laut den Autoren waren die Änderungen zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.
g: Erhoben mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ)-9; Gesamtscore zwischen 0 – 27; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
h: Interaktionseffekt (Gruppenzugehörigkeit und Zeit) mittels gewichteter generalisierter Schätzgleichungen (weighted generalized estimating equations (WGEE))
i: Erhoben mit der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D); Gesamtscore zwischen 0 – 60; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
j: Teilnehmer in der Interventionsgruppe; nach den ersten 10 Wochen wurde die Interventionsgruppe in unterschiedliche Gruppen randomisiert
k: Dyad initiators: Teilnehmer erklärten sich bereit andere Studienteilnehmer anzurufen
l: Dyad receivers: Teilnehmer erklärten sich bereit, Telefonanrufe von anderen Studienteilnehmern anzunehmen
m: Staff continues: Teilnehmer wurden weiter vom Studienpersonal angerufen
n: Dyad refusers: Teilnehmer wurden ursprünglich in die Gruppen der „Initiators“ beziehungsweise „Receivers“ randomisiert, erklärten sich aber nicht bereit daran teilzunehmen. Sie wurden dann weiterhin vom Studienpersonal angerufen
o: Contact discontinued: Teilnehmer fungierten als weitere Kontrollgruppe; Sie haben in den ersten 10 Wochen Anrufe durch das Studienpersonal erhalten, für den restlichen Verlauf der Studie (20 Wochen) wurden sie nicht mehr kontaktiert.
p: Erhoben mit der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D); Gesamtscore zwischen 0 – 60; höhere Zahl deutet auf höheres Depressionslevel.
q: Gruppeninterne Effektstärke; Berechnet als Cohen`s d ($[MW_{\text{nach 6 Monaten}} - MW_{\text{Baseline}}]/SD_{\text{Baseline}}$).

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke

r: Δ = Differenz; zusätzlicher Effekt der Intervention ($d_{Intervention}$ - $d_{Kontrolle}$). Die Studienautoren empfehlen die Interpretation nach Lipsey und Wilson: <0.32 = kleiner Effekt, 0,32 – 0,55 = mittlerer Effekt, >0,55 = großer Effekt.
s: Erhoben mit der Geriatric Depression Scale (GDS), Antwortskala von 0-15; Bewertung: 0-5 = normal, 5-10 = leichte bis mäßige Depression und 11-15 = schwere Depression
t: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
u: Erhoben mit der Angstskala (7-Items) der Hospital Anxiety and Depression Scale; Spanne von 0 – 21; Bewertung: 0–7 unauffällig, 8–10 suspekt, >10 auffällig
v: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse); Laut den Autoren waren die Änderungen zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.
w: Erhoben mit dem Generalized Anxiety Disorder-7 item (GAD-7); Gesamtscore zwischen 0 – 21; höhere Zahl deutet auf höheres Angstlevel.
x: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse); Laut den Autoren waren die Änderungen zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.
y: Erhoben mit der Subskala Anxiety der Symptom Checklist; 10 Items, Gesamtscore für die Subskala wird durch Addieren der einzelnen Items berechnet, je höher die Zahl desto stärker die körperlichen Symptome.
z: Gruppeninterne Effektstärke; Berechnet als Cohen`s d ([$MW_{nach\ 6\ Monaten}$ - $MW_{Baseline}$]/$SD_{Baseline}$).
aa: Δ = Differenz; zusätzlicher Effekt der Intervention ($d_{Intervention}$ - $d_{Kontrolle}$). Die Studienautoren empfehlen die Interpretation nach Lipsey und Wilson: <0.32 = kleiner Effekt, 0,32 – 0,55 = mittlerer Effekt, >0,55 = großer Effekt.

A3.4.2 Einsamkeit

Tabelle 30: Ergebnisse - Einsamkeit

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Einsamkeit												
Präventionsstudien												
Chan 2017[a]				**6 Monate nach Baseline**					**B[b]**	**95% KI**	**p-Wert**	**Cohen´s d**
Intervention	3,8	2,1	24/24	1,9	1,8	24/24	-	-	-1,32	-2,54 - - 0,11	*0,033*	0,60
Kontrolle	3,2	1,8	22/22	2,7	1,6	22/22	-	-				
Hind 2014 / Mountain 2014[c]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[g]**	**95 %-KI**		
emotionale Einsamkeit[d]												
Intervention	1,9	1,8	34/35	2,2	2	26/35	-	-	0	-0,6 – 0,6	-	-
Kontrolle	2,3	2	35/35	2,2	1,9	30/35	-	-				
soziale Einsamkeit[e]												
Intervention	1,4	1,7	35/35	1,3	1,9	25/35	-	-	0,3	-0,2 – 0,8	-	-
Kontrolle	1,7	1,8	35/35	1,2	1,5	30/35	-	-				
Einsamkeit gesamt[f]												
Intervention	3,3	3,1	34/35	3,5	3,4	26/35	-	-	0,6	-0,4 – 1,6	-	-
Kontrolle	4	3,5	35/35	3,3	2,9	30/35	-	-				
Ristolainen 2020				**6 Monate nach Baseline**							**p-Wert[j]**	**Cohen´s d**
Einsamkeitsskala[h]												
Intervention	2,0	0,6	159/185	1,9	0,6	159/185	-	-	-	-	0,33	0,11
Kontrolle	1,9	0,6	186/207	1,9	0,6	186/207	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
„Sind Sie einsam?“[i]												
Intervention	3,0	0,9	159/185	2,7	1,0	159/185	-	-	-	-	0,301	0,12
Kontrolle	3,0	1,0	186/207	2,8	1,0	186/207	-	-				
Saito 2012[k]	**8 Monate nach Baseline**										**p-Wert**[l]	
Intervention	12,1	2,7	20/21	11,1	-	21/21	-	-	-	-	*0,011*	-
Kontrolle	11,9	2,6	40/42	12,3	-	40/42	-	-				
Shvedko 2020[m]	**3 Monate nach Baseline**								**Differenz**[n]	**95 %-KI**		
Intervention	-	-	-	18,1	5,2	12/12	-	-	-0,5	-4,8 – 3,8	-	-
Kontrolle	-	-	-	18,6	5,2	13/13	-	-				
Therapiestudien												
Fields 2020[o]	**2 Monate nach Baseline**											
oft oder manchmal einsam	**Anteil in %**			**Anteil in %**				**p-Wert**[p]	**Odds-Ratio**[q]	**95% KI**		
Intervention	92		38/44	88		27/44	-	1,0	1,37	0,10 – 15,62	-	-
Kontrolle	67		32/39	66		30/39	-	1,0				
Heller 1991[r]	**7 ½ Monate nach Baseline**								keine Zwischengruppenvergleiche			
Intervention[s]			N = 291									
Dyad initiators[t]	13,1	2,7	49	12,9	3,3	49	-	-				
Dyad receivers[u]	13,6	3,2	49	12,8	2,8	49	-	-				
Staff continues[v]	13,6	3,5	49	13,3	3,5	49	-	-				
Dyad refusers[w]	13,4	4,3	27	12,9	3,4	27	-	-				
Contact discontinued[x]	12,9	2,7	49	11,8	3,1	49	-	-				
Kontrolle	14,2	2,9	53	12,7	2,9	53	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Cohen-Mansfield 2018[y]				**9 Monate nach Baseline**					**F-Test[z]**		**p-Wert**	
Intervention	3,05	0,74	35/45	2,72	0,67	35/45	-	-	F[1,61] =4,379	-	*< 0,05*	-
Kontrolle	2,92	1,05	28/44	2,92	0,88	28/44	-	-				
Pynnönen 2018[aa]				**6 Monate nach Baseline**							**p-Wert[bb]**	
nie / sehr selten	**Anteil in %**			**Anteil in %**								
Intervention	33,3	-	-	53,3	-	-	-	-	-	-	0,578	-
Kontrolle	30,5	-	-	48,3	-	-	-	-				
manchmal												
Intervention	52,4	-	-	36,2	-	-	-	-				
Kontrolle	55,9	-	-	39,0	-	-	-	-				
oft / fast immer												
Intervention	14,3	-	-	10,5	-	-	-	-				
Kontrolle	13,6	-	-	12,7	-	-	-	-				
Einsamkeit[cc]				**18 Monate nach Baseline**								
Intervention	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,896	-
Kontrolle	-	-	-	-	-	-	-	-				
Routasalo 2009/ Pitkala 2009/ 2011[dd]				**6 Monate nach Baseline**								
Intervention	-	-	117/117	-	-	113/117	-	-	keine Änderungen[ee]			
Kontrolle	-	-	118/118	-	-	107/118	-	-				

Abkürzungen:
adj.: adjustiert
KI: Konfidenzintervall

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke

MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Erklärungen:
a: Erhoben mit der De Jong Gierveld loneliness scale – 6 Items; Spanne von 0 (least lonely) bis 6 (most lonely).
b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
c: Erhoben mit der De Jong Einsamkeitsskala
d: emotionale Einsamkeitsskala von 0 bis 6 bewertet, höhere Werte eine größere Einsamkeit anzeigen.
e: sozialen Einsamkeit von 0 bis 5 bewertet, wobei höhere Werte eine stärkere Einsamkeit anzeigen.
f: Gesamtskala der Einsamkeit von 0 bis 11 bewertet, wobei höhere Werte mehr Einsamkeit anzeigen.
g: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht
h: Erhoben mit der finnischen Übersetzung der University of California at Los Angeles Loneliness Scale-12 Item; Spanne von 1 – 4; höhere Werte zeigen größere Einsamkeit.
i: Frage war „Do you feel lonely?“, 5 Antwortmöglichkeiten (nie, sehr selten, manchmal, oft, immer); keine Angaben zur Operationalisierung.
j: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
k: Erhoben mit der Ando-Osada-Kodama (AOK) loneliness scale; Spanne von 10 – 20; höhere Werte weisen auf ein höheres Level an Einsamkeit hin.
l: lineare gemischte Modelle für abhängige Variablen; Laut Autoren waren die Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch signifikant.
m: Erhoben mit der University of California at Los Angeles Loneliness Scale-8 Item (UCLA LS-8); Spanne von 8 – 32, höhere Werte deuten auf ein höheres Level an Einsamkeit.
n: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse); Laut den Autoren waren die Änderungen zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.
o: Erhoben mit UCLA Loneliness Scale, 3 Items-Version, Antwortkategorie „einsam“; je niedriger die Zahl, umso weniger Personen bezeichnen sich als einsam.
p: Intragruppenvergleich
q: adjustiert für Baseline Einsamkeitswerte
r: Erhoben mit einer Einsamkeitsskala entwickelt von Paloutzian und Ellison; 4-teilige Antwortskala von „oft – nie“
s: Teilnehmer in der Interventionsgruppe; nach den ersten 10 Wochen wurde die Interventionsgruppe in unterschiedliche Gruppen randomisiert
t: Dyad initiators: Teilnehmer erklärten sich bereit andere Studienteilnehmer anzurufen
u: Dyad receivers: Teilnehmer erklärten sich bereit, Telefonanrufe von anderen Studienteilnehmern anzunehmen
v: Staff continues: Teilnehmer wurden weiter vom Studienpersonal angerufen

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke
w: Dyad refusers: Teilnehmer wurden ursprünglich in die Gruppen der „Initiators“ beziehungsweise „Receivers“ randomisiert, erklärten sich aber nicht bereit daran teilzunehmen. Sie wurden dann weiterhin vom Studienpersonal angerufen x: Contact discontinued: Teilnehmer fungierten als weitere Kontrollgruppe; Sie haben in den ersten 10 Wochen Anrufe durch das Studienpersonal erhalten, für den restlichen Verlauf der Studie (20 Wochen) wurden sie nicht mehr kontaktiert. y: Die Studienautoren entwickelten einen eigenen Score, um Einsamkeit zu erfassen. Der Score bildet den Mittelwert von drei verschiedenen Erhebungsinstrumenten ab, alle mit Antwortskala von 1 bis 5; höherer Wert deutet auf höheres Einsamkeitslevel. z: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse), F-Test aa: Frage war “Do you feel lonely?”; Antwortmöglichkeiten waren: „very rarely or never“, „sometimes“ und „often or almost always”. bb: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)). cc: Werte für den Endpunkt Einsamkeit 18 Monate nach Baseline werden nur in einer Grafik dargestellt und sind nicht fehlerfrei ablesbar; p-Werte hingegen werden angegeben. dd: Erhoben mit der UCLA Loneliness Scale, Gesamtscore (20 – 80); höhere Zahl deutet auf ein höheres Level an Einsamkeit. ee: In der Veröffentlichung von Routasalo 2009 werden für den Endpunkt „Einsamkeit“ keine Zahlen genannt, sondern nur eine Abbildung gezeigt und geschrieben, dass es keine Veränderungen zu Baseline gegeben hat.									

A3.4.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Tabelle 31: Ergebnisse - gesundheitsbezogene Lebensqualität

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Präventionsstudien												
Chan 2017[a]				**6 Monate nach Baseline**					**B[b]**	**95 %-KI**	**p-Wert**	
SF-12 – körperlicher Summenscore[c]												
Intervention	41,4	9,7	24/24	47,4	9,0	24/24	-	-	4,23	-1,10 – 9,57	0,120	-
Kontrolle	43,2	8,8	22/22	45,7	11,2	22/22	-	-				
SF-12 – mentaler Summenscore[d]												
Intervention	52,3	10,0	24/24	54,2	8,2	24/24	-	-	-2,07	-7,65 – 3,52	0,468	-
Kontrolle	51,9	8,2	22/22	55,5	7,5	22/22	-	-				
Hind 2014 / Mountain 2014				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[e]**	**95% KI**		
EQ-5D Index[f]												
Intervention	0,73	0,29	35/35	0,73	0,35	26/35	-	-	0,02	-0,05 – 0,09	-	-
Kontrolle	0,73	0,24	35/35	0,71	0,27	29/35	-	-				
SF-36 - körperlicher Summenscore[c, g]												
Intervention	43,8	10,5	35/35	43,5	10,9	26/35			4,5	1,4 – 7,5	-	-
Kontrolle	43,7	11	35/35	38,3	11,5	30/35						
SF-36 - mentaler Summenscore[d, g]												
Intervention	54,1	9,1	35/35	53,9	9,8	26/35			4,7	2 – 7,5	-	-
Kontrolle	51,3	12,5	35/35	49,7	11,5	30/35						

Endpunkte **Studien**	**Werte Studienbeginn**			**Werte Studienende**			**Änderung verglichen zu Studienbeginn**		**Intervention vs. Vergleich**			
	MW	**SD**	**n / N**	**MW**	**SD**	**n / N**			**Teststatistik**			**Effektstärke**
Ristolainen 2020				**6 Monate nach Baseline**								**Cohen´s d**
Lebensqualität gesamt[h]												
Intervention	61,8	13,3	159/185	62,2	13,4	159/185	-	-	-	-	-	0,05
Kontrolle	60,9	13,3	186/207	60,7	13,9	186/207	-	-				
Domaine: körperliche Gesundheit												
Intervention	59,8	16,8	159/185	59,7	16,9	159/185	-	-	-	-	-	0,03
Kontrolle	57,0	17,7	186/207	56,2	19,3	186/207	-	-				
Domaine: psychische Gesundheit												
Intervention	59,6	16,9	159/185	59,2	16,5	159/185	-	-	-	-	-	0,07
Kontrolle	59,6	16,2	186/207	60,0	15,6	186/207	-	-				
Domaine: soziale Beziehung												
Intervention	62,6	19,4	159/185	62,9	18,5	159/185	-	-	-	-	-	0,12
Kontrolle	62,8	20,5	186/207	61,5	21,4	186/207	-	-				
Domaine: Umwelt												
Intervention	64,7	14,9	159/185	66,6	14,8	159/185	-	-	-	-	-	0,06
Kontrolle	63,8	17,2	186/207	64,7	15,8	186/207	-	-				
Therapiestudien												
Onrust 2008/ 2010[i]				**12 Monate nach Baseline**								
		SE			**SE**		**cs**[j]	**SE**		**t-Test**	**p-Wert**	**Δcs**[k]
Intervention	0,76	0,25	110/110	0,80	0,18	91/110	0,04	0,02	-	1,29	0,215	0,33
Kontrolle	0,83	0,18	106/106	0,81	0,21	94/106	-0,01	0,02				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Routasalo 2009/ Pitkala 2009/ 2011[l]				12 Monate nach Baseline			MW-Änderung	95% KI	t-Test[m]	df	p-Wert	
Intervention	-	-	117/117	-	-	110/117	0,008	-0,006 – 0,022	2,0	159	*0,047*	-
Kontrolle	-	-	118/118	-	-	98/118	-0,015	-0,033 – 0,003				

Abkürzungen:
df: Anzahl der Freiheitsgrade (number of degrees of freedom)
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung
SE: Standardfehler

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (12-Item Short Form Health Survey); die nach einem Auswertungsalgorithmus errechneten Rohwerte werden auf eine 0-100 Skala transformiert, ein höherer Score entspricht dabei einem besseren Gesundheitszustand.
b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
c: Körperlicher Summenscore wird aus den Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen und allgemeiner Gesundheitszustand gebildet.
d: Mentaler Summenscore wird aus den Dimensionen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden gebildet.
e: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht.
f: Erhoben mit dem EuroQol 5-Dimension (EQ-5D) Utility Score; Indexwert zwischen 0 – 1; wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellt und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand.
g: Erhoben mit dem Gesundheitsfragebogen (36-Item Short Form Health Survey); die nach einem Auswertungsalgorithmus errechneten Rohwerte werden auf eine 0-100 Skala transformiert, ein höherer Score entspricht dabei einem besseren Gesundheitszustand.
h: Erhoben mit dem World Health Organization Quality of Life – Kurzform; unterteilbar in vier Domänen: körperliche Gesundheit (DOM1), psychische Gesundheit (DOM2), soziale Beziehungen (DOM3), und Umwelt (DOM4), 5-Punkte-Likert-Skala, 0-100-Skala: ein höherer Wert bedeutet eine höhere LQ.

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke
i: Erhoben mit dem EQ-5D Index: Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Indexwert zwischen 0 – 1; wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellt und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand. j: Gruppeninterne Effektstärke, Berechnet auf Basis der Rohdaten (raw change score) k: Δ = Differenz; zusätzlicher Effekt der Intervention; Berechnet auf Basis der Rohdaten, kontrolliert für Baselinewerte von Lebensqualität und Einsamkeit. l: Erhoben mit dem 15D-Fragebogen, Indexwert zwischen 0 - 1; wobei 1 den bestmöglichen Gesundheitszustand darstellt und 0 den schlechtmöglichsten Gesundheitszustand. m: t-Test für unabhängige Stichproben									

A3.4.4 Kognitive Leistungsfähigkeit

Tabelle 32: Ergebnisse - kognitive Leistungsfähigkeit

Endpunkte Studien	**Werte Studienbeginn**			**Werte Studienende**			**Änderung verglichen zu Studienbeginn**			**Intervention vs. Vergleich**	
	MW	**SD**	**n / N**	**MW**	**SD**	**n / N**				**Teststatistik**	**Effektstärke**
Therapiestudien											
Routasalo 2009/ Pitkala 2009/ 2011[a]				**3 Monate nach Baseline**			**MW-Änderung**	**95% KI**	**Effektstärke Cohen´s d**	**F-Test[b]**	**p-Wert**
Intervention	9,5	6,0	117	-	-	110	-2,6	-3,4 - -1,8	0,43	F(1;167,8) = 5,23	*0,023*
Kontrolle	9,2	5,3	118	-	-	97	-1,6	-2,2 - -1,0	0,30		
Interventionsgruppe: Kunst											
Intervention	9,0	4,8	47	-	-	?	-2,4	-3,5 - -1,3	0,50	F(1;47,2) = 1,88[c]	0,17
Kontrolle	9,8	5,4	48	-	-	?	-1,8	-2,9 - -0,8	0,33		
Interventionsgruppe: Bewegung											
Intervention	11,6	7,5	46	-	-	?	-3,2	-4,7 - -1,7	0,43	F(1;72,7) = 0,28[c]	0,60
Kontrolle	8,8	5,7	46	-	-	?	-1,6	-2,6 - -0,5	0,28		
Interventionsgruppe: therapeutisches Schreiben											
Intervention	6,6	3,3	24	-	-	?	-1,7	-2,7 - -0,7	0,52	F(1;33,6) = 4,49[c]	*0,033*
Kontrolle	9,0	3,9	24	-	-	?	-1,2	-2,7 – 0,3	0,31		

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke
Erklärungen: a: Erhoben mit der Alzheimer´s Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-COG), Gesamtscore zwischen 0 – 70, ab 10 Punkten geht man von einer kognitiven Einschränkung aus, höhere Zahl bedeutet stärkere kognitive Einschränkungen. b: Kovarianzanalyse (ANCOVA) mittels F-Test, Baseline-Werte und Studienort als Kovariate. c: Kovarianzanalyse (ANCOVA) mittels F-Test; Baseline-Werte als Kovariate.									

A3.4.5 Körperliche Funktionsfähigkeit

Tabelle 33: Ergebnisse - körperliche Funktionsfähigkeit

Endpunkte **Studien**	**Werte Studienbeginn**			**Werte Studienende**			**Änderung verglichen zu Studienbeginn**		**Intervention vs. Vergleich**			
	MW	**SD**	**n / N**	**MW**	**SD**	**n / N**			**Teststatistik**			**Effektstärke**
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[b]**	**95 %-KI**		
Körperliche Funktionsfähigkeit[a]												
Intervention	65,6	27,4	35/35	60,3	29,9	26/35	-	-	5	-0,9 – 10,9	-	-
Kontrolle	67	27,3	35/35	56	29,9	30/35	-	-				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Dimension „körperliche Funktionsfähigkeit“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
b: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht.

A3.4.6 Körperliche Rollenfunktion

Tabelle 34: Ergebnisse - körperliche Rollenfunktion

Endpunkte **Studien**	**Werte Studienbeginn**			**Werte Studienende**			**Änderung verglichen zu Studienbeginn**		**Intervention vs. Vergleich**			
	MW	**SD**	**n / N**	**MW**	**SD**	**n / N**			**Teststatistik**			**Effektstärke**
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014	**6 Monate nach Baseline**								**adj. Differenz[b]**	**95 %-KI**		
Körperliche Rollenfunktion[a]												
Intervention	71,3	25,2	35/35	72,6	24,7	26/35	-	-	20,2	9,9 – 30,6	-	-
Kontrolle	73,6	25,3	35/35	55,4	27,6	30/35	-	-				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Dimension „körperliche Rollenfunktion“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
b: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht.

A3.4.7 Körperliche Schmerzen

Tabelle 35: Ergebnisse - körperliche Schmerzen

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014				6 Monate nach Baseline					adj. Differenz[b]	95 %-KI		
Körperliche Schmerzen[a]												
Intervention	64,4	29	35/35	71	26	26/35	-	-	16,6	8 – 25,3	-	-
Kontrolle	64	26	35/35	53,9	29,8	30/35	-	-				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Dimension „körperliche Schmerzen“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
b: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht.

A3.4.8 Mentale Gesundheit und Somatisierung

Tabelle 36: Ergebnisse - mentale Gesundheit und Somatisierung

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
mentale Gesundheit												
Präventionsstudien												
Chan 2017[a]				**6 Monate nach Baseline**					**B[b]**	**95% KI**	**p-Wert**	
MHI-Subskala Angst												
Intervention	73,8	18,7	24/24	83,0	16,0	24/24	-	-	-1,53	-11,94 – 8,89	0,774	-
Kontrolle	76,2	16,6	22/22	87,5	12,5	22/22	-	-				
MHI-Subskala Depression												
Intervention	70,4	17,0	24/24	81,8	13,3	24/24	-	-	-0,38	-10,62 – 9,86	0,942	-
Kontrolle	72,5	17,2	22/22	84,0	12,7	22/22	-	-				
MHI-Subskala Verhaltenskontrolle												
Intervention	73,5	16,2	24/24	84,5	11,3	24/24	-	-	8,57	-0,16 – 17,30	0,054	-
Kontrolle	76,6	13,6	22/22	78,7	9,2	22/22	-	-				
MHI-Subskala positiver Affekt												
Intervention	34,8	19,4	24/24	23,8	17,5	24/24	-	-	-3,88	-16,73 – 8,96	0,554	-
Kontrolle	35,0	21,4	22/22	27,3	13,9	22/22	-	-				
MHI Gesamtscore												
Intervention	70,1	15,5	24/24	80,3	13,4	24/24	-	-	2,19	-6,46 – 10,84	0,619	-
Kontrolle	72,0	15,4	22/22	80,1	9,6	22/22	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Hind 2014 / Mountain 2014[c]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[d]**	**95 %-KI**		
Intervention	77,9	17,5	35/35	77,5	18,4	26/35	-	-	9,5	4,5 – 14,5	-	-
Kontrolle	74,7	21,6	35/35	70,7	21,2	30/35	-	-				
Somatisierung												
Therapiestudien												
Onrust 2008/ 2010[e]				**12 Monate nach Baseline**			**d[f]**	**SE**		**t-Test**	**p-Wert**	**Δd[g]**
Intervention	18,4	5,9	110/110	17,4	5,4	91/110	0,18	0,08	-	-0,57	0,575	-0,06
Kontrolle	18,1	5,5	106/106	17,0	5,0	94/106	0,18	0,07				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung
SE: Standardfehler

Erklärungen:
a: Erfasst mit dem Mental Health Inventory-18 Items; erfasst mehrere Bereiche der psychischen Gesundheit, Subskala Angst (Bereich 0-100, höherer Wert = weniger Angst); Subskala Depression (Bereich 0-100, höherer Wert = weniger Depression); Subskala Verhaltenskontrolle (Bereich 0-100, höherer Wert = bessere Verhaltenskontrolle); Subskala Positiver Affekt (Bereich 0-100, höherer Wert = besserer positiver Affekt); MHI-18 Gesamtscore (Bereich 0-100, höherer Wert = bessere mentale Gesundheit)
b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
c: Erhoben mit der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Dimension „mentale Gesundheit“ (5 Fragen); Skala von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
d: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht
e: Erhoben mit der Symptom Checklist, Subscale Somatization; 12 Items, pro Item Antwortskala von 1 (not at all) bis 5 (very much), Gesamtscore für die Subskala wird durch Addieren der einzelnen Items berechnet, je höher die Zahl desto stärker die körperlichen Symptome.

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke
f: Gruppeninterne Effektstärke; Berechnet als Cohen`s d ([$MW_{nach\ 6\ Monaten}$ - $MW_{Baseline}$]/$SD_{Baseline}$). g: Δ = Differenz; zusätzlicher Effekt der Intervention ($d_{Intervention}$ - $d_{Kontrolle}$). Die Studienautoren empfehlen die Interpretation nach Lipsey und Wilson: <0.32 = kleiner Effekt, 0,32 – 0,55 = mittlerer Effekt, >0,55 = großer Effekt.									

A3.4.9 Mortalität

Tabelle 37: Ergebnisse - Mortalität

Studie	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich		
	N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
		n	%		n	%			
Mortalität									
Therapiestudie									
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011							**Überleben nach 24 Monaten**		
	117	7	97	118	16	90	HR = 0,39	0,15 – 0,98	*0,044*

Abkürzungen:
HR: Hazard Ratio
KI: Konfidenzintervall
n: Anzahl Personen mit Ereignis
N: Anzahl ausgewerteter Personen

A3.4.10 Psychische Ressourcen

Tabelle 38: Ergebnisse - psychische Ressourcen

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung												
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014[a]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[b]**	**95% KI**		
Intervention	33,7	4,5	35/35	32,9	4,7	26/35	-	-	1,2	-0,7 – 3,1	-	-
Kontrolle	31,3	5,5	35/35	32,1	3,8	30/35	-	-				
Emotionale Rollenfunktion												
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014[c]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[b]**	**95% KI**		
Intervention	88,6	19,2	35/35	89,1	19,4	26/35	-	-	8,6	-0,8 – 18	-	-
Kontrolle	86,4	24	35/35	81,7	23,9	30/35	-	-				
Gefühle der Zugehörigkeit und empfundene Belastung												
Therapiestudien												
Conwell 2020[d]				**6 Monate nach Baseline**								
		SE			**SE**				**ß[e]**	**95% KI**	**p-Wert**	
Zugehörigkeitsgefühl[f]												
Intervention	5,27	0,67	190/190	3,71	0,69	124/190	-	-	-0,06	0,39	0,89	-
Kontrolle	5,00	0,68	179/179	3,38	0,69	131/179	-	-				
Empfundene Belastung für andere[g]												
Intervention	1,65	0,41	190/190	1,19	0,41	124/190	-	-	0,38		<0,01	-

Endpunkte Studien	**Werte Studienbeginn**			**Werte Studienende**			**Änderung verglichen zu Studienbeginn**		**Intervention vs. Vergleich**			
	MW	**SD**	**n / N**	**MW**	**SD**	**n / N**			**Teststatistik**			**Effektstärke**
Kontrolle	1,43	0,42	179/179	1,34	0,42	131/179	-	-	0,12 – 0,64			
Lebenszufriedenheit												
Präventionsstudien												
Saito 2012[h]				**6 Monate nach Baseline**							**p-Wert[i]**	
Intervention	20,9	2,3	20/21	22,8	-	20/21	-	-	-	-	*0,039*	-
Kontrolle	21,2	4,4	40/42	21,4	-	40/42	-	-				
Therapiestudien												
MacIntyre 1999[j]				**1 ½ Monate nach Baseline**			**MW-Änderung**	**SD**		**t-Test[k]**	**p-Wert**	
Intervention	11,9	6,0	12/12	-	-	12/12	2,83	1,7	-	3,34	*<0,01*	-
Kontrolle	12,2	4,5	10/10	-	-	10/10	-3,3	5,6				
Selbstwertgefühl												
Präventionsstudien												
Chan 2017[l]				**6 Monate nach Baseline**					**B[m]**	**95% KI**	**p-Wert**	
Intervention	19,2	3,3	24/24	20,8	4,1	24/24	-	-	0,64	-1,90 – 3,18	0,621	-
Kontrolle	17,8	3,2	22/22	19,0	2,9	22/22	-	-				
Selbstwirksamkeit für Bewegung												
Präventionsstudien												
Shvedko 2020[n]				**3 Monate nach Baseline**					**Differenz[o]**	**95% KI**		
Intervention	-	-	-	7,1	1,7	12/12	-	-	1,9	0,3 – 3,6	-	-
Kontrolle	-	-	-	5,2	2,2	13/13	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Soziale Funktionsfähigkeit												
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014[p]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[b]**	**95 %-KI**		
Intervention	85	22,6	35/35	84,1	22,8	26/35	-	-	18,1	7,9 – 28,3	-	-
Kontrolle	81,4	26	35/35	70	31,1	30/35	-	-				
Wohlbefinden												
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014[q]				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[b]**	**95 %-KI**		
Intervention	7,8	2,4	35/35	8	1,5	26/35	-	-	0,8	0,2 – 1,4	-	-
Kontrolle	7,5	2,5	35/35	7,6	1,8	30/35	-	-				
Therapiestudien												
Heller 1991[r]				**7 ½ Monate nach Baseline**					keine Zwischengruppenvergleiche			
Intervention[s]			N = 291									
Dyad initiators[t]	28,6	3,9	49	28,6	3,9	49	-	-				
Dyad receivers[u]	27,6	3,3	49	27,4	3,4	49	-	-				
Staff continues[v]	27,9	3,6	49	28,3	4,0	49	-	-				
Dyad refusers[w]	27,4	3,6	27	27,8	3,1	27	-	-				
Contact discontinued[x]	28,6	3,4	49	29,1	3,3	49	-	-				
Kontrolle	27,1	3,4	53	27,8	3,2	53	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik	Effektstärke
Routasalo 2008 / Pitkala 2009/ 2011[y]				12 Monate nach Baseline			MW-Änderung	95% KI	p-Wert	
Intervention	-	-	117/117	-	-	110/117	0,11	0,04 – 0,13	- - *0,045[z]* -	
Kontrolle	-	-	118/118	-	-	98/118	0,01	-0,05 – 0,07		

Abkürzungen:
adj.: adjustiert
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung
SE: Standardfehler

Erklärungen:
a: Erhoben mit der GSE: General Self-Efficacy (GSE)-Skala von 10 bis 40 gemessen, wobei höhere Werte auf eine größere wahrgenommene Selbstwirksamkeit hinweisen.
b: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht
c: Erhoben mit der Dimension „emotionale Rollenfunktion“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
d: Erhoben mit dem Interpersonal Needs Questionnaire (INQ),
e: Interaktionseffekt (Gruppenzugehörigkeit und Zeit) mittels gewichteter generalisierter Schätzgleichungen (weighted generalized estimating equations (WGEE))
f: Subscale-Belonging (INQ-Belonging); Gemessen wird ein Fehlen an Zugehörigkeitsgefühl (lack of belonging), höhere Zahl deutet auf höheren Disstress innerhalb des zwischenmenschlichen Bereichs.
g: Subscale-Burden (INQ-Burden); 6 Items mit einer 7-teiligen Antwortskala (1-7) Gemessen wird der Glaube für anderen eine Belastung zu sein (perception of being a burden on others), höhere Zahl deutet auf höheren Disstress innerhalb des zwischenmenschlichen Bereichs.
h: Erhoben mit der japanischen Version des Life Satisfaction Index-A; 10-Items; Spanne von 10 – 30, höherer Wert weist auf ein höheres Wohlbefinden hin.
i: lineare gemischte Modelle für abhängige Variablen; Laut Autoren waren die Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch signifikant.
j: Erhoben mit dem Life Satisfaction Index (LSIZ); 13 Items, Gesamtscore 0 – 26, je höher die Zahl desto zufriedenen sind die Personen mit ihrem Leben.
k: t-Test für unabhängige Stichproben

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke

l: Gemessen mit der Rosenberg self-esteem scale; 10-Items mit je einer 4-teiligen Antwortskala. Höhere Werte deuten auf ein höheres Selbstwertgefühl.
m: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
n: Erhoben mit der Self-Efficacy for Exercise Scale (SEE) – 9 Items; Antwortskala pro Item von 0 (not confident) bis 10 (very confident).
o: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse); Laut den Autoren waren die Änderungen zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.
p: Erhoben mit der Dimension „soziale Funktionsfähigkeit“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
q: Erhoben mit dem Office for National Statistics well-being measure (ONS), misst das subjektive Wohlbefinden auf einer Skala von 0 bis 40, wobei höhere Werte auf ein hohes subjektives Wohlbefinden hinweisen.
r: Erhoben mit der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC); Summe aus 3 Subskalen 17 – 34; höhere Zahl deutet auf höheres subjektives Wohlbefinden.
s: Teilnehmer in der Interventionsgruppe; nach den ersten 10 Wochen wurde die Interventionsgruppe in unterschiedliche Gruppen randomisiert
t: Dyad initiators: Teilnehmer erklärten sich bereit andere Studienteilnehmer anzurufen
u: Dyad receivers: Teilnehmer erklärten sich bereit, Telefonanrufe von anderen Studienteilnehmern anzunehmen
v: Staff continues: Teilnehmer wurden weiter vom Studienpersonal angerufen
w: Dyad refusers: Teilnehmer wurden ursprünglich in die Gruppen der „Initiators“ bzw. „Receivers“ randomisiert, erklärten sich aber nicht bereit daran teilzunehmen. Sie wurden dann weiterhin vom Studienpersonal angerufen
x: Contact discontinued: Teilnehmer fungierten als weitere Kontrollgruppe; Sie haben in den ersten 10 Wochen Anrufe durch das Studienpersonal erhalten, für den restlichen Verlauf der Studie (20 Wochen) wurden sie nicht mehr kontaktiert.
y: Erhoben mit dem psychological well-being Score, Gesamtscore (0 – 1), wobei 1 das bestmögliche und 0 das schlechtmöglichste Wohlbefinden darstellt.
z: Permutationstest mithilfe von Monte-Carlo-Simulationen.

A3.4.11 Selbstberichteter Gesundheitszustand

Tabelle 39: Ergebnisse - Gesundheitszustand

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich		
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik		Effektstärke
selbstberichteter Gesundheitszustand											
Therapiestudien											
MacIntyre 1999				**1 ½ Monate nach Baseline**			**MW-Änderung**	**SD**	**t-Test[a]**	**p-Wert**	
(Verbesserungen im) Gesundheitszustand[b]											
Intervention	3,1	0,8	12/12	-	-	12/12	0,3	0,6	-	0,82	0,42	-
Kontrolle	3,3	0,7	10/10	-	-	10/10	0	0,8				
(weniger) Schmerzen[c]												
Intervention	2,1	1,2	12/12	-	-	12/12	0	0,6	-	0,61	0,55	-
Kontrolle	1,9	1,1	10/10	-	-	10/10	-0,2	0,9				
(mehr) Gesundheitsbedenken[d]												
Intervention	2,2	1,2	12/12	-	-	12/12	0,4	1,3	-	0,78	0,44	-
Kontrolle	1,7	1,1	10/10	-	-	10/10	0	1,2				
Gesundheitszustand												
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014				**6 Monate nach Baseline**					**adj. Differenz[f]**	**95 %-KI**		
SF-36 Dimension: allgemeiner Gesundheitszustand[e]												
Intervention	69,2	21,4	35/35	66,2	24,2	26/35	-	-	2,5		-	-

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Kontrolle	60	19,4	35/35	56,1	22,9	30/35	-	-		-6,4 – 11,4		
EQ-5D Visuelle Analogskala (VAS)[g]												
Intervention	75,1	18,6	35/35	75,5	19,5	26/35	-	-	5,1	-4,9 – 15,2	-	-
Kontrolle	72,5	18,8	35/35	70,5	21,8	30/35	-	-				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Erklärungen:
a: t-Test für unabhängige Stichproben
b: Im Vergleich zu Baseline, wo der Gesundheitszustand erfasst wurde, wird nach Ende der Intervention die Verbesserung im Vergleich zu Baseline angegeben.
c: Im Vergleich zu Baseline, wo generell nach Schmerzen gefragt wurde, wird nach Ende der Intervention die Verbesserung im Vergleich zu Baseline angegeben; in diesem Fall weniger Schmerzen als zu Baseline.
d: Im Vergleich zu Baseline, wo generell gefragt wurde, ob und wie viel Bedenken man wegen seiner eigenen Gesundheit hat, wird nach Ende der Intervention überprüft, ob man jetzt mehr Bedenken wegen seiner Gesundheit hat.
e: Erhoben mit Dimension „allgemeiner Gesundheitszustand“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
f: Erhoben mit der visuellen Analogskala (VAS) des EQ-5D: Skala von 0 (schlechtester vorstellbarer Gesundheitszustand) bis 100 (bester vorstellbarer Gesundheitszustand)
g: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht.

Tabelle 40: Ergebnisse - Gesundheitzustand (dichotomer Endpunkt)

Studie	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich		
	N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
		n	%		n	%			
Selbstberichteter Gesundheitszustand									
Therapiestudie									
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011[a]								**12 Monate nach Baseline[b]**	
	117/110	k. A.	k. A.	118/98	k. A.	k. A.	-	-	*0,007*

Abkürzungen:
k. A.: keine Angabe
KI: Konfidenzintervall
n: Anzahl Personen mit Ereignis
N: Anzahl ausgewerteter Personen

Erklärungen:
a: Der Gesundheitsstatus wurde mit einer 4-teiligen Antwortskala erfasst: „feeling healthy“, „quite healthy“, „unhealthy“ und „very unhealthy“. Es wurde 2 Kategorien gebildet = Gesund („feeling healthy“, „quite healthy“) und Krank („unhealthy“, „very unhealthy“).
- Werte für den Endpunkt werden nur in einer Grafik dargestellt und sind nicht fehlerfrei ablesbar; p-Wert hingegen werden angegeben.

b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).

A3.4.12 Soziale Teilhabe

Tabelle 41: Ergebnisse - soziale Teilhabe

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
soziale Unterstützung												
Präventionsstudien												
Chan 2017[a]				**6 Monate nach Baseline**					**B[b]**	**95 %-KI**	**p-Wert**	**Cohen´s d**
Gesamtzahl der Personen												
Intervention	10,0	7,4	24/24	18,9	12,7	24/24	-	-	4,62	-7,07 – 16,31	0,438	-
Kontrolle	14,2	8,3	22/22	19,1	22,4	22/22	-	-				
Gesamtzufriedenheit												
Intervention	14,2	5,7	24/24	18,0	5,4	24/24	-	-	3,34	0,10 – 6,76	*0,044*	0,76
Kontrolle	16,1	5,0	22/22	16,7	4,9	22/22	-	-				
Saito 2012[c]				**8 Monate nach Baseline**							**p-Wert[d]**	
Intervention	7,2	1,4	20/21	7,8	-	20/21	-	-	-	-	*0,013*	-
Kontrolle	6,7	1,9	40/42	5,9	-	40/42	-	-				
Shvedko 2020[e]				**3 Monate nach Baseline**					**Differenz[f]**	**95 %-KI**		
Intervention	-	-	-	63,9	19,8	12/12	-	-	4,1	-12,7 - 20,9	-	-
Kontrolle	-	-	-	59,8	20,7	13/13	-	-				
Zhang 2019[g]				**7 Monate nach Baseline**					**F-Test[h]**		**p-Wert**	**Cohen´s d**
soziale Unterstützung gesamt												
Intervention	37,32	8,94	204/204	41,01	6,80	167/167	-	-	39,268	-	*<0,001*	0,64
Kontrolle	37,10	7,92	192/192	36,38	7,72	183/183	-	-				

Endpunkte **Studien**	**Werte Studienbeginn**			**Werte Studienende**			**Änderung verglichen zu Studienbeginn**		**Intervention vs. Vergleich**			
	MW	**SD**	**n / N**	**MW**	**SD**	**n / N**			**Teststatistik**			**Effektstärke**
objektive Unterstützung												
Intervention	8,23	3,56	204/204	9,47	2,79	167/167	-	-	24,330	-	*<0,001*	0,51
Kontrolle	8,08	3,16	192/192	7,97	3,10	183/183	-	-				
subjektive Unterstützung												
Intervention	21,76	5,27	204/204	23,22	4,19	167/167	-	-	20,248	-	*<0,001*	0,46
Kontrolle	21,63	4,69	192/192	21,19	4,61	183/183	-	-				
Nutzung der Unterstützung												
Intervention	7,33	2,24	204/204	8,35	2,03	167/167	-	-	34,877	-	*<0,001*	0,58
Kontrolle	7,39	1,97	192/192	7,23	1,84	183/183	-	-				
Therapiestudien												
Fields 2020[i]				**2 Monate nach Baseline**								
keine soziale Unterstützung	**Anteil in %**			**Anteil in %**				**p-Wert**[j]	**Odds Ratio**	**95% KI**		
Intervention	80	-	38/44	62	-	27/44	-	0,13	1,45	0,24 – 10,88	-	-
Kontrolle	59	-	32/39	50	-	30/39	-	0,63				
MacInryre 1999[k]				**1 ½ Monate nach Baseline**			**MW-Änderung**	**SD**	**t-Test**[l]		**p-Wert**	
Intimität/ Vertrautheit												
Intervention	23,6	8,7	12/12	-	-	12/12	-0,08	6,5	0,15	-	0,88	-
Kontrolle	23,2	8,6	10/10	-	-	10/10	0,40	8,8				
soziale Integration												
Intervention	20,6	9,6	12/12	-	-	12/12	3,08	5,3	2,38	-	*0,03*	-
Kontrolle	17,4	7,0	10/10	-	-	10/10	-2,40	5,5				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Zuwendung												
Intervention	21,6	8,8	12/12	-	-	12/12	-0,75	5,7	0,57	-	0,57	-
Kontrolle	16,2	5,5	10/10	-	-	10/10	0,70	6,2				
Bedeutung/ Wert												
Intervention	22,9	8,1	12/12	-	-	12/12	1,25	5,1	2,41	-	*0,03*	-
Kontrolle	24,0	7,7	10/10	-	-	10/10	-4,80	6,6				
Unterstützung												
Intervention	23,5	8,1	12/12	-	-	12/12	1,08	5,5	1,45	-	0,16	-
Kontrolle	25,0	7,0	10/10	-	-	10/10	-2,80	7,0				
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011[m]				**6 Monate nach Baseline**			**MW-Änderung**	**95% KI**	**p-Wert[n]**			
Intervention	-	-	117/117	-	-	113/117	-0,3	-1,7 – 1,1	-	-	0,50	-
Kontrolle	-	-	118/118	-	-	107/118	-0,3	-1,6 – 0,9				
Unterstützung durch Familienmitglieder oder Freunde												
Therapiestudien												
Heller 1991[o]				**7 ½ Monate nach Baseline**					keine Zwischengruppenvergleiche			
Unterstützung durch Familienmitglieder[p]												
Intervention[q]			N = 291									
Dyad initiators[r]	35,3	5,5	49	35,0	5,4	49	-	-				
Dyad receivers[s]	33,3	4,6	49	34,8	5,3	49	-	-				
Staff continues[t]	35,0	5,0	49	35,5	4,7	49	-	-				
Dyad refusers[u]	35,3	4,3	27	34,9	4,2	27	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Contact discontinued[v]	35,3	4,7	49	35,9	4,1	49	-	-				
Kontrolle	36,2	3,9	53	36,5	3,9	53	-	-				
Unterstützung durch Freunde[w]									keine Zwischengruppenvergleiche			
Intervention[q]			N = 291									
Dyad initiators[r]	33,3	4,6	49	34,2	4,8	49	-	-				
Dyad receivers[s]	34,0	3,9	49	33,5	5,1	49	-	-				
Staff continues[t]	33,3	3,5	49	33,3	4,6	49	-	-				
Dyad refusers[u]	32,5	3,7	27	33,0	4,3	27	-	-				
Contact discontinued[v]	33,9	4,3	49	34,0	4,9	49	-	-				
Kontrolle	33,4	4,7	53	34,5	4,5	53	-	-				
soziales Netzwerk												
Präventionsstudien												
Chan 2017[x]				**6 Monate nach Baseline**					**B[b]**	**95% KI**	**p-Wert**	
Intervention	7,2	3,2	24/24	12,2	6,3	24/24	-	-	2,40	-1,38 – 6,17	0,214	-
Kontrolle	6,9	4,5	22/22	10,4	6,7	22/22	-	-				
Saito 2012[y]				**6 Monate nach Baseline**					kein statistisch signifikanter Unterschied			
Intervention	2,7	1,5	20/21	3,3	-	20/21	-	-				
Kontrolle	2,9	1,6	40/42	-	-	40/42	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Shvedko 2020[z]				**3 Monate nach Baseline**					**Differenz[f]**	**95% KI**		
soziales Netzwerk gesamt												
Intervention	-	-	-	15,4	5,0	12/12	-	-	3,4	-1,3 - 8,2	-	-
Kontrolle	-	-	-	12,0	6,3	13/13	-	-				
Familie												
Intervention	-	-	-	6,9	4,4	12/12	-	-	1,0	-2,4 - 4,4	-	-
Kontrolle	-	-	-	5,9	3,8	13/13	-	-				
Freunde												
Intervention	-	-	-	8,5	2,5	12/12	-	-	2,4	-0,9 - 5,7	-	-
Kontrolle	-	-	-	6,1	4,9	13/13	-	-				
sozialer Zusammenhalt												
Therapiestudien												
Pynnönen 2018[aa]				**6 Monate nach Baseline**							**p-Wert[bb]**	
soziale Integration												
Intervention	12,30	2,17	129/129	12,92	2,0	105/129	-	-	-	-	*0,041*	-
Kontrolle	12,75	2,15	128/128	12,77	2,18	118/128	-	-				
verlässliche Beziehungen												
Intervention	12,9	2,36	129/129	13,04	2,35	105/129	-	-	-	-	0,542	-
Kontrolle	13,23	2,09	128/128	13,54	1,77	118/128	-	-				
Beratung												
Intervention	12,56	2,64	129/129	13,22	2,35	105/129	-	-	-	-	0,550	-
Kontrolle	13,08	2,31	128/128	13,54	1,9	118/128	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Verbundenheit												
Intervention	12,06	2,73	129/129	12,70	2,44	105/129	-	-	-	-	0,534	-
Kontrolle	12,48	2,10	128/128	12,93	2,10	118/128	-	-				
Zuwendung												
Intervention	11,60	2,74	129/129	11,71	3,0	105/129	-	-	-	-	0,849	-
Kontrolle	12,07	2,34	128/128	12,11	2,28	118/128	-	-				
Bedeutung/ Wert												
Intervention	11,61	2,01	129/129	11,65	1,91	105/129	-	-	-	-	0,286	-
Kontrolle	11,86	2,04	128/128	12,17	1,80	118/128	-	-				
soziale Aktivitäten												
Präventionsstudien												
Saito 2012[cc]				**8 Monate nach Baseline**								
Intervention	2,2	1,8	20/21	-	-	20/21	-	-	kein statistisch signifikanter Unterschied			
Kontrolle	3,2	2,1	40/42	-	-	40/42	-	-				
Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten												
Präventionsstudien												
Shvedko 2020[dd]				**3 Monate nach Baseline**					**Differenz[f]**	**95% KI**		
Intervention	-	-	-	6,5	3,1	12/12	-	-	1,2	-1,7 – 4,1	-	-
Kontrolle	-	-	-	5,3	3,6	13/13	-	-				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke
SE: Standardfehler									

Erklärungen:
a: Erhoben mit dem Social Support Questionnaire - Short Form; Fragebogen mit sechs Items, zur Messung der sozialen Unterstützung. Jedes Item enthält eine Frage mit zwei Teilen: erstens die Anzahl der Personen, mit denen man in Kontakt steht, und zweitens den Grad der vom Probanden wahrgenommenen Zufriedenheit mit der Unterstützung durch diese Personen. Spanne von 6 – 24, höhere Werten deuten auf höhere Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung.
b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
c: Erhoben durch vier Items, die sich auf die emotionale Unterstützung bezogen, und vier Items, die sich auf die instrumentelle Unterstützung bezogen, die von z. B. Familienmitglieder, Kinder, die getrennt vom Teilnehmer leben, Verwandte, Freunde oder Nachbarn bezieht. Bewertung pro Item mit 0 (keine Unterstützung) oder 1 (Unterstützung); Spanne 0 bis 8, höhere Werte deuten auf mehr soziale Unterstützung.
d: lineare gemischte Modelle für abhängige Variablen; Laut Autoren waren die Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch signifikant.
e: Erhoben mit dem Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSSSS); Spanne von 0 – 100, höhere Werte deuten auf mehr soziale Unterstützung hin.
f: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels mixed ANOVA (Varianzanalyse); Laut den Autoren waren die Änderungen zwischen den Gruppen statistisch nicht signifikant.
g: Erhoben mit der Social Support Rating Scale (SSRS)-10 Items; Gesamtpunktzahl von 12 bis 66; höhere Punktzahl = höheres Maß an sozialer Unterstützung. SSRS ≤22 gilt als schlechte soziale Unterstützung, SSRS zwischen 23 und 44 als mäßige soziale Unterstützung und SSRS zwischen 45 und 66 als Hinweis auf ausreichende soziale Unterstützung
h: Kovarianzanalyse (ANCOVA); Baseline-Werte als Kovariate
i: Erhoben mit der Interpersonal Support Evaluation List (ISEL); Antwortkategorie „keine soziale Unterstützung“; je niedriger die Zahl, umso weniger Personen berichten über keine sozialen Kontakte/sozialen Support.
j: Intragruppenvergleich
k: Erhoben mit dem Personal Resource Questionnaire; 5 Dimensionen mit je 5 Items, pro Dimension Score zwischen 0 – 35; höhere Zahl deutet auf ein höheres Maß an Ressourcen.
l: t-Test für unabhängige Stichproben
m: Erhoben mit der Luben´s Social Network Scale; Gesamtscore von 0 – 60, wobei eine höhere Zahl ein höheres Maß an sozialer Unterstützung bedeutet.
n: Kovarianzanalyse (ANCOVA), Baseline-Werte als Kovariate.
o: Erhoben mit der Perceived Social Support Scale (PSS)
p: Erhoben mit der PSS-Subskala-Familiy Menbers; Score zwischen 20 – 40; höhere Zahl deutet auf höheres Maß an sozialer Unterstützung durch Familienmitglieder
q: Teilnehmer in der Interventionsgruppe; nach den ersten 10 Wochen wurde die Interventionsgruppe in unterschiedliche Gruppen randomisiert
r: Dyad initiators: Teilnehmer erklärten sich bereit andere Studienteilnehmer anzurufen
s: Dyad receivers: Teilnehmer erklärten sich bereit, Telefonanrufe von anderen Studienteilnehmern anzunehmen

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn	Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N		Teststatistik	Effektstärke

t: Staff continues: Teilnehmer wurden weiter vom Studienpersonal angerufen
u: Dyad refusers: Teilnehmer wurden ursprünglich in die Gruppen der „Initiators“ beziehungsweise „Receivers“ randomisiert, erklärten sich aber nicht bereit daran teilzunehmen. Sie wurden dann weiterhin vom Studienpersonal angerufen.
v: Contact discontinued: Teilnehmer fungierten als weitere Kontrollgruppe; Sie haben in den ersten 10 Wochen Anrufe durch das Studienpersonal erhalten, für den restlichen Verlauf der Studie (20 Wochen) wurden sie nicht mehr kontaktiert.
w: Erhoben mit der PSS-Subskala-Friends; Score zwischen 20 – 40; höhere Zahl deutet auf höheres Maß an sozialer Unterstützung durch Freunde
x: Erhoben mit der Luben´s Social Network Scale-6 Items; Spanne 0 – 30, höhere Werte deuten auf ein besseres soziales Netzwerk.
y: ein Item, welche die Häufigkeit des persönlichen Kontakts mit Freunden oder Nachbarn auf einer Skala von 1 (kein Kontakt) bis 6 (Kontakt mehr als zweimal pro Woche) bewertet.
z: Erhoben mit der Luben´s Social Network Scale-6 Items; Spanne 0 – 30, höhere Werte deuten auf ein besseres soziales Netzwerk.
aa: Erhoben mit der Social Provisions Scale; Gesamtscore pro Domaine 4 – 16; höhere Zahl ist positiv.
bb: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
cc: Häufigkeit der Teilnahme an Gruppenaktivitäten wie Nachbarschaftsveranstaltungen, kommerziellen Veranstaltungen, Hobbygruppe oder religiösen Gruppe von 1 (nicht (keine Teilnahme) bis 6 (Teilnahme mehr als zweimal pro Woche).
dd: Erhoben mit der Frage „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren sozialen Kontakten?“; keine Angaben zur Bewertung der Antwort und zur Deutung des angegebenen Mittelwertes.

A3.4.13 Suizidalität, Melancholie und Trauer

Tabelle 42: Ergebnisse - Suizidalität, Melancholie und Trauer

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Suizidalität												
Therapiestudien												
Conwell 2020[a]				**12 Monate nach Baseline**								
		SE			**SE**				**ß[b]**	**SE**	**p-Wert**	
Intervention	62,62	3,12	190/190	57,51	3,18	124/190	-	-	-0,34	1,60	*0,83*	-
Kontrolle	61,03	3,22	179/179	55,59	3,37	131/179	-	-				
Trauer												
Therapiestudien												
Onrust 2008/ 2010[c]				**12 Monate nach Baseline**			**d[d]**	**SE**		**t-Test**	**p-Wert**	**Δd[e]**
Intervention	59,2	18,4	110/110	52,2	16,4	91/110	0,38	0,07	-	0,32	0,753	0,02
Kontrolle	59,3	18,5	106/106	52,7	17,9	94/106	0,36	0,06				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung
SE: Standardfehler

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Geriatric Suicide Ideation Scale (GSIS); Höchstpunktzahl 31; höhere Zahl deutet auf häufige beziehungsweise intensive Selbstmordgedanken.
b: Interaktionseffekt (Gruppenzugehörigkeit und Zeit) mittels gewichteter generalisierter Schätzgleichungen (weighted generalized estimating equations (WGEE))
c: Erhoben mit dem Inventory of Complicated Grief-Revised; Gesamtscore 29 – 145; höhere Zahl deutet auf stärkere Trauer.
d: Gruppeninterne Effektstärke; Berechnet als Cohen`s d ($[MW_{nach\ 12\ Monaten} - MW_{Baseline}]/SD_{Baseline}$).
e: Δ = Differenz; zusätzlicher Effekt der Intervention ($d_{Intervention} - d_{Kontrolle}$). Die Studienautoren empfehlen die Interpretation nach Lipsey und Wilson: <0.32 = kleiner Effekt, 0,32 – 0,55 = mittlerer Effekt, >0,55 = großer Effekt.

Tabelle 43: Ergebnisse - Suizidalität, Melancholie und Trauer (dichotomer Endpunkt)

Studie	Betrachteter Vergleich	Intervention			Vergleich			Intervention vs. Vergleich		
		N	Personen mit Ereignissen		N	Personen mit Ereignissen		Effektmaß	[95 %-KI]	p-Wert
			n	%		n	%			
Melancholie										
Therapiestudien										
Pynnönen 2018[a]		105			118			**6 Monate nach Baseline**		
	nie / sehr selten		-	26,7		-	33,9			
	manchmal		-	63,8		-	59,3	-	-	0,785[b]
	oft / fast immer		-	9,5		-	6,8			
Pynnönen 2018[a]		k. A			k. A			**18 Monate nach Baseline[c]**		
			-	k. A		-	k. A	-	-	0,652[b]

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
k. A.: keine Angabe
n: Anzahl Personen mit Ereignis
N: Anzahl ausgewerteter Personen

Erklärungen:
a: Frage war „How do you perceive your mood in general?"; Antwortmöglichkeiten waren: "almost always good", "sometimes melancholy" und "often or almost always melancholy".
b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)).
c: Werte für den Endpunkt werden nur in einer Grafik dargestellt und sind nicht fehlerfrei ablesbar; p-Wert hingegen wird angegeben.

A3.4.14 Vertrauen in Personen und Institutionen

Tabelle 44: Ergebnisse - Vertrauen in Personen und Institutionen

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik		p-Wert[b]	Cohen´s d
Präventionsstudien												
Ristolainen 2020[a]				**6 Monate nach Baseline**							**p-Wert[b]**	**Cohen´s d**
Vertrauen in Personen:												
Vertrauen in andere Personen												
Intervention	3,2	1,0	159/185	3,3	0,9	159/185	-	-	-	-	*0,05*	0,21
Kontrolle	3,2	1,0	186/207	3,2	1,0	186/207	-	-				
Misstrauen gegenüber anderen Personen												
Intervention	3,6	1,1	159/185	3,5	1,2	159/185	-	-	-	-	0,864	0,01
Kontrolle	3,6	1,2	186/207	3,5	1,2	186/207	-	-				
Vertrauen in Institutionen:												
Institutionelles Vertrauen												
Intervention	3,5	0,7	159/185	3,6	0,7	159/185	-	-	-	-	0,132	0,16
Kontrolle	3,5	0,8	186/207	3,4	0,8	186/207	-	-				
Vertrauen in Regierung und Behörden												
Intervention	3,2	1,1	159/185	3,3	1,0	159/185	-	-	-	-	*0,015*	0,26
Kontrolle	3,2	1,2	186/207	3,0	1,2	186/207	-	-				

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Vertrauen in öffentliche Gesundheitsversorgung												
Intervention	3,5	1,0	159/185	3,5	1,0	159/185	-	-	-	-	0,835	0,02
Kontrolle	3,6	1,1	186/207	3,6	1,0	186/207	-	-				
Vertrauen in öffentliche Sozialfürsorge												
Intervention	3,2	1,0	159/185	3,3	0,9	159/185	-	-	-	-	0,115	0,17
Kontrolle	3,3	1,1	186/207	3,2	1,0	186/207	-	-				
Vertrauen in Gerichte												
Intervention	3,7	1,1	159/185	3,7	0,9	159/185	-	-	-	-	0,869	0,02
Kontrolle	3,7	1,2	186/207	3,7	1,1	186/207	-	-				
Vertrauen in Polizei												
Intervention	4,2	0,8	159/185	4,1	0,9	159/185	-	-	-	-	0,951	0,01
Kontrolle	4,1	1,0	186/207	4,0	1,0	186/207	-	-				
Vertrauen in kommunale Entscheidungsfindung												
Intervention	3,2	0,9	159/185	3,3	0,8	159/185	-	-	-	-	0,245	0,12
Kontrolle	3,2	1,1	186/207	3,1	1,0	186/207	-	-				

Abkürzungen:
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik	Effektstärke
Erklärungen: a: Aussagen lauteten: „In our society, people can trust one another." (Vertrauen) und "In our society, it is best to not trust anyone." (Mistrauen); 5 Antwortmöglichkeiten von "I completely agree" bis "I completely disagree." b: Interaktionseffekt (Gruppe und Zeit) mittels generalisierter Schätzgleichungen (generalized estimating equations (GEE)). c: Aussagen lautetet: „In our society, people can trust…" i) the government and public authority, ii) public healthcare, iii) public social care, iv) a court of law, v) police und vi) municipal decision-making; 5 Antwortmöglichkeiten von "I completely agree" bis "I completely disagree."										

A3.4.15 Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere

Tabelle 45: Ergebnisse - Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich	
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik	Effektstärke
Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere										
Präventionsstudien										
Saito 2012[a]				**8 Monate nach Baseline**					**p-Wert[b]**	
Intervention	2,4	2,4	20/21	6,0	-	20/21	-	-	-	-
Kontrolle	3,9	2,7	40/42	4,2	-	40/42	-	-	*0,008*	-
Abkürzungen: MW: Mittelwert n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten SD: Standardabweichung										
Erklärungen: a: Die Vertrautheit mit Dienstleistungen für Ältere wurde erfasst, in dem den Betroffenen eine Liste von 8 Dienstleistungen unterschiedlichen Anbieter vorgelegt wurde und gefragt, ob Sie diese Leistungen kennen; für jede bekannte Dienstleistung gab es einen Punkt, Spanne von 0 – 8. b: lineare gemischte Modelle für abhängige Variablen; Laut Autoren waren die Unterschiede zwischen den Gruppen statistisch signifikant.										

A3.4.16 Vitalität

Tabelle 46: Ergebnisse - Vitalität

Endpunkte Studien	Werte Studienbeginn			Werte Studienende			Änderung verglichen zu Studienbeginn		Intervention vs. Vergleich			
	MW	SD	n / N	MW	SD	n / N			Teststatistik			Effektstärke
Präventionsstudien												
Hind 2014 / Mountain 2014				6 Monate nach Baseline					adj. Differenz[b]	95 %-KI		
Vitalität[a]												
Intervention	62,3	20,3	35/35	59,4	19,8	26/35	-	-	3,1	-2,8 – 9	-	-
Kontrolle	54,3	21,4	35/35	49,6	25,5	30/35	-	-				

Abkürzungen:
KI: Konfidenzintervall
MW: Mittelwert
n: Anzahl ausgewerteter Patientinnen und Patienten
N: Anzahl randomisierter Patientinnen und Patienten
SD: Standardabweichung

Erklärungen:
a: Erhoben mit der Dimension „Vitalität“ der Kurzform des Gesundheitsfragebogens (SF-36) – Skala jeweils von 0 (größtmögliche Einschränkung der Gesundheit) bis 100 (Ausbleiben von Gesundheitseinschränkungen)
b: Mixed Model (linear gemischtes Modell) als Random Faktor gilt die „Befriending Group“ innerhalb der Intervention; adjustiert wurde nach Randomisierungsgruppe, Baseline-Werte, Alter und Geschlecht.

A4 Details der Ergebnisse: Gesundheitsökonomische Bewertung

A4.1 Bestimmung der Interventionskosten

Als Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen wurden im Rahmen der Nutzenbewertung zwei unterschiedliche Interventionstypen identifiziert, die sich in randomisierten kontrollierten Studien zumindest teilweise als effektiv erwiesen haben. Es handelt sich dabei um Angebote durch Ehrenamtliche und Angebote durch professionelle Akteur:innen. Zu beiden dieser Maßnahmen existieren gesundheitsökonomische Analysen, die auch im Rahmen der gesundheitsökonomischen Bewertung berücksichtigt und die ebenfalls für die Ermittlung der exemplarischen Interventionskosten herangezogen werden. Um abschätzen zu können in welcher Preisspanne die Kosten dieser Interventionen in Deutschland liegen, wurden die in diesen Studien angegebenen Mengengerüste herangezogen und deutsche Preise ermittelt und beispielweise der Stundenlohn entsprechend der Qualifikation als Arbeitgeberbrutto mithilfe der Angaben des Entgeltatlas der Bundesagentur für Arbeit und dem Index für Arbeitskosten 2020 zugrunde gelegt. Auf dieser Basis wurden die Gesamtkosten der Interventionen für den deutschen Kontext geschätzt.

A4.1.1 Besuchsdienste durch Ehrenamtliche

Im Folgenden werden die durchschnittlichen Ressourcenverbräuche für die Intervention „Besuchsdienste durch Ehrenamtliche“ für Deutschland geschätzt. Diese Schätzung basiert auf den von Onrust 2008 / 2010 dokumentierten Ressourcenverbräuchen. Die Intervention des Besuchsdienstes stützt sich nach Onrust 2008 / 2010 auf das Widow-to-Widow-Programm, welches zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen bei vor kurzem Verwitweten konzipiert wurde. Im Rahmen der Interventionsstudie waren zehn bis zwölf Hausbesuche durch Ehrenamtliche geplant. Diese nahmen zuvor an insgesamt sechs vorbereitenden Schulungen teil, in denen sie theoretische Grundlagen und praktische Fertigkeiten im Umgang mit Trauernden erlernten. Zum zeitlichen Umfang dieser Schulungen machten Onrust 2008 / 2010 keine Angaben. Daher wird angenommen, dass die vorbereitenden Schulungen jeweils einen zeitlichen Umfang von acht Stunden beanspruchen.

In der Studie von Onrust 2008 / 2010 waren die Ehrenamtlichen selbst seit einigen Jahren verwitwet und brachten persönliche Erfahrung in der Trauerbewältigung mit. Während der Hausbesuche wurde eine 1:1-Betreuung angeboten. Organisiert wurde diese durch ausgebildete Koordinator:innen, die ebenfalls eine Schulung mit insgesamt sechs Treffen im Vorhinein besuchten. Auch bezüglich des zeitlichen Umfangs dieser Schulung wurden keine Angaben gemacht. Daher wird ebenfalls ein Umfang von acht Stunden pro Schulungstermin angenommen. Inhalt der Unterrichtseinheiten, die nach Onrust 2008 / 2010 auf dem „Handbuch Besuchsdienste" basieren, waren die Organisation eines Besuchsdienstes und die klientenorientierte Betreuung von Ehrenamtlichen.

Die Interventionskosten beinhalten Kosten für Fortbildungen, Kosten für die Vergütung der Koordinator:innen sowie die Kosten für die Zeitverbräuche der Ehrenamtlichen, Kosten für anschließende Supervisionen und Materialkosten für Telefongespräche des Besuchsdienstes. Die ermittelten Interventionskosten wurden anschließend anteilig auf die teilnehmenden Personen umgelegt.

Hinsichtlich der Qualifikation der Koordinator:innen wird für Deutschland angenommen, dass es sich um ausgebildete Sozialarbeiter:innen handelt. In Onrust 2008 / 2010 wurde bezüglich der aufgewendeten Zeitstunden für die Koordinator:Innen lediglich angeführt, dass wöchentlich eine einstündige Supervision mit den Ehrenamtlichen durchgeführt wurde. Der Stundensatz für Sozialarbeiter:innen beträgt unter Zugrundelegung des Arbeitgeber:innenbrutto ca. 25 € [165]. Der Stundensatz der Ehrenamtlichen wird auf gerundet 6 € geschätzt. Dieser Wert entspricht der pauschalen Aufwandsentschädigung für ehrenamtliche Mitarbeiter:innen in Deutschland [166]. Für insgesamt zehn bis zwölf Hausbesuche, deren zeitlicher Umfang auf jeweils eine Stunde geschätzt wird/wurde, summieren sich die Kosten der Ehrenamtlichen auf ca. 58 € bis 70 € beziehungsweise rund 64 € im Mittel.

Die Koordinator:innen führen wöchentlich eine einstündige Supervision mit den Ehrenamtlichen durch. Unter der Annahme einer 1:1 Supervision belaufen sich die Kosten für einen Termin auf rund 31 €. Diese wurden berechnet aus den zuvor angegebenen Stundensätzen der Ehrenamtlichen von gerundet 6 € [166] und dem Arbeitgeber:innenbrutto pro Stunde für Sozialarbeiter:innen von gerundet 25 € [165]. Unter der Annahme, dass 10 bis 12 Wochen in Folge jeweils wöchentlich eine Superverision stattfindet, belaufen sich die Kosten für diese pro Teilnehmer:in auf 310 € bis 372 € und 341 € im Mittel. Werden pro Supervisionssitzung drei Ehrenamtliche von einer Koordinator:in betreut, betragen die Kosten einer Sitzung insgesamt ca. 42 €, entsprechend einen Wert von rund 14 € pro Teilnehmer:in. Somit sinken die mittleren Kosten pro Teilnehmer:in für die Supervision von rund 341 € auf ca. 154 €.

Ebenfalls in der Publikation berücksichtigte Kostenkomponenten sind die Kosten für einen Telefontarif. Für Deutschland belaufen sich diese auf insgesamt 1072 € für zwei Jahre inklusive einmaliger Anschlussgebühren von 77 € [167]. Dieser Tarif entspricht einem Festnetzanschluss eines deutschen Telefonanbieters. Bezogen auf einen Zeitraum der Besuchsdienste von drei Monaten ergeben sich im Mittel Telefonkosten in Höhe von 144 € (Kosten pro Monat 48 €). Unter der Annahme, dass pro Koordinator:in insgesamt 30 Teilnehmer:innen betreut werden/wurden, beträgt der Kostenanteil an diesen Fixkosten pro Teilnehmer:in ca. 5 €.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass im Vorfeld der Besuchsdienste einmalig Kosten für Fortbildungen anfallen. Eine spezielle Fortbildung zur Trauerbegleitung bietet beispielsweise

die Akademie für Psychotherapie. Deren Angaben zufolge beläuft sich die Fortbildung zur Trauerbegleitung auf ca. 1400 € [168] pro Person. Dementsprechend werden für die Fortbildung einer Koordinator:in und einer ehrenamtlich tätigen Person zusammen 2800 € angesetzt. Unter Zugrundelegung der oben angeführten Annahme bezüglich einer Teilnahme an einer Fortbildung, die an sechs Tagen über acht Stunden geht, sind zusätzlich die Kosten der Zeitverbräuche der Teilnahme an der Fortbildung zu berücksichtigen, die sich für die Koordinator:in auf ca. 1181 € und für die Ehrenamtlichen auf ca. 278 € belaufen. Somit belaufen sich die einmaligen Kosten für die Schulungen auf rund 4260 €.

Für die Intervention „Widow-to-Widow-Programm“ ergeben sich somit einmalige Kosten für die Fortbildung im Vorfeld, die sich pro Koordinator:in auf 2581 € und pro ehrenamtliche Person auf 1678 € belaufen. Ohne Fortbildungskosten fallen pro Teilnehmer:in 403 € für zehn bis zwölf Hausbesuche und einer 1:1 Supervision der Ehrenamtlichen beziehungsweise 246 € bei zehn bis zwölf Hausbesuchen und einer 1:3 Supervision an.

A4.1.2 Professionelle Gruppenangebote

Gruppenangebote als Maßnahme, um sozialer Isolation und Einsamkeit bei älteren Menschen entgegenzuwirken, untersuchten Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011. Diese Studie beinhaltete thematisch unterschiedlich ausgerichtete Gruppenangebote für Menschen ab 75 Jahren, die in Rehabilitations- oder Gruppenpsychotherapiezentren einmal pro Woche für drei Monate stattfanden. Jede Gruppe bestand aus sieben bis acht älteren Teilnehmenden und zwei professionellen Gruppenleiter:innen. Die professionellen Leitungen waren ausgebildete Krankenschwestern oder -pfleger, Ergo- oder Physiotherapeut:innen und erhielten zuvor eine Schulung über neun Tage. Zum zeitlichen Umfang der Schulungen machen Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 in der Studie keine Angaben. Es wird angenommen, dass diese pro Termin acht Stunden andauerten. Unter anderem wurden Grundsätze der psychosozialen Gruppenrehabilitation in diesen Schulungen vermittelt.

Jedes Gruppentreffen dauerte zwischen fünf und sechs Stunden. Mit Kleinbussen wurden die Teilnehmenden zu den Gruppentreffen hin und zurückgefahren. Kaffeepausen und Mittagessen waren in den Treffen mit inbegriffen.

Während des ersten Gruppenangebotes "Kunst und anregende Aktivitäten" nahmen verschiedene Künstler:innen an den Treffen teil. Die Teilnehmenden besuchten zudem kulturelle Veranstaltungen und Sehenswürdigkeiten. Außerdem konnten sie eigene Kunstgegenstände erstellen. In der Gruppe "Sport/Bewegung und gesundheitsbezogene Diskussion" führten die Teilnehmenden verschiedene sportliche Übungen aus. In der dritten Interventionsgruppe „therapeutisches Schreiben“ schrieben die Teilnehmenden über ihr eigenes Leben und tauschten sich anschließend darüber innerhalb der Gruppe aus.

Zur Bestimmung der Interventionskosten wurden die in der Studie angegebenen Mengenverbräuche zugrunde gelegt beziehungsweise bei fehlenden Angaben zu den Mengenverbräuchen Annahmen getroffen und die entsprechenden Preise für Deutschland recherchiert. Berücksichtigung fanden die Kosten für die von den Autor:innen angegebenen Komponenten für die Gruppenangebote, die Programmkosten, Transportkosten, Kosten für Mahlzeiten und die Fortbildung und Vergütung der Gruppenleiter:innen. Die Kosten wurden wie in Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 jeweils für eine Interventionsdauer von zwölf Gruppensitzungen in drei Monaten angegeben. Für die Ermittlung der Preise wurden verschiedene Quelle herangezogen sowie der VPI für Deutschland genutzt, wenn ermittelte Preise sich auf ein anderes Basisjahr als 2020 bezogen.

Die Programmkosten für die thematisch unterschiedlich ausgerichteten Kurse wurden in der Publikation von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 nicht angegeben. Daher wird angenommen, dass je nach Schwerpunkt des Kurses ein Malset, ein Schreibset inklusive Notizbuch und Sportutensilien für bis zu zwölf Teilnehmende benötigt wurden. Die Gesamtkosten für ein Malset werden auf 360 €, entsprechend 30 € [169] pro Person je Gruppe geschätzt. In den geschätzten Gesamtkosten für Sportutensilien von 360 €, entsprechend 30 € [170] pro Person sind Kosten für eine Fitnessmatte, ein Springseil und Materialien für den Muskelaufbau inbegriffen. Für ein Schreibset werden Gesamtkosten von insgesamt 246 € geschätzt, darunter 13 € [171] pro Person für ein Schreibset und 8 € [172] pro Person für ein Notizbuch.

Für die Verpflegungskosten wird angenommen, dass sich in einer Gruppenintervention die Gesamtkosten für Kaffee in drei Monaten auf 25 € [173] belaufen. In Bezug auf alkoholfreie Getränke wird angenommen, dass je Treffen ein Kasten Wasser und ein Kasten süße Getränke, z.B. Apfelschorle, bereitgestellt worden sind. Hierbei wurden exemplarische Kosten von 9 € [174] für einen Kasten Wasser und einen Kasten Apfelschorle von 13 € [175] angesetzt. Somit belaufen sich die Kosten für alkoholfreien Getränke auf 22 € pro Gruppentreffen und für den gesamten Interventionszeitraum von drei Monaten auf insgesamt 264 €. Bei den Kosten für Nahrungsmittel wird angenommen, dass bei jedem Treffen ein Mittagsessen und eine Kuchenplatte für zehn Personen, maximal acht Teilnehmende und zwei Kursleiter:innen bereitgestellt werden. Die durchschnittlichen Ausgaben für ein Mittagessen in Deutschland betrugen nach einer Studie zum Essverhalten des HR_Fintech Unternehmen Spendit AG 7 € [176] pro Person im Jahr 2018. Inflationsbereinigt ergeben sich 8 € [78] für das Jahr 2020. Für ein Gruppentreffen belaufen sich die Kosten für ein Mittagessen dementsprechend auf 77 € für zehn Personen und 924 € ebenfalls für zehn Personen für wöchentliche Gruppentreffen in drei Monaten. Für eine Kuchenplatte mit zehn Teilchen werden exemplarisch 10 € [177] angesetzt und somit 120 € für eine wöchentliche Gruppenintervention in drei Monaten berechnet.

Für die Personenbeförderung wurden die Kosten auf 2686 € für Deutschland geschätzt. Diese Angabe gründet in dem vom einem deutschen Autoanbieter angegebenen Mietpreis eines Kleinbusses für neun Personen von 190 € [178] am Tag und schließlich 2280 € in drei Monaten bei wöchentlichen Treffen. Unter der Annahme, dass pro Treffen zwei Zeitstunden für den Transport der Teilnehmer:innen erforderlich waren, belaufen sich die Kosten für den Transport durch eine Busfahrer:in während der gesamten Intervention gemittelt auf 433 €. Bezüglich der Transportkosten kann jedoch angenommen werden, dass sich für einen Interventionszeitraum von drei Monate günstigere Angebote bei den Anbieter:innen direkt erfragen lassen. Diese Angebote variieren dann je nach gefahrenen Kilometern und Durchführungsort.

Die jeweiligen Gruppenleitungen besaßen eine abgeschlossene Ausbildung im Bereich Gesundheit, beispielsweise in einer pflegerischen oder therapeutischen Fachrichtung. Die Zeitkosten für die Gruppenleitungen werden angelehnt am durchschnittlichen Arbeitgeberbruttoverdienst einer/eines Krankenschwester/-pfleger und einer Ergotherapeut:in in Deutschland (bezogen auf das Jahr 2020) [179]. Das Arbeitgeberbruttogehalt dieser beiden Berufsgruppen mittelt sich auf 3342 € im Monat und 19,89 € die Stunde. Je Sitzung, die nach den Autor:innen maximal sechs Stunden andauert, ergeben sich daraus 119,34 € pro Person. Für zwei Gruppenleiter:innen ergeben sich folglich Lohnkosten von 238,68 € je Gruppensitzung. Für wöchentliche Sitzungen in einem Interventionszeitraum von drei Monaten betragen die Zeitkosten für eine Gruppenleitung 1432,08 €. Für zwei Gruppenleitungen pro Gruppe ergeben sich schließlich 2864,16 € im Mittel.

Entsprechend der oben getroffenen Annahmen ergeben sich für die einmaligen Zeitverbräuche der Schulungen von zwei Gruppenleitungen Kosten von ca. 2865 €. Zudem werden einmalig die Fortbildungskosten für die Qualifikation als Gruppenleitung auf einen Wert zwischen 650 € [180] und 680 € [180] pro Person, im Durchschnitt auf 665 € beziffert. Eine solche Fortbildung wird zu diesem Preis beispielsweise vom Mitteldeutschen Institut für Weiterbildung angeboten. Da jeweils zwei Gruppenleiter:innen eine Gruppe betreuen, betragen die Fortbildungskosten zur Gruppenleitung für zwei Personen ca. 1330 €. Insgesamt ergeben sich für zwei Gruppenleiter:innen einmalig Kosten von 4195 €. Unter der Annahme, dass drei Gruppen angeboten werden, belaufen sich die einmaligen Kosten auf 12 585 €.

Ohne Berücksichtigung der Schulungskosten für Gruppenleitungen ergeben sich geschätzte Interventionskosten für ein dreimonatiges Gruppenangebot von ca. 438 € pro Person für „Kunst und anregende Aktivitäten" beziehungsweise „Sport/Bewegung und gesundheitsbezogene Diskussion" sowie ca. 426 € für „therapeutisches Schreiben“. Dies ergibt gemittelt 434 € pro Person.

A4.2 Systematische Übersicht gesundheitsökonomischer Evaluationen

A4.2.1 Fokussierte Informationsbeschaffung

A4.2.1.1 Primäre Informationsquellen

Insgesamt wurden bei der Informationsbeschaffung 2 Studien [70,75] nach den Einschlusskriterien als relevant eingestuft und für eine Bewertung eingeschlossen. Zusätzlich wurden keine weiteren oder laufenden gesundheitsökonomischen Studien durch Suchanfragen identifiziert. Anfragen an Autorinnen und Autoren wurden nicht durchgeführt.

Abbildung 4 zeigt das Ergebnis der fokussierten Literaturrecherche in den bibliografischen Datenbanken und der Studienselektion gemäß den Kriterien zum Studieneinschluss. Die Suchstrategien für die Suche in bibliografischen Datenbanken finden sich in Abschnitt A9.2. Die letzte Suche fand am 08.02.2021 statt.

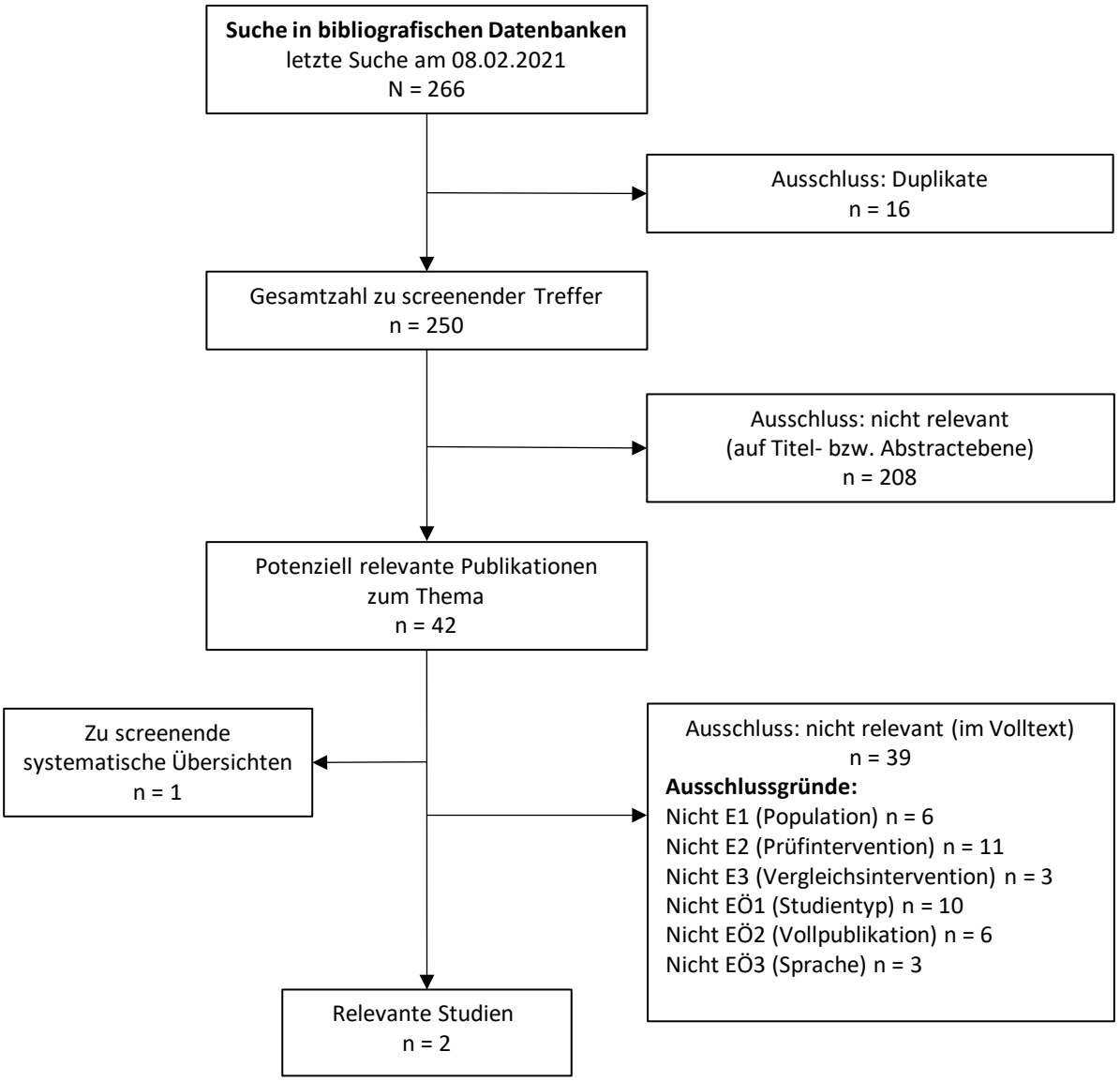

Abbildung 4: Ergebnis der bibliografischen Recherche und der Studienselektion – gesundheitsökonomische Evaluation

Die Referenzen der als Volltexte geprüften, aber ausgeschlossenen Treffer finden sich mit Angabe des jeweiligen Ausschlussgrundes in Abschnitt A8.2.2.

A4.2.1.2 Weitere Informationsquellen und Suchtechniken

Über weitere Informationsquellen und Suchtechniken identifizierte relevante Studien beziehungsweise Dokumente werden nachfolgend nur dargestellt, wenn sie nicht bereits über die primären Informationsquellen gefunden wurden.

Zusätzliche Informationsquellen und Anwendung weiterer Suchtechniken

Im Rahmen der Informationsbeschaffung wurde eine systematische Übersicht [181] identifiziert – die entsprechende Referenz findet sich in Abschnitt A8.2.1. Die Referenzliste dieser systematischen Übersicht wurde gesichtet.

Es wurden jedoch keine weiteren relevanten Studien beziehungsweise Dokumente identifiziert, die nicht über andere Rechercheschritte gefunden werden konnten.

Eine Anfrage bezüglich zusätzlicher Informationen zu relevanten Studien war nicht erforderlich, da davon auszugehen war, dass solche Informationen keinen relevanten Einfluss haben würden.

A4.2.1.3 Resultierender Studienpool

Durch die systematischen Rechercheschritte konnten insgesamt zwei Studien identifiziert werden, die zwei unterschiedliche Interventionen untersuchen (siehe auch Tabelle 47).

Tabelle 47: Studienpool der gesundheitsökonomischen Bewertung

Studie	Für die gesundheitsökonomische Evaluation relevante Dokumente [Zitat]
Onrust 2008 / 2010	Onrust, S.; Smit, F.; Willemse, G.; van den Bout, J.; Cuijpers, P. Cost-utility of a visiting service for older widowed individuals: randomised trial. BMC Health Services Research 2008; 8: 128. [70]
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	Pitkala, K. H.; Routasalo, P.; Kautiainen, H.; Tilvis, R. S. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences 2009; 64(7): 792-800. [75]

A4.2.2 Charakteristika der in die Bewertung eingeschlossenen Studien

A4.2.2.1 Studiendesign

Zur Bewertung der Kosteneffektivität wurde in der Studie von Onrust 2008 gemäß der Autor:innen eine Kosten-Nutzwert-Analyse (Cost-Utility-Analysis, CUA) durchgeführt. In der Studie von Pitkala 2009 fanden sich keine Angaben hinsichtlich des Studientyps. Anhand des methodischen Vorgehens kann die Studie als Kosten-Kosten-Analyse eingestuft werden.

Beiden Studien liegen klinische Interventionsstudien zugrunde. Die gesundheitsökonomische Studie von Onrust 2008 / 2010 bezog sich auf 216 Personen (Geschlechterverhältnis ist nicht angegeben). In die gesundheitsökonomische Studie von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 waren insgesamt 235 Teilnehmer:innen (Geschlechterverhältnis ist nicht angegeben) eingeschlossen. Es erfolgte in beiden Studien keine Anwendung modellbasierter Methoden. Die Studie von Onrust 2008 / 2010 wurde in den Niederlanden, die von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 in Finnland durchgeführt.

In der Studie von Onrust 2008 / 2010 wurde ein Besuchsdienst mit dem Versand einer Broschüre verglichen. Den Teilnehmer:innen in der Interventionsgruppe wurden zehn bis zwölf Hausbesuche angeboten, die von geschulten Ehrenamtlichen durchgeführt wurden. Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 verglichen durch professionelle Kräfte durchgeführte Gruppentreffen zu den verschiedenen Themengebieten „therapeutisches Schreiben“, „Sport/Bewegung und gesundheitsbezogene Diskussion“ und „Kunst und anregende Aktivitäten“ versus Care-as-Usual. Die angebotenen Gruppentreffen fanden über drei Monate wöchentlich für jeweils fünf bis sechs Stunden statt. Die Gruppe „Kunst und anregende Aktivitäten“ nahm zudem unter anderem an kulturellen Ereignissen teil.

Hinsichtlich der Kosteneffektivität wurde bei Onrust 2008 / 2010 ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis mit Angaben in Kosten pro QALY berichtet, während bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 keine Kosteneffektivitätsrelation gebildet wurde. Hier erfolgte ein Bericht der Differenz im Überleben, angegeben als Hazard Ratio der Mortalität sowie eine Differenz der Kosten.

Die Finanzierung der Studien erfolgte bei Onrust 2008 / 2010 durch die Netherlands Organisation for Health Research and Development, bei der anderen Studie durch die Finnish Slot Machine Assoziation.

In Tabelle 48 werden Studiencharakteristika der eingeschlossenen gesundheitsökonomischen Studien dargestellt.

Tabelle 48: Studiencharakteristika - Gesundheitsökonomische Evaluation

Studie	Studiendesign und Vorgehensweise	Studienpopulation relevante Charakteristika	Strategien		Land und Versorgungs-kontext	Endpunkt Kosten-effektivität	Studienfinanzierung
			Prüfintervention	Vergleichs-intervention			
Onrust 2008 / 2010	Kosten-Nutzwert-Analyse; begleitende gesundheitsökonomische Evaluation	N = 216 Verwitwete Menschen ab 55 Jahren IG = 110; KG = 106	Besuchsdienst für verwitwete Menschen	Broschüre	Niederlande, kommunale Versorgung	Inkrementelles Kosten-effektivitäts-verhältnis (Kosten pro QALY)	Netherlands Organisation for Health Research and Development (ZonMw); Grant: 2001-2-22102
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	Kosten-Kosten-Analyse[a]	N = 235 Menschen ab 75 Jahren mit subjektivem Gefühl von Einsamkeit IG = 117; KG = 118	Gruppentreffen einmalig pro Woche über 3 Monate a 5 bis 6 h	Care as Usual, Treffen mit der Studien-schwester 3-mal für 2 Stunden	Finnland, kommunale Versorgung	nicht zutreffend	Finnish Slot Machine Assoziation

Abkürzungen:
IG: Interventionsgruppe
KG: Kontrollgruppe
QALY: qualitätsadjustiertes Lebensjahr

Erklärungen:
a: Wird im Text nicht adressiert; Rückschluss aus berichteten Daten.

Beide gesundheitsökonomischen Studien basierten auf einer randomisierten kontrollierten Studie. Die Einschlusskriterien umfassten bei Onrust 2008 / 2010, dass die Personen innerhalb des letzten Jahres verwitwet waren, mittlere bis starke Gefühle von Einsamkeit angaben, keine ausgeprägte psychische Erkrankung hatten sowie die Fähigkeit zur Teilnahme an einem einstündigen Interview besaßen. Die Studiendauer belief sich in der Studie von Onrust 2008 / 2010 auf insgesamt 24 Monate, wobei die Zeitdauer der gesundheitsökonomischen Evaluation nur zwölf Monate betrug (Start 2003-2004, Ende 2004-2005). Zur Rekrutierung der Teilnehmer:innen für die niederländische Studie wurden ältere Einwohner:innen (ab 55 Jahren) angeschrieben, die innerhalb der der letzten sechs bis neun Monate verwitwet waren. Zur Unterstützung der Rekrutierung wurden Medienkampagnen durchgeführt, in deren Folge sich fünf Personen beteiligten, die etwas jünger als 55 Jahre waren. Zudem meldeten sich auch Personen, die vor weniger als sechs Monaten verwitwet waren und ebenfalls eingeschlossen wurden. Bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 waren die Einschlusskriterien ein Alter ab 75 Jahren sowie ein subjektives Gefühl von Einsamkeit. Die Teilnehmer:innen sollten zu Hause leben und eine Bereitschaft zur Teilnahme an einer Gruppenintervention aufweisen. In dieser Studie [75] wurde die Studiendauer in Monaten angegeben. Der Beginn der Patient:innenrekrutierung war im Oktober 2002. Die Assessments und Intervention fanden im Jahr 2003 statt. Es erfolgte eine Nachbeobachtung der Ressourcenverbräuche bis Ende 2004 und ein Abruf der Mortalitätsdaten aus Registern im Jahr 2005. Insgesamt liegen für die gesundheitsökonomische Evaluation Daten für zwölf Monate vor.

Die Randomisierung erfolgte bei Onrust 2008 / 2010 als Blockrandomisierung stratifiziert nach Alter, Region und Geschlecht, bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 wurde eine Randomisierung in Clustern von 16 Patient:innen mit gleichem Themeninteresse aus der jeweiligen Kommune durchgeführt. Bei beiden Studien wurde eine zentralisierte Randomisierung vorgenommen.

In Bezug auf den Umgang mit Unsicherheiten wendete Onrust 2008 / 2010 eine regressionsbasierte Imputation fehlender Werte an. Zudem wurde nach der Lebensqualität und Einsamkeit in der Baselinephase adjustiert. Darüber hinaus wurde ein nicht parametrisches Bootstrapping durchgeführt. Auch Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 nahmen ein Bootstrapping zur Ermittlung der Konfidenzintervalle für die Gesundheitskosten vor.

In Tabelle 49 werden die Charakteristika der gesundheitsökonomischen Evaluation dargestellt.

Tabelle 49: Studiencharakteristika begleitende gesundheitsökonomische Evaluation

Studie	Studientyp	Einschlusskriterien	Randomisierungsverfahren	Studiendauer	Umgang mit Unsicherheit
Onrust 2008 / 2010	Randomisierte kontrollierte Studie (S. 2)	Einwohner:innen von 18 Gemeinden, (S. 2) Innerhalb des letzten Jahres verwitwet, mittlere bis starke Gefühle von Einsamkeit, keine ausgeprägte psychische Erkrankung, Fähigkeit zur Teilnahme an einstündigem Interview (S. 2)	Blockrandomisierung stratifiziert nach Alter, Region und Geschlecht, zentrale Randomisierung auf der Ebene der verwitweten Personen (S. 3)	Studiendauer insgesamt 24 Monaten, Gesundheitsökonomische Evaluation 12 Monate Nachbeobachtung Start 2003-2004, Ende 2004-2005 (S. 3ff)	Regressionsbasierte Imputation fehlender Werte, Adjustierung der Baselinewerte für Lebensqualität und Einsamkeit, Nichtparametrisches Bootstrapping (n = 2500), Sensitivitätsanalysenbeinhalten Preise für Produktivitätsverluste nach Friktionskostenansatz von Oostenbrink et al. und zusätzlich noch Absentismus (S. 6f.)
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	Randomisierte kontrollierte Studie (S. 793 ff.)	Einwohner:innen im Alter ab 75 Jahre mit subjektivem Gefühl von Einsamkeit, zu Hause lebend, Bereitschaft zur Teilnahme an Gruppenintervention, postalisch rekrutiert aus 6 Gemeinden (S. 793)	Randomisierung in Clustern von 16 Patient:innen mit gleichem Themeninteresse aus der jeweiligen Kommune, nach Assessment zentralisierte Randomisierung über Studienzentrum mittels Vorlesen der Namen in Reihenfolge der Aufnahme auf Studienliste (S. 793f.)	Beginn Patient:innen-rekrutierung Oktober 2002 (S. 793), Assessments und Intervention in 2003, Nachbeobachtung Ressourcenverbräuche bis Ende 2004 (S. 796)[a], Mortalitätsdaten aus Registern wurden 2005 abgerufen	Bootstrapping zur Ermittlung der Konfidenzintervalle für die Gesundheitskosten (S. 796)

Erklärungen:
a: Mortalitätsdaten von Ende 2005 aus zentralen Registern

A4.2.2.2 Inputparameter

In Tabelle 50 werden die in die Analyse eingehenden Daten zum Nutzen dargestellt.

Tabelle 50: Daten zum Nutzen

Studie	primäre klinische Endpunkte <Effektmaß>	Nutzenparameter im Modell	Quellen [Zitat]
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	nicht zutreffend	nicht zutreffend	Eigene Erhebung Pitkala 2009
Onrust 2008 / 2010	Lebensqualität EuroQol (EQ-5D)	IG: (EQ-5D-Utility-Score bei Studienbeginn: Mittelwert = 0,76 (SD = 0,25); Follow-up Mittelwert = 0,80 (SD = 0,18); Differenz Mittelwert = 0,04 (SD = 0,02) KG: (EQ-5D-Utility-Score bei Studienbeginn = 0,83 (SD = 0,18); Follow-up Mittelwert = 0,81 (SD = 0,21); Differenz Mittelwert = 0,01 (SD = 0,02)	Eigene Erhebung Onrust 2008
Abkürzungen: IG: Interventionsgruppe KG: Kontrollgruppe SD: Standardabweichung			

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 untersuchten die Überlebensrate nach 24 Monaten sowohl in der Interventionsgruppe als auch der Kontrollgruppe. Die Überlebensrate in der Interventionsgruppe betrug 97 % (95 %-KI: [91%; 99%]) und in der Kontrollgruppe 90 % (95 %-KI: [83%; 95%]). Die Hazard Ratio für die Sterblichkeit in der Interventionsgruppe betrug 0,39 (95 %-KI: [0,15; 0,98]) im Vergleich zur Kontrollgruppe (p = 0,044). Insofern erscheint die Annahme, einer mindestens mit der Kontrollgruppe vergleichbaren Überlebensrate in der Interventionsgruppe, die der Kosten-Kostenanalyse zugrunde zu legen ist, als gerechtfertigt. Zudem wird eine statistisch signifikante Verbesserung der subjektiven Gesundheit in der Interventionsgruppe (p = 0,007) angegeben.

In Onrust 2008 / 2010 wurde zur Ermittlung der QALYs die Lebensqualität mittels des EuroQol EQ-5D erhoben. In der Interventionsgruppe zeigte sich dabei ein Score von 0,76 (SD = 0,25) zu Studienbeginn und 0,80 (SD = 0,18) im Follow-up nach zwölf Monaten. Dieses Ergebnis zeigt eine statistisch signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Teilnehmer:innen der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe konnte dieser Effekt hingegen nicht festgestellt werden. Hier zeigte sich ein Score von 0,83 (SD = 0,18) zum

Studienbeginn und ein Score von 0,81 (SD = 0,21) beim Follow-up. Im Intergruppenvergleich zeigten sich nach Adjustierung allerdings keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Lebensqualität.

In Tabelle 51 werden die in den Studien verwendeten Daten zu Nutzwerten dargestellt.

Tabelle 51: Daten zu Nutzwerten

Studie	**Erhebungsinstrument (gegebenenfalls Tarif)**	**Quelle [Zitat]**
Onrust 2008 / 2010	EuroQol (EQ-5D) Dimensionen: Mobilität, Selbstversorgung, alltägliche Aktivitäten, Schmerzen / körperliche Beschwerden und Angst / Niedergeschlagenheit, Nutzwerte: Lamers et al. [182]	Eigene Erhebung (Baseline, 12 Mo Post) Onrust 2008 Verwendung der niederländischen Nutzwerte nach Lamers et al. [182]

In Tabelle 52 werden die in den Studien verwendeten Daten zu Kosten dargestellt.

Tabelle 52: Daten zu Kosten

Studie	**Währung** (Indexjahr)	**Diskontrate**	**Perspektive**	**Kostenarten**	**Kostenparameter** [Quellen] (für Mengen und Preise)
Onrust 2008 / 2010	EUR (2003) S. 5	k. A.	Gesellschaftliche Perspektive (S. 4)	**Direkte medizinische Kosten[a] (S. 4 ff.)[b]**	
				Arztkontakt (20,20 €)	Kostenerhebung mit Elementen aus Medical Technology Assessment Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness (TiC-P); Erfragt werden Kosten der letzten 4 Wochen, hochgerechnet auf ein Jahr. Bepreisung nach Oostenbrink 2004 [183]
				Facharztkontakt (98,00 €)	
				Dienste zu Versorgung psychischer Erkrankungen (124,00 €)	
				Dienste zu Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen (124,00 €)	
				Krankenhausversorgung psychischer Erkrankungen	
				Ambulant (88,00 €)	
				Tagesklinik (125,00 €)	
				Vollstationär pro Tag (250,00 €)	
				Ambulante Behandlung Allgemein-KH (56,00 €)	
				Stationäre Behandlung Allgemein-KH (229,00 € Tag)	
				Ambulante Behandlung Lehr-KH (100,00 €)	
				Stationäre Behandlung Lehr-KH (229,00 € Tag)	
				Niedergelassene:r Psychotherapeut:in (76,00 €)	
				Sozialarbeiter:in (45,00 €)	
				Physiotherapeut:in (22,75 €)	
				Heilpraktiker:in (8,30 €)	
				Selbsthilfe (0,00 €)	
				Häusliche Pflege (30,70 €)	
				Arzneimittel (Antidepressiva, angstlösende oder hypnotische Arzneimittel)	Preis pro DDD entsprechend Pharmaceutical Compass [184]
				Direkte nicht-medizinische Kosten	

Studie	**Währung** (Indexjahr)	**Diskontrate**	**Perspektive**	**Kostenarten**	**Kostenparameter** [Quellen] (für Mengen und Preise)
				Haushaltshilfe (21,70 €) Informelle häusliche Hilfe (8,30 €) Patient:innenkosten für Transport / Parken und Zeitverbrauch **Interventionskosten** beinhalten Organisation, Ausbildung der Ehrenamtlichen, Supervision, Ausgaben für Koordinator:in (falls nicht ehrenamtlich), Kosten für Telefongespräche, Overhead.	Basierend auf Durchschnittswerten für die Entfernung und Zeitverbräuche nach Oostenbrink 2004 [183]
				Durchschnittliche Interventionskosten pro Person gemittelt (553 €): **Gemittelte Kosten pro Institution 304 € (**Institution 1: 213 €; Institution 2: 343 €); Manuelle Methode 1: 340 €; Manuelle Methode 2: 320 €) **Zeitverbräuche der Ehrenamtlichen (149 €** p.P. 1 Jahr) bepreist mit 12,45 € pro Besuch; **Zeitverbrauch TN (100 €)** bepreist mit 8,30 € pro Besuch[c]	Schätzungen der jährlichen Kosten aus dem Manual Visiting Services Kox 1997 [185] (unter Verwendung 1) des Health Care Index [186] und 2) des Allgemeinen Index von Statistik Niederlande [186])
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	Euro (2001) (S.796)	k. A.	k. A.	**Direkte medizinische Kosten[d]** (S. 799) Krankenhaustag (Primärversorgung) 176,90 € Krankenhaustag (spezialisiertes Krankenhaus) 285,00 € Ambulanter Arztkontakt 97,30 € Facharztkontakt (ambulant im spezialisierten Krankenhaus) 47,30 € Interventionskosten 881 €[f] (S. 796)	Preise Hujanen [187]
Abkürzungen: TN : Teilnehmer:in KH: Krankenhaus k.A.: keine Angaben p.P.:pro Person					

Studie	**Währung** (Indexjahr)	**Diskontrate**	**Perspektive**	**Kostenarten**	**Kostenparameter** [Quellen] (für Mengen und Preise)

Erklärungen:
a) Kosten pro Einheit werden in der englischen Publikation mit einem Komma zur Abtrennung der Nachkommastellen angegeben. Es wird davon ausgegangen, dass es sich um einen Formatfehler handelt.
b) In der Aufstellung der Kosten pro Person., die in die Gesamtrechnung eingehen, sind nur die direkten medizinischen Kosten angegeben, unklar ist, ob und wie die direkten nicht-medizinischen Kosten eingehen. Die Erhebung der Arzneimittelkosten wird beschrieben, aber nicht dargestellt in welcher Höhe Kosten pro Person eingehen.
c) Hier machen die Autor:innen keine Angaben dazu, worauf dieser Wert beruht. Allerdings wird auch informelle Pflege mit 8,30 € angesetzt und analog zur Haushaltshilfe bewertet.
d) Es werden keine näheren Angaben gemacht, wo die Interventionskosten entnommen beziehungsweise. wie diese ermittelt wurden. Daher wird angenommen, dass Pitkala 2009 diese im Rahmen der Studie erhoben haben.
f) Jedoch nur in Methodik beziehungsweise Ergebnissen genannt, keine detaillierte Übersicht über einzelne Kostenkomponenten, Interventionskosten nur als Summe berichtet.

Sowohl Onrust 2008 / 2010 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 berichteten die Kosten in der Währung EUR, machten jedoch keine Angaben zur Diskontierung. Onrust 2008 / 2010 verwendeten das Basisjahr 2003 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 das Jahr 2001. Angaben zur Perspektive machten lediglich die Autor:innen der Studie von Onrust 2008 / 2010, die eine gesellschaftliche Sicht einnehmen, bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 liegen dazu keine Angaben vor.

Hinsichtlich der Kostenparameter wurden die direkten medizinischen Kosten bei Onrust 2008 / 2010 mit Elementen aus Medical Technology Assessment Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness (TiC-P) erhoben. Erfragt wurden Kosten der letzten vier Wochen, die auf ein Jahr hochgerechnet wurden. Die Bepreisung erfolgte nach Oostenbrink 2004 [183]. Hierin eingeschlossen sind die Kontakte zu ärztlichem und fachärztlichem Personal, die Dienste zur Versorgung psychischer Erkrankungen und zu Abhängigkeitserkrankungen, die Krankenhausversorgung bei psychischen Erkrankungen sowohl ambulant als auch in einer Tagesklinik oder stationär. Ebenfalls eingeschlossen ist die ambulante oder stationäre Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus, die ambulante oder stationäre Behandlung in einem Lehrkrankenhaus sowie die Kosten für eine/einen niedergelassene/niedergelassenen Psychotherapeut:in, Sozialarbeiter:in, Physiotherapeut:in, Heilpraktiker:in und die häusliche Pflege.

Die direkten nicht-medizinischen Kosten beinhalten die Kosten für Haushaltshilfe, informelle häusliche Hilfe für Patient:innen, Kosten für Transport und Parken sowie der damit verbundene Zeitverbrauch.

Für die Ermittlung der Interventionskosten wurden die Angaben von zwei teilnehmenden Institutionen zu ihren Ausgaben im Rahmen der Intervention genutzt. Zudem wurden Kostenschätzungen anhand des Manual Visiting Services [185] auf Basis des Health Care Index [186] und des Allgemeinen Index von Statistik Niederlande vorgenommen. Damit lagen vier Schätzwerte zu den Interventionskosten vor, die gemittelt wurden. Die Interventionskosten beinhalten die Organisation, die Ausbildung der Ehrenamtlichen, Supervision, die Ausgaben für die Koordination sowie die Kosten für Telefongespräche und den Overhead.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 berücksichtigten lediglich direkte medizinische Kosten für einen Krankenhaustag in der Primärversorgung oder in einem spezialisierten Krankenhaus sowie die Kosten für ambulante Kontakte zu ärztlichem und fachärztlichem Personal sowie ambulante Kontakte zu fachärztlichem Personal in spezialisierten Krankenhäusern. Die Ermittlung der Preise für die direkten medizinischen Kosten und die Interventionskosten. erfolgte anhand von Hujanen 2003 [187]. Weitere Angaben wurden nicht gemacht.

A4.2.3 Ergebnisse gesundheitsökonomischer Evaluationen

Die Ergebnisse der eingeschlossenen gesundheitsökonomischen Studien werden in Tabelle 53 dargestellt. Die ermittelten Kosten pro Patient:in und / oder die inkrementellen Kosten-Nutzen-Verhältnisse werden jeweils entsprechend der in der Studie dargestellten Währung und dem entsprechenden Indexjahr angegeben. Um die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien vergleichen zu können, wurden die Kostenangaben zusätzlich (sofern notwendig) in Euro (€) konvertiert und mittels des aktuellen VPI des Statistischen Bundesamts inflationiert.

Tabelle 53: Ergebnisse Kosten- und / oder Kosteneffektivität

Studie	**Kostendifferenzen der Interventionen pro Patient:in (Maß der Unsicherheit sofern angegeben)**	**Nutzendifferenzen pro Patient:in (Maß der Unsicherheit sofern angegeben)**	**Inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis pro Patient:in**	**Schwellenwert**	**Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen**	**Schlussfolgerungen der Autor:innen**
Onrust 2008 / 2010	210 € (p = 0.563) p. P. p. a. IG Interventions-Kosten: 553 € p. P. p. a. die durch Einsparungen in medizinischen sozialen Maßnahmen aufgewogen wurden) (S. 8)	0,01 - (-0,02)[b] p. P. p. a. (n. S) (S. 7)	6827 € pro zusätzlichen QALY (390 - 180) / (0,01 - (-0,02)) = 6827 €. Bootstrapping (n = 2500): Mediane IKER 4123 € (95 % KI: – 627 530 € – 668 056 €)	Bei 0 € 31 % Wahrscheinlichkeit für Kosteneffektivität (S. 8) Bei 10 000 € (Wahrscheinlichkeit für Kosteneffektivität 55 %); 20 000 € (Wahrscheinlichkeit für Kosteneffektivität 70 %); (S. 8) Net Monetary Benefit (NMN): WtP 20 000 € (20 000 * 0.031 – 210) NMN = 410 €; WtP 80 000 € (80 000 * 0.031 – 210) NMN = 2270 €. (S.9)	Einbeziehung indirekter Kosten (S.6f., 9f.): IKER 11 239 €[c]. Bootstrapping (n = 2500) Mediane IKER 6151 € (95 % KI: – 205 706 € – 222 067 €). (S. 9 ff.)	Auch ohne klinische Effektivität könnte die Kosteneffektivität von Besuchsprogrammen bei Trauernden akzeptabel sein. Ab einem WtP von 8000 € liegt die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention kosteneffektiver ist als keine Intervention bei 50 %. Insgesamt zeigt sich, dass Menschen in der IG weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nahmen. Diese Einsparungen kompensieren nicht die Interventionskosten.
Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011	-943 € p. P. p. a. (95 % KI: -1955 € bis -127) p = 0,039[a]	Hazard Ratio für Mortalität 0,039 (95 % KI: 0,15-0,98) p = 0,044 Verbesserung der subjektiven Gesundheit zu Gunsten der Interventions-gruppe (p = 0,007)	k. A.	k. A.	k. A.	Die Differenz der Kosten zwischen IG und KG übersteigt die Interventionskosten.

Studie	Kostendifferenzen der Interventionen pro Patient:in (Maß der Unsicherheit sofern angegeben)	Nutzendifferenzen pro Patient:in (Maß der Unsicherheit sofern angegeben)	Inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis pro Patient:in	Schwellenwert	Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen	Schlussfolgerungen der Autor:innen
Abkürzungen: IG: Interventionsgruppe k. A.: keine Angabe KG: Kontrollgruppe n. r.: nicht relevant n. s.: nicht signifikant p. a.: pro Jahr p. P.: pro Person IKER: inkrementelle Kosten-Effektivität-Relation WtP: Willingness to pay NMN: Netto Monetärer Nutzen QALY: qualitätsadjustiertes Lebensjahr KI: Konfidenzintervall						
Erklärungen: a: beinhaltet nicht die Interventionskosten von 1052,52 € pro Person. b: Die Berechnung der Nutzendifferenz ist aufgrund der nicht im Text dargestellten Adjustierung nicht nachvollziehbar (Interventionsgruppe 0,01 abzüglich der Kontrollgruppe -0,02) c: In der Publikation angeben sind 11,239 €, nachvollziehbarer wäre hier ein Wert von 11.239 €. Möglicherweise liegt hier ein Formatfehler vor.						

Für die Besuchsdienste von Ehrenamtlichen ermitteln Onrust 2008 / 2010 durchschnittliche Interventionskosten pro Person in Höhe von 553 €, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 574 € [77,78]. Die Interventionskosten der Gruppenangebote belaufen sich bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 auf 881 €, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 1053 € [77,78]. Angaben zu Details der Ermittlung der Interventionskosten wurden nicht berichtet.

Hinsichtlich der Kostendifferenz pro Teilnehmer:in ergibt sich bei Onrust 2008 / 2010 eine statistisch nicht signifikante Differenz von 210 € (p = 0,563) pro Person zu Gunsten der Kontrollgruppe, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 218 € [77,78]. Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 geben die Kostendifferenz mit -943 € pro Person pro Jahr an (95 %-KI: [-1955; -127]; p = 0,039) zu Gunsten der Interventionsgruppe, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 1127 € [77,78]. Dabei werden die Interventionskosten in Höhe von 881 €, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 1053 €, nicht berücksichtigt.

In der Untersuchung der „Besuchsdienste durch Ehrenamtliche“ zeigte sich in der Interventionsgruppe von Baseline bis zum Follow up mit durchschnittlich 0,04 QALY eine statistisch signifikante Zunahme der Nutzwerte. Der Unterschied in der Kontrollgruppe wurde nicht nachvollziehbar mit einem statistisch nicht signifikanten Unterschied von durchschnittlich 0,1 QALY (bei Angabe von Baseline 0,83, Follow up 0,81 QALY) berichtet. Die Nutzendifferenz zwischen den Gruppen kann aufgrund einer fehlenden Darstellung einer vorgenommenen Adjustierung nicht nachvollziehbar erfasst werden. Angegeben wurde, dass der Unterschied nicht statistisch signifikant ist.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 ermittelten ein Hazard Ratio für die Mortalität von 0,039 (95 %-KI: [0,15; 0,98]; p = 0,044).

Angaben zum inkrementellen Kosten-Nutzen-Verhältnis pro Person machten lediglich Onrust 2008 / 2010. Es ergeben sich 6827 € pro gewonnenem QALY, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 7085 € [77,78]. Mittels Bootstrapping (n = 2500) wird ein Median für die IKER von 4123 € (95 %-KI: [-627 530 €; 668 056 €]) ermittelt, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 4278,85 € [77,78]. Onrust 2008 / 2010machten Angaben zur Akzeptanz der Kosten-Nutzwert-Relation sowie zum Schwellenwert der Kosteneffektivität. Die Akzeptanz der Intervention liegt bei einer nicht vorhandenen Zahlungsbereitschaft bei einer Wahrscheinlichkeit von 31 %. Ist eine Zahlungsbereitschaft von 10 000 € beziehungsweise 20 000 € vorhanden, steigt die Wahrscheinlichkeit auf 55 % beziehungsweise 70 %. Die Autor:innen ermitteln einen positiven inkrementellen Netto Monetären Nutzen (NMN). Bei einem Schwellenwert der Zahlungsbereitschaft von 20 000 € beträgt der NMN 410.

Onrust 2008 / 2010 berichteten Ergebnisse aus Sensitivitätsanalysen. Unter Einbeziehung der indirekten Kosten ergibt sich eine IKER von 11 €, währungskonvertiert und inflationsbereinigt 12 € [77,78]. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den von Onrust 2008 genannten 11 € möglicherweise um einen Formatfehler handelt (vergleiche Tabelle 53). Mittels Durchführung eines Bootstrappings (n = 2500) ergibt sich ein Median für die IKER von 6151 € (95 %-KI: [-205 706 €; 222 067 €). Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 machten zu den Ergebnissen aus den Sensitivitätsanalysen keine Angaben.

Onrust 2008 / 2010 schlussfolgerten, dass auch ohne klinische Effektivität die Kosteneffektivität von Besuchsprogrammen bei Trauernden akzeptabel sein kann und dass, ab einer Zahlungsbereitschaft von 8000 € die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention kosteneffektiver ist als keine Intervention bei 50 % liegt. Insgesamt schlussfolgerten Onrust 2008 / 2010, dass ältere Menschen in der Interventionsgruppe weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, jedoch letztendlich die Einsparungen nicht die Interventionskosten kompensieren.

Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 geben als Fazit der gesundheitsökonomischen Analyse an, dass die Intervention Vorteile in Bezug auf die Gesundheit, die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen sowie das Überleben hat.

A4.2.4 Bewertung der Berichtsqualität und Übertragbarkeit

A4.2.4.1 Bewertung der Berichtsqualität

In Tabelle 54 werden die Ergebnisse der Berichtsqualitätsbewertung der eingeschlossenen Studien dargestellt.

Tabelle 54: Bewertung der Berichtsqualität

Kriterium		Onrust 2008 / 2010		Kommentar	Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011		Kommentar
		Berichtet	Begründet[a]		Berichtet	Begründet[a]	
Hintergrund							
1	Hintergrund der Studie und Präzisierung der Studienfrage	Ja	Ja		Ja	Ja	
Methoden							
2	Charakterisierung der Studienpopulation und der Subgruppen	Ja	Ja		Ja	Ja	
3	Interventionsalternativen	Ja	Ja		Ja	Nein	
4	Entscheidungs- und Versorgungskontext	Ja	Ja		Ja	Ja	
5	Wahl der Perspektive	Ja	Ja	Es wird eine Erläuterung vorgenommen, weshalb keine Produktivitätskosten einbezogen wurden.	Nein	Nein	
6	Zeithorizont	Ja	Ja		Ja	Nein	
7	Schwellenwert	Ja	Ja		Nein	Nein	
8	**Nutzenparameter / klinische Parameter**						
8a	Auswahl der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	Ja	Nein		Ja	Nein	
8b	Quellen der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend		Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	
8c	Qualität der in die Analyse eingehenden Nutzenparameter	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend		Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	
9	**Nutzwertet**						
9a	Quellen der in die Analyse eingehenden Nutzwerte	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend		Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	

Kriterium		Onrust 2008 / 2010		Kommentar	Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011		Kommentar
		Berichtet	**Begründet[a]**		**Berichtet**	**Begründet[a]**	
9b	Erhebungsmethode und Referenzkollektiv der Nutzwerte	Ja	Nein		Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	
10	**Ressourcenverbrauch und Kosten**						
10a	Eingehende Ressourcen und Kostenparameter	Ja	Ja		Ja	Nein	
10b	Quellen des in die Analyse eingehenden Ressourcenverbrauchs und Preise	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend		Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	
10c	Erhebungsmethode der Ressourcen und Kostenparameter	Ja	Ja		Nein	Nein	
10d	Währung (inkl. Umrechnung) und Indexjahr (inkl. Inflation)	Ja	Ja	Währung und Indexjahr sind angegeben. Eine Angabe, ob eine Inflationsbereinigung durchgeführt wurde, besteht für die Interventionskosten, fehlt jedoch für die direkten medizinischen und nicht-medizinischen Kosten.	Ja	Ja	Währung und Indexjahr sind angegeben. Eine Angabe, ob eine Inflationsbereinigung durchgeführt wurde, fehlt.
11	**Modelle = nicht zutreffend**						
12	**Diskontierung Kosten und Nutzen = nicht zutreffend**						
13	**Statistische Verfahren**						
13a	Methoden zur Analyse der Unsicherheit (z.B. Sensitivitätsanalysen)	Ja	Nein	Ein Bootstrapping zur Ermittlung der Wahrscheinlichkeit einer Kosteneffektivität	Ja	Nein	Ein Bootstrapping zur Ermittlung der Wahrscheinlichkeit einer Kosteneffektivität

Kriterium		Onrust 2008 / 2010		Kommentar	Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011		Kommentar
		Berichtet	Begründet[a]		Berichtet	Begründet[a]	
				der Intervention wird durchgeführt und berichtet. Subgruppenanalysen werden nicht berichtet.			der Intervention wird durchgeführt und berichtet. Subgruppenanalysen werden nicht berichtet.
13b	Weitere analytische Methoden (z.B. Datensynthese, Umgang mit unterschiedlichen Datenverteilungen, fehlenden/zensierten Daten, Extrapolationen)	Ja	Nein		Ja	Nein	
14	**Ergebnisse**						
14a	Ergebnisse der Analyse/ Modellierung für jede Intervention absolut und inkrementell	Ja	Nein		Nein	Nein	
14b	Ergebnisse von Sensitivitätsanalysen (uni-/ multivariat, probabilistisch)	Ja	Nein	Ein Bootstrapping zur Ermittlung der Wahrscheinlichkeit einer Kosteneffektivität der Intervention wird durchgeführt und berichtet. Subgruppenanalysen werden nicht berichtet.	Ja	Nein	Ein Bootstrapping zur Ermittlung der Wahrscheinlichkeit einer Kosteneffektivität der Intervention wird durchgeführt und berichtet. Subgruppenanalysen werden nicht berichtet.
14c	Heterogenität/ Subgruppen mit unterschiedlichen Ergebnissen bzgl. Kosten, Nutzenparameter oder Kosteneffektivität	Nein	Nein		Nein	Nein	

Kriterium		Onrust 2008 / 2010		Kommentar	Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011		Kommentar
		Berichtet	**Begründet[a]**		**Berichtet**	**Begründet[a]**	
15	**Diskussion**						
15a	Diskussion der Ergebnisse und Limitationen	Ja	Ja		Ja	Ja	Allerdings nicht in Bezug auf Kosten
15b	Diskussion der Übertragbarkeit	Ja	Ja		Nein	Nein	Allerdings nicht in Bezug auf Kosten
15c	Schlussfolgerungen	Ja	Ja		Ja	Ja	Allerdings nicht in Bezug auf Kosten
16	**Weiteres**						
16a	Interessenkonflikte und Studienfinanzierung	Ja	Ja		Ja	Ja	
a: Die Studie enthält zum jeweiligen Kriterium eine kurze Erläuterung oder eine Quellenangabe.							

Die Bewertung der Berichtsqualität der beiden einbezogenen Studien orientiert sich an den Kriterien des Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS-Statement) [138].

Beide Studien beschreiben als Indikationsgebiet ihrer Maßnahmen die Reduktion sozialer Isolation und / oder Einsamkeit und stellen die Zielsetzung der gesundheitsökonomischen Analyse dar. Hinsichtlich der Berichtsqualität in der Beschreibung des methodischen Vorgehens wird in beiden Publikationen eine Charakterisierung der Studienpopulation vorgenommen, und es erfolgt eine Darstellung des Versorgungskontextes. Die Interventionen werden in beiden Publikationen beschrieben, die Vergleichsalternative stellt in beiden Studien die Normalversorgung dar, wobei die Vergleichsgruppe bei Onrust 2008 / 2010 zudem eine Informationsbroschüre erhält. Onrust 2008 / 2010 gibt zusätzlich eine Beschreibung der Unterstützungsmöglichkeiten in den Niederlanden für verwitwete Personen an, während Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 keine Beschreibung vornehmen. Die Wahl der Perspektive wird bei Onrust 2008 / 2010 genannt und zudem wird erläutert, weshalb keine indirekten Kosten berücksichtigt werden. Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 machen keine Angaben zur Perspektive.

Für beide Studien werden die einbezogenen Nutzenparameter beziehungsweise klinischen Parameter beschrieben. Eine Begründung für die Verwendung dieser Parameter erfolgt nicht.

Keine der beiden Studien berichtet die Ressourcenverbräuche der Studienpopulation in Interventions- und Vergleichsgruppe. Onrust 2008 / 2010 inkludieren direkte medizinische und nicht-medizinische Kosten und berichten deren Kosten sowie die verwendeten Erhebungsmethoden. Zudem werden die Interventionskosten beschrieben. Bei Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 werde lediglich ein Teil der direkten medizinischen Kosten und die zugrunde gelegten Preise berichtet. Bezüglich der Interventionskosten wird lediglich berichtet, welche Parameter inkludiert werden. Detaillierte Angaben zu den Kosten einzelner Parameter der Interventionskosten finden sich nicht.

In beiden Publikationen machen die Autor:innen Angaben zu den statistischen Verfahren, eine Begründung für die Auswahl erfolgt nicht. Onrust 2008 / 2010 geben an, dass Sensitivitätsanalysen durchgeführt wurden. Hierbei werden jedoch nur Varianten unter Einbezug indirekter Kosten gerechnet. Im Zuge der Datenanalyse wird bei Onrust 2008 / 2010 eine Adjustierung unter Berücksichtigung der Confounder der unterschiedlichen Lebensqualitäten zur Baseline sowie der Ungleichverteilung bezüglich des Einsamkeitsgefühl zur Baseline-Erhebung vorgenommen. Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 ermittelt das adjustierte Mortalitätsrisiko im Rahmen einer Cox-Analyse.

Sowohl Onrust 2008 / 2010 als auch Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 diskutieren die Ergebnisse und Limitationen ihrer Studien, allerdings nicht in Bezug auf die Kosten. Lediglich

Onrust 2008 / 2010 gehen im Rahmen der Diskussion auch auf Aspekte zur Übertragbarkeit der Ergebnisse ein.

A4.2.4.2 Übertragbarkeit

In Tabelle 55 werden die Ergebnisse der Übertragbarkeitsbewertung der eingeschlossenen Studien dargestellt.

Tabelle 55: Bewertung der Übertragbarkeit

Übertragbarkeit auf die zu untersuchende Fragestellung und den Kontext	**Onrust 2008 / 2010**	**Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011**	**Kommentar**
	Ja **Nein** **Teilweise** **Unklar** **Nicht zutreffend**	**Ja** **Nein** **Teilweise** **Unklar** **Nicht zutreffend**	
Bildet die Fragestellung der Studie exakt die Fragestellung des HTA-Berichts ab?	Ja	Ja	
Entspricht die Studienpopulation in der Publikation der Population der Fragestellung des HTA-Berichts? (Bezugspunkte: Teilnehmer:innenselektion, Baselinecharakteristika)	Teilweise[a]	Ja	
Werden die für die Fragestellung des HTA-Berichts relevanten Endpunkte in der Studienpublikation berichtet?	Ja	Ja	
Sind die in der Studienpublikation herangezogenen Daten für die Effekte übertragbar auf die Fragestellung des HTA-Berichts?	Ja	Ja	
Sind die in der Studienpublikation herangezogenen Kosten übertragbar auf das deutsche Gesundheitssystem (Perspektive, Versorgungskontext, Empfehlungen in Leitlinien, zusätzlich erforderliche Leistungen etc.)?	Teilweise[b]	Teilweise[b]	
Sind epidemiologische, demographische und sozioökonomische Parameter (Prävalenz und Inzidenz, genetische Varianten, Lebenserwartung, Patient:innenpräferenzen) übertragbar auf die Studienpopulation im HTA-Bericht?	Unklar	Unklar	Zur Studienpopulation wurden keine entsprechenden Angaben gemacht.

Ist die Modellstruktur übertragbar auf die zu untersuchende Fragestellung des HTA-Berichts?	Nicht zutreffend	Nicht zutreffend	
Gibt es weitere relevante Aspekte, die einen Einfluss auf die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Fragestellung des HTA-Berichts haben?	Nein	Nein	
a: Einschlusskriterium hinsichtlich des Alters war >=55 Jahre. Zudem wurden 5 Menschen, die jünger waren und sich aufgrund eines Medienaufrufes gemeldet hatten, eingeschlossen. b: Ressourcenverbräuche scheinen übertragbar zu sein. Aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Kostenstrukturen erscheint eine Übertragbarkeit von Preisen und Kosten unklar.			

Die Bewertung der Übertragbarkeit der Ergebnisse orientiert sich an den Kriterien des European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) HTA adaptation toolkit [139] und überprüft die Übertragbarkeit der beiden gesundheitsökonomischen Studien auf die zu untersuchende Fragestellung sowie auf den deutschen Versorgungskontext. In beiden Studien wird die Fragestellung des vorliegenden HTA-Berichts abgebildet. Allerdings entspricht die Studienpopulation in der gesundheitsökonomischen Studie von Onrust 2008 / 2010 nur teilweise der für den vorliegenden Bericht betrachteten Population älterer Menschen ab 65 Jahren. Onrust 2008 / 2010 schlossen ältere Menschen ab 55 Jahren ein. Zudem wurden fünf Menschen, die jünger waren und sich aufgrund eines Medienaufrufes gemeldet hatten, eingeschlossen. Bei der in die Studie von Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 eingeschlossenen Population handelt es sich um Menschen ab 75 Jahren mit einem subjektiven Gefühl von Einsamkeit. Dies entspricht hinsichtlich der Selektionskriterien sowie der Baselinecharakteristika der Fragestellung des vorliegenden HTA-Berichts.

In beiden Studien erscheinen die verwendeten Endpunkte sowie die berichteten Effekte übertragbar auf die Fragestellung des vorliegenden HTA-Berichts.

Die Beurteilung der Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem ist dadurch erschwert, dass die Ressourcenverbräuche nicht berichtet wurden. Einschränkend ist zudem zu berücksichtigen, dass Onrust 2008 / 2010 die gesellschaftliche Perspektive verwendeten und dabei auch die Zeitverbräuche der Teilnehmer:innen an den Besuchsdiensten einbezogen. Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 machten keine Angaben zur verwendeten Perspektive. Zudem fehlt eine Darstellung des Mengen- und Preisgerüsts für die Ermittlung der Interventionskosten. Angegeben wurden die verwendeten Kontaktwerte für direkte medizinische Kosten. Allerdings wurden Arzneimittel und psychotherapeutische Leistungen nicht erfasst. Onrust 2008 / 2010 erfassten alle bezüglich der Indikation relevanten direkten medizinischen und direkten nicht-medizinischen Kosten und stellen die Bepreisung der

Kontaktwerte detailliert dar. Für beide Studien erscheint die Übertragbarkeit der verwendeten Preise und Kosten aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Kostenstrukturen unklar.

Da Onrust 2008 / 2010 und Routasalo 2009 / Pitkala 2009 / 2011 keine entsprechenden Angaben zur Studienpopulation machen, ist unklar, inwieweit epidemiologische, demographische und sozioökonomische Parameter auf die Studienpopulation im HTA-Bericht übertragbar sind.

A5 Details der Ergebnisse: Ethische, soziale / organisatorische und rechtliche Aspekte

A5.1 Perspektive von Stakeholdern und Betroffenen

Betroffenenperspektive (Methodik Einzelnterviews)

Dem INTEGRATE-HTA Ansatz folgend, wurden zwei Personen, die von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffenen waren, zu ihren Erfahrungen mit Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit interviewt. Die Interviews wurden im Januar 2021 telefonisch geführt und dauerten jeweils 45 Minuten. Die Rekrutierung erfolgte über eine Seniorenberatungsstelle sowie über eine Sozialstation. Zusätzlich wurde eine Ehrenamtliche interviewt, die seit mehreren Jahren Angebote für Menschen, die von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen sind, durchführt. Das Interview erfolgte ebenfalls im Januar 2021 und dauerte 45 Minuten.

Im Mittelpunkt der Interviews standen die Erfahrungen der Interviewten mit Maßnahmen, ihre Akzeptanz, wahrgenommene Hürden, förderliche Faktoren sowie Wünsche an zukünftige Angebote. Die interviewten Betroffenen berichteten von Maßnahmen einer Sozialstation in Schleswig-Holstein sowie von verschiedenen Angeboten einer Seniorenberatungsstelle, die von der Hamburger Sozialbehörde eingerichtet sowie aus öffentlichen Mitteln finanziert wurden. Die Sozialstation gehört zu einem der großen Wohlfahrtsverbände, bietet Pflegeleistungen und darüber hinaus soziale Angebote im Rahmen des SGB XII Altenhilfe an. Die geführten Betroffenengespräche wurden bei der Erarbeitung des Berichtsprotokolls berücksichtigt. Alle Ergebnisse sind in den jeweiligen Domänen und Tabellen dieses HTA-Berichts ausgeführt.

Validierung der Projektergebnisse durch Stakeholder:innen

Dem INTEGRATE-HTA Ansatz folgend, wurden die finalen Aspekte der Nutzenbewertung, der gesundheitsökonomischen Bewertung, der juristischen, ethischen und sozialen Einschätzung von entsprechenden Stakeholder:innen hinsichtlich ihrer Nachvollziehbarkeit und Vollständigkeit in einem Stakeholder:innen-Workshop validiert. Dafür wurden verschiedene Stakeholder:innen identifiziert und eingeladen. Aus der Projektgruppe nahmen Personen aus den Bereichen Nutzenbewertung, Gesundheitsökonomie, Recht, Ethik und Soziale Aspekte teil. Für die externe Perspektive (Stakeholder:innen) wurde ein Referent für Altenhilfe und Pflege eines Spitzenverbandes der freien Wohlfahrtspflege sowie ein Mitarbeiter eines Pflegestützpunktes mit Seniorenberatungsstelle eingeladen. Moderiert wurde der Stakeholder-Workshop von der Projektleiterin des HTA-Berichts.

Der Stakeholder-Workshop fand mit insgesamt zehn Teilnehmenden am 7. Juli 2021 von 14 bis 17 Uhr per Videokonferenz statt. Alle Ergebnisse konnten konsensual besprochen werden. Neue Aspekte sind in den jeweiligen Domänen und Tabellen ausgeführt.

A5.2 Ethische Aspekte

Zur Darstellung von relevanten ethischen Aspekten der zu bearbeitenden Fragestellung, wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt, das 1.) die Sichtweisen der beteiligten Stakeholder sowie 2.) den derzeitigen Kenntnisstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung abbildet.

A5.2.1 Recherche zu ethischen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Bei der Suche in PubMed, PhilPapers und Wiso Sozialwissenschaften wurden zwölf relevante Fachartikel identifiziert. Diese stellten, zusammen mit den Interviews der Betroffenen beziehungsweise Ehrenamtlichen, einer Internetseite und der theoretischen Reflexion der Berichtsautor:innen der Ethik-Domäne die Basis für die Identifizierung ethischer Aspekte dar. Es wurden insgesamt 25 Aspekte gefunden beziehungsweise herausgearbeitet. Insgesamt acht Aspekte wurden durch theoretische Reflektion vor dem recherchierten Informationshintergrund entwickelt.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.1.

A5.2.2 Identifizierte ethische Aspekte

In Tabelle 56 sind die identifizierten ethischen Aspekte dargestellt.

Tabelle 56: Informationsaufbereitung zu den identifizierten ethischen Aspekten

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
1. Wohltun (Nutzendimension)		
1.1 Risiko, dass nicht zwischen empfundener Einsamkeit (subjektiv) und physischer Isolation zu anderen Personen (objektiv) differenziert wird.	„Dr. Cacioppo's research found that being alone and loneliness are different but related. Social isolation is the objective physical separation from other people (living alone), while loneliness is the subjective distressed feeling of being alone or separated. It's possible to feel lonely while among other people, and you can be alone yet not feel lonely." [188]	Orientierende Recherche
1.2 Risiko, die Betroffenen nicht zur sozialen Teilhabe motivieren zu können, da das vertraue Umfeld nicht (mehr) vorhanden ist.	„Loss of friends and family. Around two thirds of participants related their low interaction levels to the absence of old friends and neighbours who had died, and the absence of family members who had moved away." (…) „Loss of community. Around half of the participants mourned the loss of an 'old community' in which residents had supported one another. They felt abandoned by 'uncaring' neighbours and therefore disinclined to pursue local social opportunities." (Goll 2014, S. 7) [189]	Orientierende Recherche
1.3 Risiko, dass eine Intervention Unsicherheit in sozialen Situationen als ein entscheidender Faktor für die Ermöglichung sozialer Teilhabe nicht ausreichend adressiert.	„Evidence suggests that loneliness reflects a lack of perceived safety in social situations, which leads to cognitive and behavioural patterns that maintain loneliness, such as selective attention to negative social stimuli [53–54]." (Goll 2014, S. 12) [189]	Orientierende Recherche
1.4 Risiko, dass Betroffenen aus Scham ihre soziale Isolation und/oder Einsamkeit zuzugeben Angebote nicht nutzen.	„It remains a taboo subject, and it is almost an embarrassment to admit that one is or ever has been lonely (Killeen 1998). Forbes (1996) concurs with this, and says that loneliness remains negatively stereotyped." (Murphy 2006, S. 22) [190]	Orientierende Recherche
1.5 Risiko, dass Betroffene ihr Problem als „zu klein" empfinden, um Ärzt:innen davon zu erzählen.	„Die Möglichkeit einer Ansprechperson, für alltägliche Dinge wie die Reparatur eines Fernsehers. Oder im Allgemeinen Ansprechpartner, welcher weiß, welche Anträge man stellen kann und dabei auch hilft." (Betroffeneninterview)	Interview; Orientierende Recherche.

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
2. Nicht-schaden (Schadendimension)		
2.1 Risiko, dass die Personalausstattung für die erforderliche intensive Betreuung nicht ausreicht.	„They felt many of the older adults being cared for at home have illnesses thatrequire exte nsive and at times advanced care that can be difficult to provide for there." (…) „The HDMs told of the ethical dilemmas associated with the strained conditions in elder care. They said that caregivers working in the homes worked in a hurried task oriented manner that did not address the individual patient's needs." (…) „The shortage of physicians in elder care and current recruiting difficulties can originate from several causes but are still problems the HDMs are obligated to resolve. Physicians have ranked caring for older patients last in the area of prestige [24]" (…) „Ethical dilemmas related to the lack of good medical care was said to occur when the ill patients were poorly assessed or received poor medical service due to a continuous shortage of physicians. They spoke of the physician shortage in elder care causing unnecessary referrals of older adult patients to the hospitals and felt that daily caregivers often lacked the competence to make referral decisions." (Mamhidir 2006, S. 3ff) [191] „Ebersole (2002) says that nurses encounter individuals at their most vulnerable but that nurses are often so harried and hurried that they do not or cannot take the time to assuage loneliness. McCann et al (2005) highlight that many older clients in the community who experience loneliness welcome the chance to talk to their carers who are seen as playing a pivotal role in in providing them with social support. However, some of the care assistants interviewed in this study maintained that because of working conditions they did not have sufficient time to talk to their clients." (Murphy 2006, S. 24) [190]	Orientierende Recherche
2.2 Risiko, dass die soziale Isolation und Einsamkeit auch zu einer Entfremdung vom System führt und Gesundheitsdienstleistungen abgelehnt werden.	„There is evidence for strong links between social identity and utilisation of healthcare [3]; for example, healthcare is more readily accepted when a receiver shares a preferred social identity with a provider, and a lack of shared social identity may lead to service refusal [34, 35]." (Goll 2014, S. 3) [189]	Orientierende Recherche

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
2.3 Risiko, dass der schlechte Gesundheitszustand die soziale Isolation und Einsamkeit verstärkt beziehungsweise Verbesserungen verhindert.	„Almost all participants said that their illnesses and disabilities led to a range of practical issues that made social participation challenging, including low energy levels, difficulties utilising transport, difficulties managing symptoms, and problems mobilising." (Goll 2014, S.6) [189] „Likewise, participation in interventions against social isolation may not be for everybody, whether it be for mobility impairment or poor health." (Röhr et al. 2020, S. 7) [192] „We came to realize that inviting participants to attend face-to-face events could have created undue stress and discomfort for those whose health problems made it difficult to interact with others in social settings. One participant was clearly upset when he described his hearing loss, which made it very difficult to enjoy any social outings and left him feeling disconnected from group conversations. Another participant described the anxiety he experienced when traveling to and from the social events. Chronic pain and incontinence meant that leaving the house for any length of time was fraught with challenges." (Waycott et al. 2015, S. 7) [193] „Social isolation may result from concern about the reaction of others to visible manifestations of illness. Stigma is a major theme in chronic illness (Lubkin & Larson, 2002). Goffman's (1963) classic study traces the use of the word to ancient Greece and refers to stigma as "bodily signs designed to expose something unusual and bad about the moral status of the signifier" (Beal 2006, S. 809) [194] „Großes Problem ist die Immobilität. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Leute abgeholt werden können, um überhaupt an den Gruppen teilnehmen zu können. Taxifahrten sind oft finanziell nicht realisierbar. Eine ausreichend hohe Taxipauschale für Alte oder Fahrdienst wäre ein Lösungsansatz." (Betroffeneninterview) „Es wäre gut, wenn man auch abgeholt wird und wieder nach Hause gebracht wird, wenn man es aus eigener Kraft nicht mehr schafft." (Betroffeneninterview)	Orientierende Recherche; Interview

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
2.4 Risiko, dass besonders einkommensschwächere Betroffene einem gewandelten sozialen Umfeld weniger vertrauen (Stereotypen gegenüber Fremdsprachigen, anderen Schichten und Eindruck von mehr Kriminalität).	„They associated the loss of community with a high turnover of local residents (especially the influx of younger people and non-English speakers), a perceived increase in crime, and the loss of valued social groups. Notably, perceptions of a lost community were particularly prevalent among participants from lower socioeconomic backgrounds." (Goll 2014, S. 7) [189] „In relation to social isolation, survey participants cited factors such as loss of family contact or family disputes, reduction in day-to-day callers, loss of functioning and mobility, fear due to increase in crime, and negative attitudes towards older people in general. Those that were married and lived in urban areas with access to transport, and who were in good health and on higher levels of income were least likely to feel lonely." (Murphy 2006, S. 23) [190]	Orientierende Recherche
2.5 Risiko, dass von sozialer Isolation und Einsamkeit Betroffene aufgrund mangelnder Überprüfung unentdeckt bleiben.	„However, social isolation is not routinely assessed in primary care settings, and therefore often goes undetected." (Nicholson 2012, S. 138) [195]	Orientierende Recherche
2.6 Risiko, Betroffene mit einem breiten Angebot zu überfordern beziehungsweise so erlebterter Druck gewisse Normen des letzten Lebensabschnitts zu erfüllen.	„When I retired, I felt like I'm going to "grab" the world, to finally do all of the things you couldn't do before, due to life's commitments to family and work. And society encourages that, with a wide range of volunteering options and activities offered to retired people… the atmosphere was like, 'so what are you doing on your pension? How do you spend your time? What are you studying?' Like you owe something to the world, like it was expected from you… So, I started doing it, going to lectures and activities and dancing and singing, filling my days with activities [older adult, female, age 75–79]". (Russo-Netzer & Littman-Ovadia 2019, S. 5f.) [196] „Consequently, conceptions of active ageing have been criticised for promoting biased policies that privilege or impose particular practices and lifestyles (Timonen, 2016). In the context of modern pluralistic societies and liberal democracies, this appears problematic as it can obstruct or even foreclose equal chances of leading a good life at old age." (Pfaller & Schweda 2019, S. 45) [197]	Orientierende Recherche

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
2.7 Risiko, dass Interventionen zu viel Wert auf Quantität statt Qualität der sozialen Kontakte legen.	„However, unidimensional, objective definitions of social isolation can assume that all contacts carry the same emotional and social value [3].” (Franck & Parkinson 2016, S. 4) [198] „Moreover, interventions against social isolation may fail to address what is important in relationships with others: meaningfulness and a sense of belonging (44).” (Röhr et al. 2020, S. 7) [192] „In one study of a friendship program for older women, widows had the smallest reduction in loneliness compared with other women (Stevens, 2001). One explanation for these findings may be that the new relationships were evaluated as qualitatively different from the missing relationship and thus were ineffective in reducing feelings of loneliness.“ (Beal 2006, S. 806) [194]	Orientierende Recherche; Theoretische Reflexion
2.8 Risiko, dass es zu schwierigen Auseinandersetzungen in Gruppen und Negativerfahrungen kommt.	„We experienced one incident in which a participant was clearly unpopular with other members in the group: During a social event, he dominated group discussions and talked over other people. The other participants requested not to be connected to him on Enmesh. This raises an interesting ethical dilemma about how to ensure the benefits of social isolation interventions are open to all, while also respecting individual participants’ rights to choose who they want to communicate with.“ (Waycott et al. 2015, S. 6) [193]	Orientierende Recherche
2.9 Risiko, Betroffene in Übergangsphasen von (temporärem) Krankenhausaufenthalt oder anderen betreuten Wohnsettings wieder zurück zum Alleinleben in der eigenen Wohnung, nicht ausreichend zu unterstützen.	„Wenn alte Menschen aus dem Krankenhaus kommen, wäre es sinnvoll, wenn der Pflegedienst längere Zeit bei den Patienten verbringt, damit diese die Umstellung von dem Krankenhaus, in dem immer jemand für sie da war, zur ‚einsamen‘ Wohnung besser hinbekommen. Jemand sollte da sein und die Patienten zu Hause willkommen heißen.“ (Betroffeneninterview)	Interview
2.10 Risiko, zu übersehen, dass Betroffene soziale Interaktionen oft selbst gerne vermeiden.	„Avoiding social opportunities. Almost all interviews revealed strategies that participants used for avoiding social interaction opportunities. For example, participants stated that they would refuse any invitations to local groups without hesitation. They also described “putting off” interactions; some directly admitted this, whilst others gave incoherent reasons for missing social opportunities that were suggestive of delaying behaviours.” (...) „Almost all participants’ avoided social opportunities on the basis of negative predictions, e.g. that activities would not be enjoyable, or that others would not be welcoming." (Goll 2014, S. 9) [189]	Orientierende Recherche

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
	„Particularly, the older individuals get, the more they may struggle to involve in new social relations, and sometimes even wish to disengage from society (43).” (Röhr et al. 2020, S. 7) [192]	
2.11 Risiko, dass Angebote nicht das Interesse der Zielgruppe treffen, da diese kategorisch keine Gruppenveranstaltungen mögen.	„Additionally, most participants asserted that they would not like particular activities offered at groups (which they thought might typically include bingo, ‘light entertainment’, and chatting), or the food provided.” (Goll 2014, S. 7) [189] „Furthermore, participants imagined that groups for older people consisted of rooms of ‘lifeless’ individuals doing nothing and waiting to die. Thus, they avoided such groups, believing that they would have nothing in common with members, and fearing that attendance might make them ‘old’ too.” (Goll 2014, S. 11) [189]	Orientierende Recherche
2.12 Risiko, dass die Betroffenen nie von Angeboten in ihrer Umgebung erfahren.	„Perceived lack of social opportunities. Almost all participants had little knowledge of local social opportunities.” (Goll 2014, S. 7) [189] „Angebot Bekanntmachung über Anzeigen in Zeitungen oder schwarzen Brettern erscheint nicht ausreichend.“ (Interview Ehrenamtliche)	Orientierende Recherche; Interview
2.13 Risiko, das Bedürfnis von Betroffenen nach Unabhängigkeit nicht ausreichend zu beachten.	„Fear of losing ‘independent’ identity. Almost all participants emphasized independence (being capable of supporting themselves) as a valued and honourable aspect of their identities. At the same time, they equated help-seeking with dependency, incapability, and additionally amorality, because in their eyes it involved exploiting the kindness of others. Importantly, participants saw accessing community services as a form of help-seeking that would threaten their independent identities.” (Goll 2014, S. 10) [189]	Orientierende Recherche
2.14 Risiko, das Bedürfnis von Betroffenen, auch selbst noch andere zu unterstützen, nicht ausreichend zu beachten.	„However, six participants expressed a desire to support others, and two said that they would happily receive support if they could simultaneously support the other person. Therefore, engagement in reciprocal helping roles appeared acceptable, whilst dependency was not.” (Goll 2014, S. 10) [189] „This is how it is with an elderly woman in my neighborhood, for example. I go there to keep her company so she won’t be alone and bored, and she thanks me so much, I tell her that I enjoy coming to her, that she doesn’t need to thank me so much… At times when I can’t visit, I feel really bad, and when I do [visit], it is fulfilling for me... [older adult, female, age 75–79].” (Russo-Netzer & Littman-Ovadia 2019, S. 7) [196] „Wenn man anderen Menschen hilft, wird die Einsamkeit auch weniger. (…) Man sollte viel füreinander da sein.“ (Betroffeneninterview)	Orientierende Recherche; Interview

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
3. Gerechtigkeit		
3.1 Herausforderung die Personen zu identifizieren, die unter sozialer Isolation (objektiv) auch leiden (subjektiv).	„Previous studies have estimated the heritability of loneliness between 37 percent and 55 percent using twins and family-based approaches. 'Individuals who are not prone genetically to feeling lonely may, for example, suffer much less from social isolation, while others feel lonely even though they are surrounded and part of a rich social life,' according to Nancy Pedersen, Ph.D., a professor of genetic epidemiology at the Karolinska Institutet in Stockholm, Sweden. (…) 'We need to identify people who are most prone to suffer from social isolation and loneliness and those who would benefit most from interventions,' said Dr. Pedersen. "Interventions for social isolation may look very different from interventions for those who feel lonely." (NIH National Institute on Aging (2019) Social isolation, loneliness in older people pose health risks) [188]	Orientierende Recherche
3.2 Risiko, dass Betroffene nicht wahrgenommen werden („keine Stimme haben").	Betroffene sind oft in ihrer Mobilität und Kommunikationsfähigkeit (insb. über Distanz, also via Telefon, Internet etc.) eingeschränkt. Sie nehmen weniger am sozialen Leben teil, sind damit weniger sichtbar und haben keine laute Stimme.	Theor. Reflexion
3.3 Risiko, nicht auf geschlechterspezifische oder andere individuelle Anforderungen / Präferenzen einzugehen.	„The men in the sample were often unaware that social opportunities might exist, whilst the women tended to have a basic awareness of services but limited knowledge of specific opportunities." (Goll 2014, S. 7) [189] „Fear of rejection. Around half of the participants, and particularly women, feared various forms of rejection by social groups, neighbours and services, including: being excluded from group discussions/ activities (particularly by pre-existing members who might be reluctant to admit newcomers), being refused help by services, and being humiliated following transgression of perceived social standards (e.g. making "mistakes" during discussions). Those who seemed to fear rejection the most reported a longstanding (and perhaps lifelong) preoccupation with this issue." (ebd., S. 9) (…) "Notably, an opposite process was observed in interviews with three male participants, all aged 80 years or above: they explained that they had withdrawn from social opportunities because they viewed themselves as 'too old' (P1, P5, P14)." (ebd., S. 11) „Several review authors have reported that the uptake of participants in the primary studies was heavily skewed towards the female population. This may be due to the reluctance of older men to engage with services and activities compared to women..	Orientierende Recherche ; Interview

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
	Moreover, women also have a longer life expectancy across nations than men, and are more likely to participate in research studies." (Fakoya et al. 2020, S. 10) [43] „However, none of the retrieved studies conducted in a rural context were of sufficient methodological quality for inclusion in this review, so this review could only consider interventions set in urban areas." (Franck & Parkinson 2016, S. 12) [198] (…) „The effectiveness or feasibility of these interventions in the rural context is yet to be established; it remains unclear how interventions from urban settings would need to be modified for rural settings." (ebd., S. 13) [198] „Wenn die Gruppen nur eine Sache anbieten, wie bspw. Spiele spielen. Die Betroffene mag keine Spiele spielen. Nimmt aber gerne an Gesprächen teil. Singen und Gymnastik kann die Betroffen aus gesundheitlichen Gründen nicht." (Betroffeneninterview)	
3.4 Risiko, dass die unterschiedlichen infrastrukturellen Gegebenheiten der Betroffenen nicht ausreichend berücksichtigt werden.	„However, none of the retrieved studies conducted in a rural context were of sufficient methodological quality for inclusion in this review, so this review could only consider interventions set in urban areas." (Franck & Parkinson 2016, S. 12) [198] (…) „The effectiveness or feasibility of these interventions in the rural context is yet to be established; it remains unclear how interventions from urban settings would need to be modified for rural settings." (ebd., S. 13) [198] „There are severe structural differences in the distribution of resources for successful and active ageing due to dimensions of social inequality (especially gender, race, ethnicity, class, and sexuality). The effects of this social inequality unfold over the entire course of a person's life and culminate in old age." (Pfaller & Schweda 2019, S. 45) [197]	Orientierende Recherche
3.5 Risiko, dass die Heterogenität, die in der Gruppe der sozial isolierten und einsamen Menschen besteht, nicht ausreichend berücksichtigt wird.	„One lesson we can draw from this is that it might not be possible or beneficial to design a social isolation intervention that adopts a 'one-size-fits-all' approach. Older adults who are socially isolated comprise a diverse group. Respecting their individual needs and preferences requires careful and considered approaches." (Waycott et al. 2015, S. 9) [193]	Orientierende Recherche
4. Menschenwürde		
4.1 Risiko, dass aufgrund der Stigmatisierung von Alter Menschen in die soziale Isolation und Einsamkeit getrieben werden.	„Widespread ageism [36, 38] may lead individuals to avoid groups for older people in case they become identified as 'old' and thus stigmatized. (…) Fear of losing 'youthful' identity. Around two thirds of participants characterised 'old' people in very negative terms, describing them as sick, disabled, dependent, incapable and decrepit. Thus, it was unsurprising that participants made frequent attempts to distance themselves	Orientierende Recherche

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
	from ‘old’ people, often describing themselves as youthful and ‘young at heart’.” (Goll 2014, S. 11) [189] „Moreover, with advancing age, older people are also increasingly exposed to ageism and age discrimination. Thus, already existing discrimination is further aggravated.” (Pfaller & Schweda 2019, S. 45) [197]	
5. Effizienz		
Keine spezifischen ethischen Aspekte identifiziert.	---	
6. Legitimität		
Keine spezifischen ethischen Aspekte identifiziert.	---	
7. Selbstbestimmung		
7.1 Risiko, zu übersehen, dass Betroffene soziale Interaktionen oft selbst gerne vermeiden.	„Avoiding social opportunities. Almost all interviews revealed strategies that participants used for avoiding social interaction opportunities. For example, participants stated that they would refuse any invitations to local groups without hesitation. They also described “putting off” interactions; some directly admitted this, whilst others gave incoherent reasons for missing social opportunities that were suggestive of delaying behaviours.” (...) „Almost all participants’ avoided social opportunities on the basis of negative predictions, e.g. that activities would not be enjoyable, or that others would not be welcoming." (Goll 2014, S. 9) [189] „Particularly, the older individuals get, the more they may struggle to involve in new social relations, and sometimes even wish to disengage from society (43).” (Röhr et al. 2020, S. 7) [192]	Orientierende Recherche
7.2 Risiko, dass Angebote nicht das Interesse der Zielgruppe treffen, da diese kategorisch keine Gruppenveranstaltungen mögen.	„Additionally, most participants asserted that they would not like particular activities offered at groups (which they thought might typically include bingo, ‘light entertainment’, and chatting), or the food provided.” (Goll 2014, S. 7) [189] „Furthermore, participants imagined that groups for older people consisted of rooms of ‘lifeless’ individuals doing nothing and waiting to die. Thus, they avoided such groups, believing that they would have nothing in common with members, and fearing that attendance might make them ‘old’ too.” (Goll 2014, S. 11) [189]	Orientierende Recherche

Konkreter ethischer Aspekt	Belegstelle/Zitat/Erläuterungen [Referenzen]	Quellen
7.3 Risiko, dass die Betroffenen nie von Angeboten in ihrer Umgebung erfahren.	„Perceived lack of social opportunities. Almost all participants had little knowledge of local social opportunities." (Goll 2014, S. 7) [189] „Angebot Bekanntmachung über Anzeigen in Zeitungen oder schwarzen Brettern erscheint nicht ausreichend." (Interview Ehrenamtliche)	Orientierende Recherche; Interview
7.4 Risiko, das Bedürfnis von Betroffenen nach Unabhängigkeit nicht ausreichend zu beachten.	„Fear of losing 'independent' identity. Almost all participants emphasised independence (being capable of supporting themselves) as a valued and honourable aspect of their identities. At the same time, they equated help-seeking with dependency, incapability, and additionally amorality, because in their eyes it involved exploiting the kindness of others. Importantly, participants saw accessing community services as a form of help-seeking that would threaten their independent identities." (Goll 2014, S. 10) [189]	Orientierende Recherche
7.5 Risiko, das Bedürfnis von Betroffenen, auch selbst noch andere zu unterstützen, nicht ausreichend zu beachten.	„However, six participants expressed a desire to support others, and two said that they would happily receive support if they could simultaneously support the other person. Therefore, engagement in reciprocal helping roles appeared acceptable, whilst dependency was not." (Goll 2014, S. 10) [189] „This is how it is with an elderly woman in my neighborhood, for example. I go there to keep her company so she won't be alone and bored, and she thanks me so much, I tell her that I enjoy coming to her, that she doesn't need to thank me so much... At times when I can't visit, I feel really bad, and when I do [visit], it is fulfilling for me... [older adult, female, age 75–79]." (Russo-Netzer & Littman-Ovadia 2019, S. 7) [196] „Wenn man anderen Menschen hilft, wird die Einsamkeit auch weniger. (…) Man sollte viel füreinander da sein." (Betroffeneninterview)	Orientierende Recherche; Interview

A5.2.3 Ethische Kriterien

In Tabelle 57 werden die sieben Kriterien zur Bewertung von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit im Alter in Frageform dargestellt, die auf Grundlage der identifizierten Aspekte gebildet wurden. Es folgt eine Erläuterung und die Bewertung, die am 07.07.2021 via Online-Workshop durchgeführt wurde. Anwesend waren Repräsentanten aller Domänen dieses Berichts sowie zwei Vertreter aus dem Bereich der Seniorenbetreuung, Altenpflege und Sozialarbeit (Stakeholder-Workshop).

Tabelle 57: Kriterien zur Bewertung der ethischen Angemessenheit von Maßnahmen gegen soziale Isolation im Alter (in Frageform, mit Erläuterung und Bewertung)

Präambel Für Betroffene kann die objektive Situation des ‚*alleine Lebens*' eine große Belastung sein - nämlich, wenn sie sich ‚*einsam fühlen*' (subjektiv). Es ist ein Gebot der Wahrung der Autonomie, aber auch zur Vermeidung von unnötigen Ausgaben, den individuellen Leidensdruck zu berücksichtigen und Interventionen bedarfsgerecht anzubieten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele ältere Menschen noch sehr aktiv sind und nur ein Teil von ihnen einen Unterstützungsbedarf hat. Obwohl „soziale Isolation" nicht nur für die Betroffenen subjektives Leid bedeutet, sondern auch zu Krankheitsfolgekosten für die Gesellschaft führen kann, wird das Phänomen gegenwärtig nicht als Krankheit klassifiziert. Da aber von einem Bedarf ausgegangen werden muss, sollten nachhaltige Strukturen entwickelt werden, damit Menschen, die unter sozialer Isolation und Einsamkeit leiden, Unterstützung angeboten werden kann. (Ethik 1.1, 1.2, 4.1, 5.1 und Stakeholder-Workshop) Betroffene haben sehr unterschiedliche Einstellungen zu Einzel- und Gruppeninterventionen. Während einige Betroffene eine Gruppe als motivierend empfinden können (z.B. weil sie den anderen Betroffenen etwas zurück geben können), lehnen andere solche Formate ab (z.B. weil sie einer fremden Gruppe nicht trauen oder Angst vor Stigmatisierung durch die Gruppe haben). Diese individuellen Präferenzen haben großen Einfluss auf die tatsächliche Wirksamkeit einer Intervention und sollten daher beachtet werden. Allerdings decken empirische Erkenntnisse ein Folgeproblem auf: der Wechsel zwischen Angeboten birgt ein gewisses Risiko, dass die alte Intervention beendet, die Neue aber nicht begonnen wird. (Ethik 3.2, 3.5, 4.3 und Stakeholder-Workshop) Durch einen Wandel des direkten sozialen Umfelds von Betroffenen kann es sein, dass sich Betroffene nicht mehr wohl und sich diesem Wohnumfeld nicht mehr zugehörig fühlen. Das „neue" Umfeld sollte im Rahmen einer Intervention thematisiert werden, um festzustellen, wie das Individuum dies konkret wahrnimmt. (Ethik 2.4.)
Kann bei der Intervention zwischen technischen / organisatorischen Aspekten, wie z.B. Fragen des Transports, aber auch (sozial-)psychologischen Aspekten, wie z.B. Gefühl von Unsicherheit in sozialen Situationen oder der Motivation soziale Kontakte zu suchen, unterschieden werden? (Ethik 1.2, 1.3, 2.3, 3.4 und Stakeholder-Workshop) Erläuterungen: Empirische Untersuchungen legen nahe, dass der Erfolg einer Intervention von Aspekten beider Dimensionen beeinflusst wird. Bei der Entwicklung und Durchführung einer Intervention müssen die Ziele explizit beschrieben und die dazu passenden Maßnahmen ergriffen werden. Praktische Erfahrungen zeigen, dass es zentral ist, Angebote niederschwellig, also wohnortnah und bedarfsgerecht, zu gestalten. Bewertung (*Stakeholder-Workshop)*: Kriterium sehr relevant, es wird überwiegend bei den verschiedenen Interventionen berücksichtigt → eher unkritisch

Ist die Intervention geeignet, adaptiert und eingeführt zu werden? (Ethik 2.1)

Erläuterung: Die definierten Bedingungen für die Durchführung einer Intervention können vom Versorgungsalltag abweichen, was eine Hürde für die Implementierung erfolgreicher Interventionen sein kann. Es ist beispielsweise schwer, eine Intervention zu übernehmen / einzuführen, wenn zeitlich, finanziell oder personell ganz andere Rahmenbedingungen gelten.

Bewertung (*Stakeholder-Workshop*): Kriterium sehr relevant. Besonders die nicht nachhaltige Finanzierung (Projektmittel, die nicht dauerhaft fließen) stellt ein Problem dar. Zudem sind die Rahmenbedingungen für das Anbieten von Intervention in Deutschland sehr unterschiedlich (u.a. ländliche Gebiete versus städtische Regionen, Vernetzung, Organisationsgrad oder die personelle / finanzielle Ausstattung), wodurch nicht überall dieselben Möglichkeiten zur Umsetzung zur Verfügung stehen

→ eher kritisch

Kann eine ausreichende Passung der sozialen Identitäten zwischen dem eingesetzten Personal und der Zielgruppe sichergestellt werden? (Ethik 2.2)

Erläuterung: Interventionen werden besser angenommen, wenn die sozialen Identitäten (Sprache, Kultur, soziale Erfahrungen) zwischen den Betroffenen und dem Gesundheitspersonal ähnlich sind.

Bewertung (*Stakeholder-Workshop)*: Kriterium sehr relevant. Sowohl bei den professionellen Angeboten als auch bei den durch Ehrenamtliche angebotenen Interventionen wird auf diese Passung geachtet. Hierbei werden insbesondere größere Minderheiten berücksichtigt, wie z.B. türkisch sprechende Betroffene, beziehungsweise besondere Eigenschaften hervorgehoben, wie z.B. „frisch verwitwet"; ebenso wird die sexuelle Orientierung beachtet.

→ eher unkritisch

Sind Routineuntersuchungen oder Bedarfserhebungen geeignet, subjektives Leiden und damit die Bedarfe festzustellen? (Ethik 2.5)

Erläuterung: Studien zeigen, dass das Phänomen sozialer Isolation und Einsamkeit nicht automatisch Bestandteil von Routineuntersuchungen ist, weshalb das dadurch empfundene Leid unerkannt bleiben kann. Zudem trauen sich Betroffene teilweise nicht ehrlich auf entsprechende Fragen (z.B. von einer Hausärzt:in) zu antworten. Auch gibt es keine validierten Erhebungsinstrumente, welche die Folgen von sozialer Isolation und Einsamkeit messen.

Bewertung (*Stakeholder-Workshop)*: Sehr relevantes Kriterium. Angesichts gut angenommener Angebote kann der Eindruck entstehen, dass der Bedarf gedeckt ist. Dies kann täuschen, weil das Interesse bereits bei weniger stark betroffenen / leidenden Personen sehr groß ist und die „stillen" alten Personen leicht zuhause vergessen werden können

→ eher kritisch

Kann die Intervention in der Zielgruppe bekannt gemacht werden? (Ethik 3.3)

Erläuterung: Bei reduzierter sozialer Interaktion wird es zu einer Herausforderung, Betroffene über die Möglichkeit einer bestimmten Intervention zu informieren. Die Betroffenen sind nicht nur weniger im Alltag unterwegs, sondern können auch beim Lesen, Sehen, Sprechen oder Hören Einschränkungen aufweisen.

Bewertung (*Stakeholder-Workshop)*: Kriterium sehr relevant. Oft wird die Bekanntheit von Interventionen / Angeboten über Mund-zu-Mund-Propaganda verbreitet. Dadurch besteht die Gefahr, dass Personen mit sehr reduzierten sozialen Kontakten nicht davon erfahren. Es gibt einen großen Bedarf beziehungsweise eine große Nachfrage, wobei diese vor allem von den weniger stark betroffenen Personen geäußert, eingefordert und wahrgenommen wird. Dieser Umstand kann dazu führen, dass die Interventionen die „stillen", einsamen alten Menschen, die besonders bedürftig wären, gerade nicht erreicht.

→ eher kritisch

Ermöglicht die Intervention die ausreichende Berücksichtigung von Unterschieden, die sich durch das (soziale) Geschlecht, die sexuelle Orientierung oder anderes der Betroffenen ergeben? (Ethik 3.3)

Erläuterung: Die Einstellungen von Betroffenen in Bezug auf Gruppen- oder Einzelsettings sowie Sorgen und Ängste, oder das Interesse an Themen (z.B. Freizeitgestaltung, Sport, Politik) unterscheiden sich zwischen Individuen. Die Bedürfnisse der Zielgruppe sollten dabei berücksichtigt werden, wobei sehr spezielle Angebote auch ausgrenzen können.

Bewertung (*Stakeholder-Workshop)*: Kriterium relevant. Erfüllt wird dieses Kriterium insbesondere durch Wahlmöglichkeit beziehungsweise das spezifische Angebot (vor Ort). Während in Großstädten entsprechende Angebote für spezielle Zielgruppen oft vorhanden sind, ist dies im ländlichen Raum schwerer zu realisieren.

→ teilweise kritisch

Ermöglicht die Intervention die ausreichende Berücksichtigung der Ursachen für die soziale Isolation und Einsamkeit (Ethik 2.3, 1.2, 3.5, 4.1)

Erläuterung: Oftmals sind Erkrankungen oder gesundheitliche Einschränkungen Ursachen einer sozialen Isolation und Einsamkeit. Diese können nicht immer komplett behoben werden, jedoch sollte ihnen innerhalb einer Intervention gegen soziale Isolation und Einsamkeit ausreichende Beachtung geschenkt werden.

Bewertung (*Stakeholder-Workshop)*: Kriterium teilweise relevant. Oft können diese Ursachen nicht im Rahmen der Intervention adressiert werden, weil z.B. das eingesetzte Personal keine entsprechende Qualifikation aufweist. Ideal sind etablierte Netzwerkstrukturen, durch die Betroffene weitergeleitet und umfassend betreut werden können. Diese Strukturen aufzubauen und zu erhalten bedarf kontinuierlicher Arbeit und Aufmerksamkeit. Nachteilig kann auch sein, dass „soziale Isolation" und „Einsamkeit" nicht als Krankheit klassifiziert sind, die Ursachen des Phänomens mitunter schon. Hierdurch können sich unklare Zuständigkeiten ergeben, welche den Aufbau langfristiger Strukturen und Programme erschweren kann.

→ teilweise kritisch

A5.3 Soziale und organisatorische Aspekte

A5.3.1 Recherche zu sozialen und organisatorischen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Bei der orientierenden Suche mit einschlägigen Begriffen in PubMed/MEDLINE, wurden neun relevante Fachartikel identifiziert. Diese waren, zusammen mit den Interviews der zwei Betroffenen beziehungsweise Ehrenamtlichen der theoretischen Reflexion und den Inhalten des Stakeholder-Workshops die Basis für die Identifizierung sozialer und organisatorischer Aspekte.

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.2.

A5.3.2 Identifizierte soziale und organisatorische Aspekte

In Tabelle 58 sind die identifizierten sozialen und organisatorischen Aspekte dargestellt.

Tabelle 58: Soziale und organisatorische Aspekte - Ergebnistabelle

Konkreter Aspekt	Phänomene	Quellen
Soziales Konstrukt / Verständnis von sozialer Isolation und Einsamkeit		
Konstrukt	Definition sozialer Isolation und Einsamkeit	Orientierende Recherche [3] Interviews mit Betroffenen
	Symptome und Folgen	Orientierende Recherche [3] Interviews mit Betroffenen
Soziales Image / Verständnis für die Maßnahme und deren Nutzung		
Wahrgenommene Nützlichkeit und die Vorstellung wie der Nutzen entsteht	Initiierung von Kontakten hilft gegen Einsamkeit.	Orientierende Recherche [44,79,80] Interviews mit Betroffenen
	Soziale Unterstützung steigert psychische Gesundheit.	Orientierende Recherche [81,82] Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop
	Soziale Unterstützung muss lokal erbracht werden.	Orientierende Recherche [43,44,79] Eingeschl. Studien [62,63,66,67,72,74-76] Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop
	Maßnahmen müssen Zielgruppenspezifisch sein.	Eingeschl. Studien [62,63,67,70,71,74-76] Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop

Konkreter Aspekt	Phänomene	Quellen
Wissen zu und Verständnis der Maßnahmen	Eingebundenheit in eine Gruppe reduziert Soziale Isolation und Einsamkeit, Inhalte sind nachrangig.	Orientierende Recherche Eingeschl. Studien [66,74-76] Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop
	Gruppenangebote kombiniert mit Bewegungselementen sind am effektivsten.	Eingeschl. Studien [64]
	Entlastende Gespräche helfen gegen soziale Isolation und Einsamkeit.	Interviews mit Betroffenen
	Gründe für die soziale Isolation und Einsamkeit sowie Risikofaktoren müssen in der Intervention berücksichtigt werden.	Eingeschl. Studien [72,73]
	Soziale Unterstützung puffert soziale Stressoren und fördert gesundheitsförderliches Verhalten.	Eingeschl. Studien [68]
	Gruppenangebote fördern die Entstehung von Freundschaften, die fehlende familiäre Unterstützung kompensieren können.	Eingeschl. Studien [65]
	Lokale Vermittlung von sozialer Unterstützung fördert das Vertrauen in institutionelle Strukturen.	Eingeschl. Studien [62]
Einstellung und Akzeptanz der Maßnahmen	Bevorzugt wurden professionell geleitete Gruppeninterventionen (Spielangebote, gemeinsames Singen, Essen in Gemeinschaft, Ausflüge in andere Städte und Ortschaften und der Besuch von Ausstellungen)	Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop
	Alltagsbegleitung sollte flächendeckend und niedrigschwellig angeboten werden.	Interviews mit Betroffenen
	Betroffene sollten besonders füreinander da sein.	Interviews mit Betroffenen
	Bias: Personen, die nicht teilnehmen, werden nicht gehört.	Anmerkung der Projektgruppe
	Ämter haben es als Vermittler von Angeboten schwerer, da sie häufig negativ konnotiert wahrgenommen werden.	Stakeholder-Workshop
	Angebote müssen reziprok zwischen Hilfeempfangen und Zurückgeben ausgestaltet sein.	Stakeholder-Workshop Orientierende Recherche [44,81] Eingeschl. Studien [60,66,71]
	Damit Betroffene für Gruppenaktivitäten zugänglich werden, können vorab gezielte edukative 1:1-Maßnahmen genutzt werden.	Eingeschl. Studien [60,65,72]

Konkreter Aspekt	Phänomene	Quellen
	Eine zufriedenstellende Teilnahmequote darf aufgrund mangelnder Alternativen nicht als Akzeptanz ausgelegt werden.	Orientierende Recherche [81]
	Die Nutzung von Seniorentreffs ist eher die Ausnahme, Betroffene sehen sich lange nicht als Senioren – „Verjüngung des Alters“ hat stattgefunden.	Stakeholder-Workshop
	Maßnahmen sollten nur bei Betroffenen mit Leidensdruck durchgeführt werden.	Stakeholder-Workshop
Risikowahrnehmung und Handhabung	Risiko, dass der schlechte Gesundheitszustand die soziale Isolation und Einsamkeit verstärkt beziehungsweisebeziehungsweise Verbesserungen verhindert.	Eingeschl. Studien [70,71]
Soziokulturelle und organisatorische Aspekte der Maßnahmen		
Soziokulturelle Aspekte der Zielgruppe	Lokale Variationen bei der Bevölkerungsstruktur müssen in den Maßnahmen berücksichtigt werden.	Stakeholder-Workshop
	Die Zielgruppe sollte bei der Entwicklung der Maßnahme miteinbezogen werden.	Orientierende Recherche [43,44,46]
	Berücksichtigt werden müssen die Vorlieben der Zielgruppe, Ausflüge, Gedächtnisübungen, „Kaffeeklatsch“, Gesellschafts- und Kartenspiele und das Singen alter Lieder.	Interviews mit Betroffenen
	Religiöse Themen und gymnastische Übungen sind kritische Angebote, können aber auch ein spezifisches Bedürfnis decken.	Interviews mit Betroffenen Eingeschl. Studien [59,64,73]
	Vielversprechend sind auch die Themen gemeinsames Puzzeln, die Nutzung sozialer Einrichtungen, finanzielle Beratung, die Vermittlung von Maßnahmen, die in der Wohnung erledigt werden müssen, sowie die Vermittlung pflegerischer und medizinischer Leistungen.	Orientierende Recherche
	Eine künstliche Atmosphäre muss vermieden werden. Häufige Termine mit fester Gruppenzusammensetzung hilft dieses Gefühl zu unterdrücken.	Interviews mit Betroffenen Eingeschl. Studien [60,62,68]
	Der Inhalt von Maßnahmen gegen soziale Isolation und Einsamkeit spielt eine untergeordnete Rolle, dass wichtigste ist eine breite Angebotsstreuung, die auf Dauer ausgelegt ist.	Stakeholder-Workshop
	Maßnahmen sollten möglichst ein produktives Element haben, durch das die Teilnehmenden etwas erleben oder entwickeln können.	Orientierende Recherche [44]
	Da soziale Isolation und Einsamkeit sehr individuell erfahren wird, sollten regelmäßige Einzelevaluationen mit den Betroffenen durchgeführt werden.	Orientierende Recherche [43]

Konkreter Aspekt	Phänomene	Quellen
	Die intendierte Zielgruppe, die eher passiv und einsam ist, wird oft nicht erreicht, dagegen werden eher die „aktiven Einsamen“erreicht und angesprochen.	Orientierende Recherche [81]
	Interventionen haben ein breites Spektrum von avisierten Altersgruppen.	Eingeschl. Studien (Alle)
	Altersbedingt wiesen die Teilnehmenden leichte kognitive Einschränkungen, Mobilitätseinschränkungen sowie verschiedene chronische Krankheiten auf.	Eingeschl. Studien (Alle)
	Spezifische Zielgruppen waren, verwitwete Personen, Frauen mit niedrigen Einkommen, immobile Personen, ältere Personen, die umgesiedelt sind, Personen, dessen Kinder verzogen sind oder die kinderlos waren, unddenen es dadurch an Unterstützung mangelte und die durch die Maßnahme Kontrolle und Autonomie zurückgewinnen wollten.	Orientierende Recherche [81] Eingeschl. Studien [63,65,68-71]
	Zielgruppe sind neben den Teilnehmenden teilweise auch das Netzwerk, dass in manchen Maßnahmen miteinbezogen, beziehungsweise. gezielt bearbeitet wird.	Orientierende Recherche [44] Eingeschl. Studien [59,64,67]
	Maßnahmen adressieren häufig homogene Teilnehmendengruppen, damit sie harmonisch ablaufen und die Teilnehmenden interessiert bleiben.	Eingeschl. Studien [72,74-76]
	Altruismus ist ein wichtiges Motiv für die Teilnahme.	[84]
Aspekte von sozialer Ungleichheit bei der Nutzung von Maßnahmen	Kosten dürfen entstehen, müssen sich aber an den Möglichkeiten der Teilnehmenden orientieren und sollten gering gehalten werden, damit niemand ausgeschlossen wird.	Interviews mit Betroffenen
	Bei einer regelhaften Versorgung muss die Kostenübernahme über die Sozialgesetzbücher geklärt werden, wenn das Einkommen Personen von einer möglichen Teilnahme abhalten würde.	Stakeholder-Workshop
	Der Weg zu den Angeboten hin und wieder zurück muss gewährleistet sein, insbesondere auf dem Land.	Interviews mit Betroffenen
	Vulnerable Gruppen sollten besonders unterstützt werden bei der Teilnahme, da sie sonst ausgeschlossen sind.	Interviews mit Betroffenen
	Maßnahmen, um die meisten Personen zu unterstützen und zu erreichen, sind vorhanden, müssen aber proaktiv eingefordert werden.	Stakeholder-Workshop Eingeschl. Studien

Konkreter Aspekt	Phänomene	Quellen
	Kulturelle Minderheiten und hochaltrige Personen werden oft nur sehr schwer erreicht und kaum berücksichtigt. Eine umfassende Bedarfsanalyse, die alle soziodemografischen Aspekte berücksichtigt, sollte vor Ort erfolgen.	Stakeholder-Workshop Orientierende Recherche [43,81]
	Interventionsstudien sollten vielfältige Subgruppenanalysen durchführen.	Orientierende Recherche [85]
	Angebote sollten wohnortnah erfolgen, um möglichst vielen Personen eine Teilnahme zu ermöglichen.	Orientierende Recherche [43]
	Interventionen sind häufig an weiblichen Interessen ausgerichtet und schließen daher Männer aus.	Orientierende Recherche [43,79] Eingeschl. Studien [66,72]
	Teilnehmende sind häufig aus der Mittelschicht stammende, einigermaßen fitte, „aktive, einsame“ ältere Menschen mit aktiven sozialen Netzwerken.	Orientierende Recherche [43] Eingeschl. Studien [60,62,72]
	Die Konstrukte soziale Isolation und Einsamkeit bedeutet für Personen ein geringes Selbstvertrauen und damit eine geringe Motivation auf eine Einladung zu einer Teilnahme zu reagieren.	Eingeschl. Studien [62,64]
	Menschen mit mehr Behinderungen, die auf Hilfe bei der Bewegung angewiesen waren, an Demenz litten, in Pflegeeinrichtungen lebten oder eine starke Herzinsuffizienz hatten, wurden häufiger ausgeschlossen und brachen häufiger die Intervention ab.	Eingeschl. Studien [63,64,67,68,72-76]
	Auf dem Land sind nur geringer ausdifferenzierte Maßnahmen möglich.	Eingeschl. Studien [72,74-76]
Aspekte von Werbung und Ansprache der Maßnahmen	Ältere Menschen mit schlechter Lebensqualität, die sich schwer artikulieren können, sind schwer zu erreichen und müssen umfassend beworben werden.	Orientierende Recherche [81] Eingeschl. Studien [62]
	Broschüren in ärztlichen Wartezimmern, in Apotheken und per Postwurfsendung und vor allem die persönliche Ansprache von Betroffenen zum Beispiel in der hausärztlichen Praxis, in Sozialstationen und Kirchenvereinen, Seniorenberatungsstellen sind wichtig. Anzeigen in Zeitungen oder schwarzen Brettern könnten ergänzen.	Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop Orientierende Recherche [81,199]
	Werbung muss ausdifferenziert und vielfältig sein, ältere Menschen sind keine homogene Gruppe.	Orientierende Recherche [81]
	Die Rekrutierung über hausärztliche Praxen ist effektiver als die postalische Einladung.	Eingeschl. Studien [60,63,70,71,73-76]

Konkreter Aspekt	Phänomene	Quellen
	Sehr breit angelegte Werbemaßnahmen lassen keinen Rückschluss auf Rekrutierungsquoten zu.	Eingeschl. Studien [60,62,64,72]
	Pflegemanager:innnen, gemeinnützige Organisationen und Freiwilligenorganisationen können bei der Rekrutierung unterstützen.	Eingeschl. Studien [60,62,67]
	Die Ansprache von Betroffenen darf keinen sozialen Druck erzeugen.	Eingeschl. Studien [59]
Aspekte der professionellen Beziehung zwischen den Anbietenden und den Betroffenen	Betroffene haben innerhalb der Maßnahmen meistens Kontakt zu Ehrenamtlichen und professionellen Fachkräften.	Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop
	Wohlhabendere Teilnehmende haben eher Kontakt zu Ehrenamtlichen, die Freizeitaktivitäten organisieren, während einkommensärmere Menschen eher von professionellen Fachkräften sozialarbeiterisch beraten werden.	Stakeholder-Workshop
	Die Grenze zwischen Anbietenden und Teilnehmenden verschwimmt, wenn Maßnahmen von Ehrenamtlichen durchgeführt werden. Es resultiert ein Charakter einer Selbsthilfegruppe auf Augenhöhe ohne institutionelle Hierarchien und eingeschränkter Qualitätssicherung.	Interviews mit Betroffenen Stakeholder-Workshop Orientierende Recherche [81] Eingeschl. Studien [60,63,66,69-71]
	Ehrenamtlich können direkt Unterstützer im privaten werden.	Eingeschl. Studien [59]
	Ehrenamtliche werden meist durch professionelle Fachkräfte geschult und koordiniert sowievermittelt.	Stakeholder-Workshop Eingeschl. Studien [59,63,65-67,69,73]
	Eine gute Passung von Ehrenamtlichen und Teilnehmenden ist wichtig.	Orientierende Recherche [81] Eingeschl. Studien [69]
	Die Steuerung von Ehrenamtlichen ist schwierig, weil ihre Prioritäten oft anders gelagert sind, es keinen „Dienstweg“ mit Konsequenzen gibt. Angebote können dadurch häufiger aus- und wegfallen.	Eingeschl. Studien [60,66]
	Bei professionellen sozialarbeiterischen Angeboten wird meist das Ziel Empowerment verfolgt. Bei Ehrenamtlichen geht es konkret, um die jeweilige Freizeitaktivität.	Stakeholder-Workshop
	Eine engere Kooperation zwischen sozialem und medizinischen Versorgungssystem sollte erfolgen.	Stakeholder-Workshop Eingeschl. Studien [66]

A5.4 Rechtliche Aspekte

A5.4.1 Recherche zu rechtlichen Aspekten der zu bewertenden Technologie

Bei der Recherche nach relevanten rechtlichen Aspekten wurden Gesetze, Verordnungen und Richtlinien gesichtet. Ergänzt durch eine gezielte Suche bei interessenabhängigen Informationsquellen (Wohlfahrtsverbände).

Die Zitate der relevanten Publikationen finden sich in Abschnitt A8.3.3.

A5.4.2 Identifizierte rechtliche Aspekte

In Tabelle 59 finden sich die identifizierten rechtlichen Aspekte mit Erläuterungen und Quellenangaben.

Tabelle 59: Identifizierte rechtliche Aspekte

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
[Die Krankenkassen sind außerdem zentraler Aufgabenträger für die Prävention und Gesundheitsförderung,] auch zur Verwirklichung des Gesundheitsziels „gesund älter werden“ (§ 20 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 SGB V), das sie durch verhaltensbezogene Prävention im Einzelfall (§ 20 Abs. 5 SGB V) oder durch Prävention in den Lebenswelten des Wohnens und der Freizeitgestaltung (§ 20a Abs. 1 SGB V) verfolgen kann.	Für Leistungen der Primärprävention nach §§ 20, 20a SGB V zum Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit kommen insbesondere selbstständig lebende ältere/alte Menschen in Betracht. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf allein lebende und sozial benachteiligte ältere/alte Menschen zu legen. Die für ältere/alte Menschen zugeschnittenen Leistungen sollen wohnortnah, niedrigschwellig, im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst unter Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden. Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind auch für ältere und alte Menschen sinnvoll, die pflegebedürftig sind und zu Hause von Angehörigen oder durch ambulante Pflegedienste versorgt werden. Für einen bedarfsgerechten Zugang der Versicherten zu diesen Leistungen ist eine Zusammenarbeit mit den Stellen, die die Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) oder die Beratung in der eigenen Häuslichkeit (§ 37 SGB XI) durchführen, zu empfehlen.	[86]
Der Anlass der Beitragserhebung muss deshalb mit dem Zweck der Beitragsverwendung verknüpft sein; Sozialversicherungsbeiträge dürfen nicht wie Steuern zu jedwedem Zweck verwendet werden. Krankenversicherungsbeiträge dürfen nur zur Finanzierung von Leistungen der Krankenbehandlung, Pflegeversicherungsbeiträge nur zur Finanzierung von Pflegeleistungen verwendet werden.	Rn 98: Sozialversicherungsbeiträge zeichnen sich durch eine strenge grundrechtlich und kompetenzrechtlich begründete Zweckbindung aus. Die unter Eingriff in das Grundrecht auf allgemeine Handlungsfreiheit zustande gekommene Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung vermag die Auferlegung nur solcher Geldleistungspflichten zu rechtfertigen, die ihren Grund und ihre Grenze in den Aufgaben der Sozialversicherung finden. Die Kompetenzvorschrift des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG lässt nur solche Finanzierungsregelungen zu, die einen sachlich-gegenständlichen Bezug zur Sozialversicherung aufweisen. Die erhobenen Geldmittel dürfen daher allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Zur Befriedigung des	[87,200]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner Glieder stehen sie nicht zur Verfügung (vgl. BVerfGE 75, 108 <148>). Dementsprechend sieht das Sozialgesetzbuch V ausdrücklich vor, dass die Beiträge der Versicherten der Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen dienen (vgl. § 3 SGB V). Rn. 99: Demgegenüber ist die Kompetenz aus Art. 74 Nr. 12 GG, die dem Bund das Recht zur konkurrierenden Gesetzgebung auf dem Gebiet der Sozialversicherung einräumt, bereits aus sich heraus auch auf die Regelung der Finanzierung der Sozialversicherung, mithin die Erhebung von Sozialversicherungsabgaben, gerichtet. (…) Die Sozialversicherungsbeiträge dienen von vornherein nicht der allgemeinen Mittelbeschaffung des Staates, sondern finden ihren Grund und ihre Grenze in der Finanzierung der Sozialversicherung. Der Gesetzgeber kann sich seiner Regelungskompetenz für die Sozialversicherung nicht bedienen, um dadurch Mittel für die Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben aufzubringen. Die Finanzmasse der Sozialversicherung ist tatsächlich und rechtlich von den allgemeinen Staatsfinanzen getrennt. Ein Einsatz der Sozialversicherungsbeiträge zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staates ist ausgeschlossen. Soweit gesetzgeberische Regelungen sich sachlich-gegenständlich im Kompetenzbereich Sozialversicherung halten, sind kompetenzrechtlich auch die zur Finanzierung der Sozialversicherung getroffenen Regelungen unbedenklich. Weitergehende Begrenzungen sind aus Kompetenzgründen weder erforderlich noch angezeigt.	
Eine Krankheit in diesem Sinne ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit ärztlicher Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.	BSG: Unter einer "Krankheit" im Rechtssinne versteht die Rechtsprechung des BSG einen regelwidrigen, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichenden Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht.	[88] vertiefend Fahlbusch, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020 (Stand 15.06.2020), § 27 Rn. 23.

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Schlegel/Voelzke: Ausweislich der Rechtsprechung ist Krankheit im Sinne des §27 Abs. 1 Satz 1 SGB V „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit ärztlicher Heilbehandlung oder − zugleich oder allein − Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. Dabei kommt Krankheitswert im Rechtssinne nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder dass er an einer Abweichung vom Regelfall leidet, die entstellend wirkt.	
Die Angebote [der freien Wohlfahrtspflege] unterscheiden sich dabei von Gemeinde zu Gemeinde und von Stadt zu Stadt, ein allumfassender Leistungsüberblick ist nicht auszumachen.	Beispielhaft: DRK: Gesellschaft leisten, Gespräche führen, Kontakte knüpfen, Zuhören, Ausfüllen amtlicher Formulare, Unterhalten mit Brett- oder Kartenspielen, Abwechslung im Alltag, Begleitung und Hilfe außer Haus sowie Hilfe bei Einkäufen Malteser Besuchs- und Begleitdienste: Wir möchten Lebensqualität und Lebensfreude schenken, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen und ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden unterstützen. Johanniter: Dann finden Sie bei uns jemanden, der ein offenes Ohr für Ihre Sorgen und Nöte hat. Der mit Ihnen spazieren oder einkaufen geht. Der Ihnen Behördengänge annimmt, etwas vorliest oder zum Kaffeekränzchen vorbeischaut. Wie Sie die gemeinsame Zeit gestalten, liegt allein bei Ihnen . GKV-Bündnis S.25	[89-92]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	In unterschiedlichen Konstellationen und Zusammenhängen stellen Lotsen-, Besuchs- und Begleitdienste für Senior/innen eine zentrale gesundheitsfördernde Unterstützung im Alltag dar (...) S. 44 ff. Mit der Intervention „17/70 – Junge Paten für Senioren“ wird der Dialog der Generationen gefördert. Oder Die ehrenamtlichen Pflegelots/innen unterstützen Pflegebedürftige und deren Angehörige. Sie besuchen diese nach vorheriger Absprache, führen Gespräche, zeigen ihnen Entlastungsmöglichkeite nauf und ermutigen sie zur Selbstsorge.	
Diese „Alltagsbegleitung“ deckt sowohl professionelle Besuchsdienste als auch die Vermittlung freiwilliger Besuchsdienste ab (vgl. § § 45a Abs. 1 Satz 5 SGB XI).	BR-Drs. Insgesamt sind die Tätigkeiten von Alltagsbegleitern darauf ausgerichtet, die Anspruchsberechtigten zu befähigen, trotz ihrer Beeinträchtigungen weiterhin möglichst selbstständig am Alltag teilhaben zu können. Alltagsbegleiter leisten Hilfe bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben in der häuslichen Umgebung, begleiten die Anspruchsberechtigten zum Einkaufen, zum Gottesdienst, beim Besuch auf dem Friedhof, beispielsweise auch zur Unterstützung bei einer durch die Begleiteten vorgenommenen Grabpflege, kochen gemeinsam mit ihnen, lesen vor, helfen beim Umgang mit Behördenangelegenheiten, unterstützen bei der Vorbereitung eines gemeinschaftlichen Kaffeetrinkens mit Freunden, hören zu, geben Impulse und ermutigen zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte. Ihre Tätigkeit ist von persönlicher Zuwendung und praktischen Hilfen geprägt, die die Begleiteten dabei unterstützen, ihr Leben weiter selbst zu gestalten. Die eigenständige Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt steht nicht im Vordergrund, sondern umfasst vor allem eher kleinere, die Eigenständigkeit erhaltende Hilfen in Haus und Garten (beispielsweise beim Auswechseln einer Glühbirne oder dem Einräumen von Geschirr in die Spülmaschine	[93] Vergleich auch: BR-Drs. 223/14, S. 40: Waldhorst-Kahnau, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XI, 3. Aufl. 2021 (Stand 01.10.2021), § 45a Rn. 26: unter anderem zur Begleitung, zur Hilfestellung im Haushalt, zum Vorlesen oder schlicht zum Zuhören.

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	nach dem Nachmittagskaffee). Schlegel/Voelzke Als Tätigkeiten, bei denen ein Alltagsbegleiter Hilfestellungen leistet, kommen nach der Gesetzesbegründung insbesondere in Betracht: ▪ Hilfen bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben in der häuslichen Umgebung, etwa durch Begleitung beim Einkaufen, zum Gottesdienst, beim Friedhofsbesuch, ▪ Unterstützung bei der Grabpflege, ▪ Hilfestellungen beim Kochen, ▪ Vorlesen, ▪ Unterstützung beim Umgang mit Behördenangelegenheiten, ▪ Hilfen bei der Vorbereitung eines Kaffeetrinkens mit Freunden. Die Aufgabe des Alltagsbegleiters kann darüber hinaus auch darin bestehen, zuzuhören, Impulse zu geben oder zur weiteren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermutigen.	
Hierbei geht es nicht nur um Kontakte zu Partnern und Verwandten, sondern zu jedem darüber hinausgehenden Personenkreis, zu dem eine besondere emotionale Bindung besteht.	Es handelt sich um die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zu nahe stehenden Personen. Das sind nicht nur Ehegatten, Verwandte oder Verschwägerte, sondern auch Personen, mit denen sich der alte Mensch verbunden fühlt (ehemalige Arbeitskollegen, Freunde, Nachbarschaft). Nach hM ist der Begriff richtigerweise weit auszulegen.	[94]
die Altenhilfe ist also nicht zwingend an das Erreichen starrer Altersgrenzen gebunden, sondern kann auch vorbeugend geleistet werden	Biertz-Harder: § 71 beinhaltet keine Definition der alten Menschen. In der Praxis wird Altenhilfe in der Regel vom Erreichen der Altersgrenze nach § 41 Abs. 2 abhängig gemacht, da diese Altersstufe auch die Voraussetzung für die Zuerkennung eines Mehrbedarfs nach § 30 Abs. 1 Nr. 1 ist. Aber diese Orientierung sollte flexibel gehandhabt werden, und zwar schon wegen des Abs. 3 (→ Rn. 20), aber auch, um soziale Kontakte alter Menschen zu fördern. So sind zB Ehegatten, die die Altersgrenze noch nicht erreicht haben, im Rahmen der offenen Altenarbeit zu berücksichtigen, wenn der Ehegatte Adressat der Altenhilfe ist. Das entspricht auch dem Präventionsgedanken des § 15.	[96] [95] mit weiteren Nachweisen auch zur Gegenauffassung.

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Schlette: (...)Wer zum Personenkreis der „alten Menschen“ gehört, lässt § 71 offen. Denkbar wäre, den Begriff des alten Menschen allein anhand des Lebensalters festzulegen, etwa durch Übernahme der in § 30 Abs. 1 Nr. 1 als Voraussetzung für einen Mehrbedarfszuschlag oder in § 35 Nr. 1 SGB VI als Voraussetzung für eine Altersrente genannte Altersstufe (Vollendung des 65. Lebensjahres); dies befürwortend Fichtner-Meusinger, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 1; tendenziell auch Schellhorn-Schellhorn, SGB XII, § 71 Rz 4; BSG, Urt. v. 24. Febr. 2016, B 8 SO 11/14 R („jedenfalls bei Erreichen der Altersgrenze für eine Regelaltersrente“); offenlassend OVG Münster, Urt. v. 18. August 2004, 19 A 2510/03. So wird offenbar auch in der Praxis bislang überwiegend verfahren (vgl. den Bericht von Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, § 71 Rz 14). Der Umstand, dass der Gesetzgeber die genannte Altersgrenze in § 71 gerade nicht aufgegriffen hat, spricht allerdings gegen diese Lösung, ebenso die Tatsache, dass nach § 40 SGB VI die Altersrente in besonderen Fällen bereits deutlich vor dem 65. Lebensjahr einsetzen kann. Demgemäß wurde im Rahmen des § 75 BSHG überwiegend eine flexible Handhabung befürwortet. Die Anwendung des § 75 Abs. 1 BSHG wurde davon abhängig gemacht, dass es um Personen höheren Lebensalters mit altersbedingten körperlichen, geistigen und/oder seelischen Beschwerden geht, die aufgrund dessen Anpassungsschwierigkeiten im gesellschaftlichen Leben haben (Gottschick/Giese, BSHG, § 75 Rz 7; Mergler/Zink, BSHG, § 75 Rz 7; LPK-BSHG-Münder, § 75 Rz 15; ähnlich Jehle, ZfSH 1969, 397, 398; für § 71 SGB XII ebenso Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, § 71 Rz 14; Mergler/Zink-Baur, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 5; Grube, in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 5. Aufl. 2014, § 71 Rz 6). Hierbei wird zutreffend berücksichtigt, dass das Alter nicht nur ein nach Lebensjahren messbares biologisches, sondern auch ein gesellschaftliches Faktum ist (Bieritz-Harder, a. a. O.). Alte Menschen können daher all die Personen sein, die in der zweiten Lebenshälfte stehen und bei denen aufgrund biologischer Abbauprozesse die beschriebenen Beschwerden vorliegen.	

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Der Tatbestand der Altenhilfe setzt daher neben einem vorgerückten Lebensalter das Vorliegen altersbedingter Schwierigkeiten voraus (so ausdrücklich BSG, Urt. v. 24. Febr. 2016, B 8 SO 11/14 R, wo dieser Aspekt aber offenbar als eigenständiges Tatbestandsmerkmal verstanden wird, während er nach hier vertretener Auffassung Teil der Begriffsbestimmung der „alten Menschen“ ist). Ein wegen Erwerbsunfähigkeit vorzeitig verrenteter 50jähriger Mann ist daher ein „alter Mensch“ i. S. des § 71 (Jehle, ZfSH 1969, 397, 398, geht von 55 Jahren als unterster Altersgrenze aus; Oestreicher-Schelter-Kunz, BSHG, § 75 Rz 5: 60 Jahre). Damit dieses großzügige Verständnis des § 71 auch im Wortlaut zum Ausdruck kommt, erschiene es sinnvoll, den Begriff des „alten“ durch den des „älteren“ Menschen zu ersetzen. Im Übrigen verliert die Abgrenzungsproblematik dadurch an Schärfe, dass nach Absatz 3 alle Maßnahmen der Altenhilfe auch bereits im Vorfeld, zur Vorbereitung auf das Alter, möglich sind. Allerdings kann wiederum fraglich werden, wann die in Absatz 3 geregelte Vorbereitungsphase beginnt (Fichtner-Meusinger, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 25, geht von einer zeitlichen Vorverlegung um maximal 10 Jahre aus; Schellhorn-Schellhorn, SGB XII, § 71 Rz 18, will die Vorbereitungsphase frühestens mit dem 60. Lebensjahr beginnen lassen; Mergler/Zink-Baur, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 21, hält die Bestimmung einer festen unteren Altersgrenze nicht für geboten).	
Eine Zuordnung zum gesamten, weiten Spektrum der Altenhilfeleistungen ist dadurch [Altenhilfe fällt nicht unter Interventionsmaßnahme] aber nicht versperrt, da der mögliche Leistungsinhalt weit über die Beispielsleistungen hinausgeht.	Die Aufzählung der Leistungsarten in Absatz 2 ist nicht abschließend („insbesondere“), es kommen neben den aufgeführten Leistungen weitere in Betracht, soweit sie geeignet sind, den in Absatz 1 Satz 2 genannten Normzweck zu erfüllen. Da die Aufzählung in Absatz 2 nicht abschließend ist, kommen weitere Leistungsarten in Betracht. Eine genaue Abgrenzung der ausdrücklich aufgeführten Leistungen von weiteren Leistungen bzw. auch untereinander ist angesichts dessen, dass keine unterschiedlichen Voraussetzungen bestehen, entbehrlich.	[97]
Es können daher neben der Kontaktvermittlung auch beispielsweise	Die in Betracht kommenden Leistungen werden in der Regel in finanziellen Zuwendungen bestehen, etwa in der vollständigen oder teilweisen	[98]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
Fahrt- oder Kommunikationskosten übernommen werden	Übernahme von Fahrtkosten, ausnahmsweise auch Übernachtungskosten (Jehle, ZfSHG 1969, 397, 400), die für Besuche des alten Menschen bei nahe stehenden Personen oder - insbesondere wenn der alte Mensch selbst nicht mehr reisefähig ist - für Besuche einer (bedürftigen) nahe stehenden Person beim alten Menschen entstehen (OVG Lüneburg, FEVS 31, 340; Fichtner-Meusinger, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 23; Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, § 71 Rz 21; Gottschick-Giese, § 75 Rz 9.5; Strnischa, in: Oestreicher, SGB II/SGB XII, § 71 SGB XII Rz 18). Soziale Kontakte können aber auch mittels Telefon, neuerdings auch mittels e-mail, aufrechterhalten werden, womit sich die Frage stellt, ob die Kosten für eine entsprechende technische Ausrüstung (Telefon, Telefonanschluss, Computer, Vertrag mit einem Provider) sowie für die Gespräche/Briefe selbst ebenfalls von Nr. 6 erfasst sein können. Im Grundsatz ist dies zu bejahen (ebenso für Telefonanschlussgebühren Fichtner-Meusinger, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 22, 23; Schellhorn-Schellhorn, SGB XII, § 71 Rz 15, 16; Sehmsdorf, in: jurisPK-SGB XII, § 71 Rz 26; einschränkend VGH Kassel, FEVS 17, 136: nur bei Notwendigkeit, jederzeit rasche ärztliche Hilfe herbeizuholen), weil es derartige Kommunikationsmittel ermöglichen, eine altersbedingte Isolation zu verhindern oder zumindest zu mildern und dem Gesetz keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen sind, dass es lediglich den direkten persönlichen Kontakt fördern will (grundsätzlich ablehnend wohl LSG Bad.-Württ., Urt. v. 17. Dez. 2015, L 7 SO 1474/15: von den Regelsatzleistungen erfasst). Allerdings wird im Einzelfall stets genau zu prüfen sein, ob eine (teilweise) Kostenübernahme gerechtfertigt ist, weil der alte Mensch z. B. wegen einer Gehbehinderung oder wegen einer psychischen Behinderung in seinen Fähigkeiten, soziale Kontakte auf andere Art und Weise aufrechtzuerhalten, stark eingeschränkt ist. Fehlt es an altersbedingten Schwierigkeiten der Kontaktpflege, scheiden Leistungen nach Ziffer 6 regelmäßig aus. (...)	
Diese [alte Menschen] können also vom Sozialhilfeträger prinzipiell nicht direkt verlangen, die konkret gewünschte Leistung eines Besuchsdienstes zu erbringen.	§ 71 richtet sich primär an die Sozialhilfeträger. Deswegen, wegen der weiten Formulierungen, wegen der vornehmlich auf Beratung und Unterstützung ausgerichteten Leistungen und wegen der sich daraus ergebenden zT ganz unterschiedlichen kommunalen Handhabung spielt eine gerichtliche Durchsetzung von Ansprüchen nach § 71 nur eine	[99]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	eingeschränkte Rolle. Von Bedeutung ist die Durchsetzung von Ansprüchen insbesondere dann, wenn eine (kommunale) Anwendungspraxis vor Ort existiert und im Einzelfall davon abgewichen wird, oder wenn sich die konkrete Situation des alten Menschen hinsichtlich von altersbedingten Bedarfslagen so verdichtet hat, dass zur Erreichung der in § 71 genannten Ziele die Erbringung von Leistungen notwendig ist. Lehnt der Sozialhilfeträger in diesen Fällen die Erbringung der Leistungen im Rahmen der Altenhilfe ab, so ist hiergegen Widerspruch, Verpflichtungsklage möglich	
Der Sozialhilfeträger „soll“ nach dem Wortlaut der Vorschrift zwar Leistungen der Altenhilfe erbringen; in der Frage, welche das sind, hat er aber ein Auswahlermessen	Nach Absatz 1 Satz 1 „soll“ alten Menschen Altenhilfe gewährt werden. Hinsichtlich des „Ob“ der Leistungsgewährung hat der Sozialhilfeträger daher grundsätzlich keinen Entscheidungsspielraum; im Regelfall sind Leistungen zu erbringen. Nur atyische Ausnahmefälle berechtigen zur Leistungsverweigerung (Künzel-Schön, NDV 2000, 115, 118; LSG Hessen, Urt. v. 8. März 2013, L 9 SO 52/10). Hinsichtlich des „Wie“ stellt Absatz 2 einen nicht abschließenden, sondern nur beispielhaften („insbesondere“) Katalog von Leistungen zur Verfügung. Die Auswahl der im Einzelfall passenden Leistung nach Art und Umfang steht im Ermessen des Sozialhilfeträgers (§ 17Abs. 2), der sich bei seiner Entscheidung an den Kriterien des § 9 Abs. 1 zu orientieren hat. Dabei sind insbesondere auch Art und Umfang der altersbedingten Schwierigkeiten zu berücksichtigen (BSG, Urt. v. 24. Febr. 2016, B8 SO 11/14 R), z. B. drohende Vereinsamung/Isolation nach Ausscheiden aus dem Berufsleben oder Verlust des Partners, eingeschränkte Selbsthilfemöglichkeiten aufgrund körperlicher oder geistiger Abbauvorgänge (BSG, a. a. O.). Soweit Geldleistungen in Rede stehen (s. u. Rz 8, 9, 11, 12), kann eine nur teilweise Kostenübernahme ermessensgerecht sein (vgl. VG Göttingen, Urt. v. 24. Febr. 2005, 2 A 266/04, betr. Seniorenreise). Die in der Vorgängervorschrift ursprünglich enthaltene Einschränkung („in vertretbarem Umfang“) ist bereits durch das 3. ÄndG zum BSHG vom 25. März 1974 aufgehoben worden. Auch deshalb ermöglicht § 71 tendenziell ein „Mehr“ Leistungen als § 27a Abs. 1 Satz 2, wo diese Einschränkung nach wie vor vorhanden ist.	[100]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
Wenn indes der Sozialhilfeträger bereits in fortlaufender Verwaltungspraxis konkrete Leistungen der Altenhilfe gewährt, hat er sich selbst gebunden, was sich zu einem zielgerichteten Anspruch der älteren Menschen, zum Beispiel auf einen Besuchsdienst, verdichten kann.	§ 71 richtet sich primär an die Sozialhilfeträger. Deswegen, wegen der weiten Formulierungen, wegen der vornehmlich auf Beratung und Unterstützung ausgerichteten Leistungen und wegen der sich daraus ergebenden zT ganz unterschiedlichen kommunalen Handhabung spielt eine gerichtliche Durchsetzung von Ansprüchen nach § 71 nur eine eingeschränkte Rolle. Von Bedeutung ist die Durchsetzung von Ansprüchen insbesondere dann, wenn eine (kommunale) Anwendungspraxis vor Ort existiert und im Einzelfall davon abgewichen wird, oder wenn sich die konkrete Situation des alten Menschen hinsichtlich von altersbedingten Bedarfslagen so verdichtet hat, dass zur Erreichung der in § 71 genannten Ziele die Erbringung von Leistungen notwendig ist. Lehnt der Sozialhilfeträger in diesen Fällen die Erbringung der Leistungen im Rahmen der Altenhilfe ab, so ist hiergegen Widerspruch, Verpflichtungsklage möglich	[99]
Nur etwa 1 % der Empfänger von Hilfen in besonderen Lebenslagen nehmen sie in Anspruch	Nicht zuletzt wegen dieser Auffangfunktion hatte die Altenhilfe in der bisherigen Sozialhilfepraxis nur eine geringe Bedeutung: Sie wurde von weniger als 1 % der Empfänger von Hilfen in besonderen Lebenslagen in Anspruch genommen (Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, 9. Aufl. 2012, § 71 Rz 8).	[101]
der Anteil der Ausgaben für Altenhilfe betrug 2011 nur ca. 0,03 % der Gesamtausgaben für Sozialhilfe	2011 betrug der Anteil der Ausgaben für Altenhilfe in der BRD nur ca. 0,03 % der Gesamtausgaben für Sozialhilfe.	[102]
Ziel der Altenhilfe in ihrer jetzigen Gesetzesfassung ist die Deckung von zusätzlichen, aus den körperlichen, seelischen oder geistigen Alterserschwernissen herrührenden Bedarfslagen.	Rn. 13: Der Tatbestand der Altenhilfe setzt aber daneben das Bestehen von Bedarfen wegen "altersbedingter Schwierigkeiten" voraus. Anders als der Kläger meint, löst danach nicht allein das Alter eines Menschen Ansprüche auf Altenhilfe im Sinne eines "Bedarfs in anderen Lebenslagen" aus, ohne dass bereits auf der Tatbestandsseite die mit dem individuell unterschiedlich verlaufenden Lebensprozess "Alter" verbundenen Bedarfe zu prüfen wären. Dies ergibt sich aus der Systematik des gesamten SGB XII: Der Anspruch auf Leistungen zur Existenzsicherung im Sozialhilferecht, die in den 3. bis 9. Kapiteln geregelt sind, ist stets bedarfsbezogen (vgl § 9 Abs 1 SGB XII). Eine Leistung an einen Einzelnen, die unabhängig von einem	[103]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	individuellen Bedarf gewährt würde, ist dem Gesetz dabei fremd. Ein bestimmtes Lebensalter löst unabhängig von den sonstigen Lebensumständen, die nicht bereits bei der Bemessung der Regelbedarfe unterstellt werden, deshalb keine besonderen Bedarfe aus. Die Regelung des § 71 SGB XII entspricht diesem Konzept. § 71 SGB XII beschreibt in Abs 1 zwar nicht ausdrücklich anspruchsbegründende Bedarfe, sondern nennt in Abs 2 lediglich Leistungen, die in Betracht kommen. Die Gesetzeshistorie sowie Sinn und Zweck der Vorschrift lassen erkennen, dass Ziel der Altenhilfe, die als eine eigenständige Leistung des Sozialhilferechts mit der Schaffung des Bundessozialhilfegesetzes - BSHG - (vom 30.6.1961 - BGBl I 815) zum 1.6.1962 eingeführt worden (vgl § 75 BSHG) und seither in ihren wesentlichen Zügen unverändert geblieben ist, die Deckung von zusätzlichen, aus den körperlichen, seelischen oder geistigen Alterserschwernissen herrührenden Bedarfslagen ist	
Zu derartigen Bedarfslagen gehört insbesondere auch die (drohende) Vereinsamung und Isolation aus altersbedingten Gründen, zum Beispiel nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder dem Verlust des Partners	Rn. 16: Es kann sich aber bei anspruchsbegründenden "altersspezifischen Schwierigkeiten" durchaus um Bedarfslagen handeln, die auch in jüngerem Alter bereits bestehen, die aber erst unter dem Gesichtspunkt der altersbedingten Auswirkungen - insbesondere also der drohenden Vereinsamung und Isolation aus altersbedingten Gründen (etwa nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben oder nach dem Verlust des Partners) oder der zunehmenden körperlichen oder geistigen Schwäche und der daraus resultierenden eingeschränkten Selbsthilfemöglichkeiten (etwa der nur noch eingeschränkten Möglichkeit, Einkäufe selbst zu erledigen) - ergänzend oder auch in besonderem Maße zu decken sind.	[103]
Trotz des fortschreitenden demographischen Wandels führt die Vorschrift aber auch heute noch ein „Nischendasein“	(…) Gegenwärtig fristet § 71 aber noch ein Nischendasein (BT-Drucks. 17/3815 S. 209), auch wenn der Gesetzgeber im Dritten Pflegestärkungsgesetz der Vorschrift erstmals seit langem ein gewisses Augenmerk geschenkt hat (s. Rz 2, 9, 16). (...)	[101]
[§71 SGB XII] kann keine Grundlage umfassender rechtspolitischer Konzepte zur Hilfe für ältere Menschen darstellen.	BSG Rn. 17: Inwieweit § 71 SGB XII daneben Grundlage für eine umfassende (von der Lebenslage des einzelnen älteren Bewohners unabhängige) kommunale	zweifelnd [103]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Altenpolitik ist, kann offen bleiben (iS einer solchen "doppelten" Zielsetzung etwa BT-Drucks 7/308, S 17, wonach sich die Altenhilfe "sowohl als unmittelbar anzuwendende Vorschrift bewährt wie auch als Initialzündung für besondere Maßnahmen zugunsten alter Menschen in den Ländern ausgewirkt" hat; vgl auch Bieritz-Harder in Lehr- und Praxiskommentar SGB XII, 10. Aufl 2015, § 71 SGB XII RdNr 8). Ausschließlicher Gesetzeszweck ist dies jedenfalls nicht; ein individueller Anspruch würde hieraus auch nicht resultieren. Biertz- Harder Rn. 7, 9: Das Alter ist auch als allgemeine Lebenslage zu berücksichtigen. So haben (fast) alle alten Menschen besondere Lebenslagen hinsichtlich des Wohnens, der hauswirtschaftlichen Versorgung, der gesundheitlichen Situation (Multimorbidität, Chronifizierung von Akuterkrankungen) und der (eingeschränkten) sozialen Kontakte. Die damit verbundenen Problematiken stellen sich bei alten Menschen, die von Sozialhilfe betroffen sind, in verschärftem Maße. Deswegen hat eine Altenhilfepolitik, die konzeptionell auf die Erhaltung der Eigenständigkeit alter Menschen und ihrer Teilnahme am Gesellschaftsleben ausgerichtet ist, eine wichtige Bedeutung. § 71 kann in diesem Zusammenhang eine sinnvolle Facette sein, insbesondere dann, wenn die in ihm liegenden Möglichkeiten ausgeschöpft werden, was durch die weiten Zielvorgaben und durch die Benennung einer Vielzahl von Maßnahmen möglich ist. § 71 richtet sich primär an die Sozialhilfeträger. Er räumt ihnen eine entsprechende Befugnis zur Tätigkeit auf dem Gebiet der Altenhilfe ein und verbindet dies mit der gesetzgeberischen Aufforderung („soll“), auf diesem Gebiet tätig zu werden. Damit bildet er zum einen die Grundlage für kommunale Altenpolitik. Zum anderen ist § 71 Anspruchsgrundlage für Leistungen, die besondere altersbedingte Bedarfe abdecken sollen. Wird im Einzelfall die Frage der Gewährung einer individuellen Leistung nach § 71 relevant, so ist unabdingbare Voraussetzung der Gewährung einer Leistung, dass der geltend gemachte Bedarf altersspezifisch ist, sich also auf Bedarfslagen richtet, die altersbedingt entstehen.	optimistischer [104]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
Sie [Die Norm §71 SGB XII] wird daher seit längerer Zeit kritisiert und als reformbedürftig angesehen, um den besonderen Bedarfen älterer Menschen jetzt und in Zukunft besser, vor allem kommunen- und sektorenübergreifend begegnen zu können.	Altenbericht: Die von den Sachverständigen angesprochenen Kritikpunkte an der derzeitigen Umsetzung der in § 71 SGB XII verankerten Altenhilfe im Bereich der Pflege haben bereits im Rahmen des Entwurfs des Dritten Pflegestärkungsgesetzes Berücksichtigung gefunden. BT-Drs.: (Auszüge) Die bisherige kommunale Politik für ältere Menschen war und ist unter der Bezeichnung „Altenpolitik“ oder „Seniorenpolitik“ geprägt von Aktivitäten der Kommunen im Rahmen des weit gesteckten kommunalen Politikfeldes der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII, das in höchst unterschiedlicher Weise ausgestaltet und ausgelegt ist und in seiner Verortung im Sozialhilferecht schon lange problematisiert wurde. (S. 276) Die klassische Altenhilfe taugt nicht für eine sektorenübergreifend angelegte, soziale Infrastrukturen sichernde und vernetzende örtliche Politik. Und sie erfasst auch nicht die Handlungsfelder und Möglichkeiten einer Altenpolitik, die auf Mitwirkung und Akteurskonstellationen setzt, in denen alte Menschen selbst eine aktive Rolle einnehmen. (S. 278) (Es) kann an frühere Diskussionen über ein Altenhilfestrukturgesetz angeknüpft werden. Der Ansatz aus den 1990er Jahren kann weiterhin bedeutsam sein, wenn er einem versorgungssystematischen, Segmentierungen überwindenden Konzept folgt (...), wenn er klare Aufgabenbeschreibungen, eine Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten sowie finanzielle Handlungsspielräume eröffnet und eine fachliche Unterstützung und Supervision der Kommunen sicherstellt (Herweck 2015). Auch an die Vorarbeiten für eine „Strukturreform Pflege und Teilhabe“, die sich an der Konzeption des Kinder- und Jugendhilferechtes (dem SGB VIII) orientieren, kann angeknüpft werden (Hoberg u. a. 2013). Rixen (2015) schlägt im Zusammenhang mit der Diskussion über die Gestaltung des demografischen Wandels als Verwaltungsaufgabe gesetzliche Regelungen vor, die neben der Verpflichtung von	[105]; exemplarisch Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Stellungnahme DV 17/16 (15.06.2016),S. 16 f., https://www.deutscher-verein.de/de/empfehlungenstellungnahmen-2016-stellungnahme-des-deutschen-vereins-zum-referentenentwurf-eines-dritten-gesetzes-zur-staerkung-der-pflegerischen-versorgung-und-zur-aenderung-weiterer-vorschriften-drittes-pflegestaerkungsgesetz-psg-2285,841,1000.html (Abruf 27.01.2022); siehe auch [101] mit weiteren Nachweisen.

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Bundesfachplanungen zur Einbeziehung der kommunalen Ebene eine neue Gemeinschaftsaufgabe für altengerechte beziehungsweise gesundheitsbezogene Unterstützungsbedarfe kennen und eine konsequente Planung von sozialer Infrastruktur auf der Ebene von Sozialräumen vorsehen. (S.279) In einem Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen könnte eine Politik für aktive Teilhabe und Hilfen von und für ältere Menschen konkretisiert und in einem Artikelgesetz unter Einbeziehung inhaltlich miteinander verbundener Regelungen in verschiedenen Gesetzen zu einem konsistenten Politikansatz zusammengefasst werden. Dieses Leitgesetz sollte auf die in § 71 SGB XII mitbedachten Altenhilfestrukturen auf kommunaler Ebene ausgerichtet werden; es sollten Fragen des Verbraucher- und Erwachsenenschutzes einbezogen und den Kommunen Planungs- und Koordinationsaufgaben übertragen werden. (S. 279) Die bislang in § 71 SGB XII beschriebenen Aufgaben der Kommunen im Rahmen der Altenhilfe verdienen sowohl semantisch als auch in ihrer Struktur und Konsistenz eine Revision. Nicht in der Praxis kaum realisierte und eingeforderte Individualansprüche hätten im Vordergrund zu stehen, sondern die Infrastruktur- und Planungsverantwortung der Kommunen, verbunden mit einer gesetzlich verankerten Koordinierungsfunktion. (S.280) Die Aufgaben der Förderung der aktiven Beteiligung älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben, ihres bürgerschaftlichen Engagements, aber auch der Förderung der Sorge und Unterstützung für ältere Menschen kann in einer Konkretisierung der Vorschriften des § 71 SGB XII aber auch in anderen bundesgesetzlichen Regelungen, sei es in einem zu reformierenden Bundesfreiwilligengesetz, das auch älteren Menschen den Zugang ermöglicht, verankert werden. (S.280)	

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Durch den neuen § 71 Abs. 5 SGB XII-E sollen die Leistungen der Altenhilfe stärker mit weiteren Leistungen für Senior/innen verzahnt werden. Zudem sind die Ergebnisse der Gesamtplanung nach dem SGB IX zu berücksichtigen. Der Deutsche Verein nimmt die vorgeschlagene Regelung positiv zur Kenntnis, hält jedoch die Änderungen für nicht weitgehend genug. In seinen Empfehlungen zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur hat der Deutsche Verein bereits deutlich gemacht, dass die Altenhilfe nach § 71 SGB XII modernisiert werden muss. Die Aufgaben im Rahmen des § 71 SGB XII sollten anhand der Ziele Selbstbestimmung, soziale Teilhabe und Verbleib in der eigenen Häuslichkeit modernisiert und qualifiziert beschrieben werden. Zudem wäre nach Auffassung des Deutschen Vereins eine detailliertere Umschreibung der kommunalen Aufgaben in der Altenhilfe (Bedarfserhebung, Planung, regelmäßiges Monitoring) zielführend. Er weist darauf hin, dass auch die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege über die im Entwurf vorgeschlagenen Änderungen des § 71 SGB XII-E hinaus - gehen. Der Deutsche Verein betont in diesem Zusammenhang seine Forderung nach einer hinreichenden Finanzausstattung der Kommunen. Schlette: (…) Die bloße Auffangfunktion des § 71 wird auf rechtspolitischer Ebene in der Literatur zum Teil kritisiert (s. insbes. Bieritz-Harder, in: LPK-SGB XII, 9. Aufl. 2012, § 71 Rz 8: Es fehle im Sozialhilferecht an der nötigen konzeptionellen Erfassung der vielfältigen Problemlagen alter Menschen. Zur Diskussion über ein umfassendes Bundesgesetz über Hilfen für ältere Menschen vgl. Schulte, NDV 99, 3; Ziller, NDV 1991, 160).	
In der Altenhilfe gibt es bereits eine ausdrückliche Rechtsgrundlage für professionell betreute Gruppenaktivitäten für Senioren, nämlich das Leistungsbeispiel	Veranstaltungsbesuche (Nr. 5): Nr. 5 bezieht sich vornehmlich auf die Erhaltung, Schaffung, Reaktivierung sozialer Kontakte. Damit ist die soziokulturelle Altenarbeit angesprochen. Möglichkeiten hierzu sind Unterhaltungsnachmittage, Seniorendiscos, Ausflugsfahrten,	[106]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
des § 71 Abs. 2 Nr. 5 SGB XII. Hiernach kommen als Leistungen der Altenhilfe insbesondere „Leistungen zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen“ in Betracht. Hierdurch sollen soziale Kontakte einer größeren Bandbreite erhalten, neu geschaffen oder reaktiviert werden	Besichtigungen, Einladungen, Vorträge, Zubringerdienste zu Veranstaltungen, Organisationen von Aufführungen, Reisen, Beihilfen zum Besuch von Veranstaltungen, verbilligte Karten usw Hierzu zählt auch die Schaffung von Einrichtungen zur Pflege sozialer Kontakte (Altentagesstätten, Altenclubs).	
Abgedeckt sind unstreitig zahlreiche Varianten von Gruppenaktivitäten, etwa Unterhaltungsnachmittage, Tanzveranstaltungen, Konzerte, Volkshochschulkurse oder Ausflugsfahrte.	Biertz-Harder: Möglichkeiten hierzu sind Unterhaltungsnachmittage, Seniorendiscos, Ausflugsfahrten, Besichtigungen, Einladungen, Vorträge, Zubringerdienste zu Veranstaltungen, Organisationen von Aufführungen, Reisen, Beihilfen zum Besuch von Veranstaltungen, verbilligte Karten usw Schlette: (…) Unter die hier genannten geselligen, unterhaltenden, bildenden und kulturellen Veranstaltungen und Einrichtungen fallen z. B. Ausflugs- und Besichtigungsfahrten, Reisen (VG Göttingen, Urt. v. 24. Febr. 2005, 2 A 266/04), Konzerte, Vorträge, Kinobesuche, kirchliche Veranstaltungen, Altenbegegnungsstätten, sog. Seniorenbüros (OVG Münster, Urt. v. 18. Aug. 2004, 19 A 2510/03), Volkshochschulkurse, bunte Nachmittage und vieles andere mehr. Die entsprechenden Angebote sollen soweit möglich über den Personenkreis der alten Menschen hinausreichen, um der drohenden Ausgliederung älterer Menschen aus der übrigen Gesellschaft entgegenzuwirken (vgl. Fichtner-Meusinger, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 22). (...)	[106,107] Weitere Ideen bei: [108,109]
[Veranstaltungsbesuche] und zwar auch und gerade solche, die sich nicht speziell oder ausschließlich an ältere Menschen richten (sog. offene Altenhilfe), um diese nicht aus der übrigen Gesellschaft auszugliedern	Sehmsdorf: Es besteht keine Beschränkung auf Veranstaltungen oder Einrichtungen, die sich speziell an ältere Menschen richten, vielmehr kommen alle Veranstaltungen in Betracht, die der Geselligkeit, Unterhaltung, Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen dienen.	[107-109]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Schlette: (…) Die entsprechenden Angebote sollen soweit möglich über den Personenkreis der alten Menschen hinausreichen, um der drohenden Ausgliederung älterer Menschen aus der übrigen Gesellschaft entgegenzuwirken (vgl. Fichtner-Meusinger, Grundsicherung, § 71 SGB XII Rz 22). Eine Einrichtung oder Veranstaltung unterfällt daher selbst dann der Ziffer 5, wenn sie ausdrücklich auch für jüngere Menschen, ggf. sogar Kinder, bestimmt ist (OVG Münster, a. a. O.). Die Leistungen können dergestalt erfolgen, dass der Sozialhilfeträger das entsprechende Angebot solcher sog. offener Altenhilfe selbst bereitstellt oder dessen Inanspruchnahme, etwa durch einen Fahrdienst, erst ermöglicht (Sachleistung), oder in der Form, dass er die Kosten von Einrichtungen und Veranstaltungen Dritter oder den Zugang hierzu ganz oder teilweise übernimmt (Fahrtkosten, Zuschuss zu den Kosten der Eintrittskarten etc.). (….) OVG NRW: Dem Betreiben von Altenhilfe in persönlicher Hinsicht steht ferner nicht entgegen, dass sich das Seniorenbüro F. ausdrücklich auch an "jüngere Menschen" wendet. Soweit damit ein Adressatenkreis angesprochen wird, der nicht Altenhilfeempfänger nach § 75 BSHG sein kann, handelt es sich nicht um die im L. durch das Seniorenbüro angesprochenen Personen, sondern um solche, die lediglich unterstützende Funktionen im Rahmen der Altenhilfe wahrnehmen. Denn es entspricht dem integrativen Konzept des Seniorenbüros F., Betreuung von Senioren insbesondere auch durch gemeinschaftliche Veranstaltungen mit jungen Menschen zu leisten. Ein derartiges integratives Konzept überschreitet den Rahmen der Altenhilfe nicht, weil diese nach § 75 Abs. 1 Satz 2 BSHG alten Menschen insbesondere auch die Möglichkeit erhalten soll, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Dazu können auch Gemeinschaftsveranstaltungen mit nicht selbst altenhilfeberechtigten Personen, insbesondere auch mit Kindern, gehören.	

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
Eine seit einiger Zeit diskutierte Gesamtstrukturreform der Altenhilfe hin zu einer ganzheitlichen Altenpolitik	Wegen der Vielzahl an vorgeschlagenen Änderungen werden hier nur einige Vorschläge beispielhaft dargestellt. S. 281 Die Ansätze des Versorgungsstärkungsgesetzes zur Kompetenzerweiterung von Kommunen sollten konsequent weiterentwickelt werden. Präventiv orientierte Ansätze in der Gesundheitsversorgung sollten gesetzlich geregelt werden – vom präventiven Hausbesuch bis hin zur Gemeindeschwesterfunktion respektive zur Erweiterung der Leistungen derhäuslichen Krankenpflege. In § 37 SGB V sollte die Koordinierungsfunktion der Kommunen für Fragen der gesundheitlichen Versorgung verbindlich verankert werden (ÖGDG). Eine regionale Orientierung von Versorgungsmanagementansätzen sollte verbindlich niedergelegt werden (§ 11 SGB V). Die Kooperation des formellen Gesundheitswesens mit bürgerschaftlichen und Selbsthilfeorganisationen sollte gestärkt werden. (...)eine Präzisierung der Instrumente etwa nach §§ 171f. BauGB oder die Erweiterung der Verträglichkeitsprüfung in der Baunutzungsverordnung (§ 11 BauNVO), sofern es um die Planung von Infrastrukturen für die kollektive Versorgung für ältere Menschen geht. S. 294 „Altenhilfestrukturen“ müssen gefördert, ausgebaut, verstetigt sowie gesetzlich flankiert werden. In einem Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen sollte eine Politik für aktive Teilhabe und Hilfen von älteren und für ältere Menschen zu einem kohärenten Politikansatz entwickelt werden. Die Bundesregierung ist aufgefordert, die kompetenzrechtlichen Voraussetzungen für ein solches Gesetzesvorhaben zu prüfen und zu klären.	Vgl. die umfassenden Vorschläge in [105]
Rechtlich denkbar wäre es aber bereits im gegenwärtigen Versorgungssystem, die	S. 41 f:	[86]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
kommunalen Träger der Altenhilfe durch Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Lebenswelt des Wohnens und der Freizeitgestaltung für ältere Menschen (§ 20a Abs. 1 SGB V) zu	Für Leistungen der Primärprävention nach §§ 20, 20a SGB V zum Erhalt von Mobilität und Selbstständigkeit kommen insbesondere selbstständig lebende ältere/alte Menschen in Betracht. (…) Die für ältere/alte Menschen zugeschnittenen Leistungen sollen wohnortnah, niedrigschwellig, im Rahmen kommunaler Strukturen und in Kooperation mit verschiedenen Akteuren vor Ort sowie möglichst unter Mitwirkung älterer Menschen erbracht werden.	
Außerdem bieten Hausbesuche darüber hinaus eine Möglichkeit, um weitergehende Gesundheitsbedarfe der besuchten älteren Menschen zu erfassen.	S. 8, 60 f: Als präventiver Hausbesuch (PHB) wird „die systematische Erfassung individueller Bedarfe älterer, zu Hause lebender Menschen im Rahmen eines anlassunabhängigen Hausbesuchs“ definiert. Die meisten Hinweise finden sich in den aus- gewerteten Studien für mögliche Teilzielgruppen, die entweder einen besonderen Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention aufweisen oder aber von präventiven Hausbesuchen besonders zu profitieren scheinen.	[110]
Wenn sich die Krankenkassen und die Träger der Altenhilfe auf niedrigschwelliger Ebene in geeigneter Weise abstimmen und verzahnen, kommt es auch nicht zu einer Doppelförderung derselben Interventionsmaßnahmen, die im Interesse klarer (Finanzierungs-)Zuständigkeiten vermieden werden sollte.	S. 42: Bei allen an ältere/alte Menschen in der Kommune gerichteten Gesundheitsförderungs- und Präventionsleistungen sind zur Vermeidung von Doppelförderungen jeweils die gesetzlich geregelten (Finanzierungs-)Zuständigkeiten z. B. Nach dem Pflegeversicherungs- und Sozialhilferecht zu berücksichtigen.	[86]
Die Möglichkeiten der Krankenkassen sind hier vielfältig, insbesondere kann zusammengearbeitet werden mit Bürger- und Seniorenzentren sowie Begegnungsstätten, Wohnungsbaugesellschaften, Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden und Religionsgemeinschaften, Vereinen oder Volkshochschulen	S. 42: Partnerschaften können insbesondere eingegangen werden mit: • Bürger- und Seniorenzentren,Begegnungsstätten • Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften • Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände und von Religionsgemeinschaften • Ambulanten Pflegediensten • Koordinierungsstellen für Gesundheitsförderung in den Kommunen • Seniorenräten auf kommunaler oderLandesebene • Vereinen, insbesondere Sportvereinen, im ländlichen Raum auch mit	[86] auch mit weiteren Beispielen.

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Landfrauenverbänden • Volkshochschulen	
Was ein „Leistungssektor“ ist, wird vom Gesetz nicht definiert; unklar ist auch, ob „primäre Prävention“ einen solchen Leistungssektor darstellt.	Noch nicht abschließend geklärt ist, ob die Prävention einen eigenständigen Leistungssektor darstellt. In Bezug auf die Prävention regelt § 20 Abs. 1 Sätz 1 und 2 SGB V, dass „die Krankenkasse […] in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (§20 Abs. 1 Satz 2 SGB V).	[111]
Primäre Prävention ist nicht begrenzt auf einen bestimmten Erbringer von Leistungen oder eine bestimmte Art von Leistungen. Sie steht damit nicht auf gleicher Ebene neben (als Leistungssektor anerkannten) Versorgungselementen wie „ambulante Versorgung“, „Versorgung mit Heilmitteln“ oder „Versorgung mit Hilfsmitteln“	Der Gesetzgeber selbst hat die Leistungssektoren nicht definiert. Nach der hier vertretenen Auffassung lassen sich jedoch im Rahmen der Auslegung die folgenden Leistungssektoren ermitteln: ▪ „ambulante Versorgung mit Leistungen der hausärztlichen Versorgung“, ▪ „ambulante Versorgung mit Leistungen der fachärztlichen Versorgung“, ▪ „ambulante Versorgung mit Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung“, ▪ „Versorgung mit Leistungen der Krankenhausbehandlung“, ▪ „Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Harn- und Bluttestreifen“, ▪ „Versorgung mit Heilmitteln“, ▪ „Versorgung mit Hilfsmitteln“, ▪ „stationäre Versorgung mit Leistungen der medizinischen Vorsorge“, ▪ „ambulante und stationäre Versorgung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation“, ▪ „Versorgung mit Krankentransportleistungen“, ▪ „Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie“, ▪ „Versorgung mit Hebammenleistungen“ und ▪ „Versorgung mit Pflegeleistungen“.	[112]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
Care- und Casemanagement ist stets auf einen längeren Zeitraum angelegt und interveniert mit regelmäßigen Besuchen beim Betroffenen insbesondere in Themen, die nicht Teil der ärztlichen Versorgung sind. Hierzu gehören namentlich (...)	Projektbeschreibung Geriatrie bezeichnet einen mit dem höheren Lebensalter assoziierten Zustand. Aber nicht jeder ältere Mensch ist gleich ein geriatrischer Patient. Beim geriatrischen Patienten treten akute und chronische (Mehrfach-)Erkrankungen z.T. gleichzeitig auf und sind oft schwer von den „normalen“ physiologischen Altersprozessen zu unterscheiden. Funktionalitäten wie Gehen, Sehen oder Hören sind oft beeinträchtigt, wenn die Reserven des Körpers sich erschöpfen. Termindichte und Zeitmangel prägen den herkömmlichen Praxisablauf, in der die Situation vulnerabler Patienten kaum vollständig erfasst werden kann. Abstimmungen zwischen haus- und fachärztlichen Behandlungen erfolgen oft nicht systematisch, wichtige Behandlungsinformationen können so verloren gehen. Ziel von RubiN ist es deshalb, eine regional vernetzte Organisationsform zu entwickeln, in der nicht-ärztliche und ärztliche Spezialisten der Geriatrie in einem Versorgungsnetzwerk rechtssicher zusammenarbeiten können, um gezielt auf andere Versorgungsebenen – sektorübergreifend – hinzuwirken. Im Vordergrund steht dabei eine Bestandsaufnahme der Versorgung. Dafür dokumentieren ausgebildete Fallmanager die ambulanten und in Krankenhäusern die stationären Risiken des Altersprozesses von Patienten über 70 Jahren. Die Ergebnisse werden nach leichtem, mittleren und intensiven Betreuungsbedarf eingeordnet und individuelle Behandlungs- und Versorgungspfade gestaltet. Dadurch sollen Patienten ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt vertreten können. RubiN entwickelt Struktur- und Prozessanforderungen, um das traditionelle Anstellungssetting „Arztpraxis“ um rechtssichere vernetzte Organisationsformen zu ergänzen. Um zu untersuchen, ob die neue Versorgungsform Vorteile bringt, werden 3200 neu behandelte geriatrische Patienten mit 1600 regulär versorgten geriatrischen Patienten verglichen. Das Projekt wird für 45 Monate mit insgesamt ca. 8,1 Millionen Euro gefördert.	Vgl. das ein geriatrisches Care- und Casemanagement untersuchende Projekt „Regional ununterbrochen betreut im Netz“ (RubiN) [114]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Im Erfolgsfall wird dauerhaft eine regional vernetzte Organisationsform entwickelt, in der nicht-ärztliche und ärztliche Spezialisten rechtssicher zum Wohle geriatrischer Patienten zusammenarbeiten.	
Gerade in der Algenpflege kann Care- und Casemanagement eine Entwicklung von formeller Pflege hin zum Alltagsmanagement bewirken.	Die formelle Pflege geht in ein Alltagsmanagement über. Das heißt, die von fachlicher Seite angebotene Unterstützung wird in die Bewältigungsweise selbstständigen Lebens und Haushaltens eingeführt.	[113]
Etwaige Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz könnten am Verbot der Vorwegnahme der Hauptsache scheitern	Ihrem Zweck nach, den Rechtsstreit bis zur Entscheidung in der Hauptsache offen zu halten, darf die einstweilige Anordnung keine endgültige Regelung treffen, die eine Hauptsacheentscheidung entbehrlich machte. Insb. die herabgesetzten Anforderungen an die Richtigkeitswahrscheinlichkeit im einstweiligen Rechtsschutz machen es unter dem Gesichtspunkt des wirksamen Rechtsschutzes notwendig, dass die endgültige Entscheidung dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleibt, in dem eine umfassende und nicht nur summarische Prüfung der Sach- und Rechtslage erfolgt und sich das Gericht von der Richtigkeit überzeugt.	[115]
Möglich erscheint auch eine Implementierung eines Rechtskonkretisierungskonzeptes, wie es das Bundessozialgericht im Krankenversicherungsrecht (SGB V) annimmt: Weil im Leistungsrecht nur sehr rudimentäre Regelungen getroffen wurden, im Leistungserbringungsrecht hingegen unzählige untergesetzliche Regelungen, Vereinbarungen usw. bestehen, wird von der Rechtsprechung hier seit geraumer Zeit angenommen, dass das Leistungsrecht nur noch ein subjektiv-öffentliches Rahmenrecht sei, ein Anspruch dem Grunde nach.	BSG: Welche Leistungen die KKn allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben, bemisst sich grundsätzlich nach dem Zusammenspiel von Leistungs- und Leistungserbringungsrecht. Versicherte haben aus § 27 SGB V nicht lediglich ein bloßes subjektiv-öffentlich-rechtliches Rahmenrecht oder einen bloßen Anspruch dem Grunde nach (so noch BSGE 73, 271, 279 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 18 f), sondern einen konkreten Individualanspruch, dessen Reichweite und Gestalt sich aus dem Zusammenspiel mit weiteren gesetzlichen und untergesetzlichen Rechtsnormen ergibt Fahlbusch: Dies führte zunächst zu der Frage nach dem Verhältnis von (gesetzlicher) Leistungsnorm zu den (untergesetzlichen) Regelungen der Beziehung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Erfüllung der Sachleistungsansprüche der Versicherten erfolgte durch die Leistungserbringer, die ihrerseits normativ an die (nicht)gesetzlichen	[116] Erklärend dazu: Fahlbusch, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020 (Stand 15.06.2020), § 27 Rn. 12 f. m. w. N.; [117]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Richtlinien und Regelungen zur Gestaltung des Leistungserbringerrechts gebunden waren. Während zur Lösung dieses Spannungsverhältnisses ursprünglich der Vorrang des gesetzlichen Leistungsanspruchs das Primat war, gefolgt von einer vorsichtigen Zurücknahme der gerichtlichen Kontrolldichte durch Erhöhung von Anforderungen an eine Unvereinbarkeit der beiden Regelungsregimes und Beweislastverschärfungen bei Abweichen von sachverständigen Stellungnahmen und das BSG den § 27 SGB V zunächst als offene Wertungsnorm angesehen hat, folgte die Judikatur zum Rechtskonkretisierungskonzept. Nach der Einordnung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als (untergesetzliche) Rechtsnormen bestimmte das BSG den normativen Gehalt des § 27 SGB V dahingehend, dass dieser ein durch das Leistungserbringerrecht ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht darstelle. Dieses Rahmenrecht verdichtete sich erst dann zu einem durchsetzbaren Einzelanspruch, wenn der kraft gesetzlichen Auftrags handelnde Leistungserbringer entschieden habe, welche Sach- oder Dienstleistung notwendig sei. In der jüngeren Rechtsprechung hebt das Gericht hervor, dass es sich bei dem Anspruch aus § 27 SGB V nicht nur um ein subjektiv-öffentliches Rahmenrecht handelt, sondern um einen konkreten Individualanspruch, dessen Reichweite und Gestalt sich aus dem Zusammenspiel mit weiteren gesetzlichen und untergesetzlichen Rechtsnormen ergibt. Damit ist indes keine Abkehr von dem zuvor entwickelten Rechtskonkretisierungskonzept festzustellen. Denn weiterhin ergibt sich der konkrete Individualanspruch aus dem Zusammenspiel des § 27 SGB V mit weiteren gesetzlichen und untergesetzlichen Normen, aus Leistungs- und Leistungserbringungsrecht. § 27 SGB V statuiert dabei die äußeren Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Krankenbehandlung und gibt damit auch die äußere Grenze für die untergesetzliche Konkretisierung des Anspruchsinhalts vor. Innerhalb dieses „Rahmens“ besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung gegen die Krankenversicherungsträger nach Maßgabe der konkretisierenden Vorschriften. Die Konkretisierung erfolgt regelmäßig durch die folgenden Einzelregelungen des 1. Titels, das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V)	

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	und den auf der Grundlage der nach § 92 SGB V erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Über die den Sachleistungsanspruch ausgestaltenden, leistungserbringerrechtliche Regelungen hinaus oder auch neben diesen besteht ein Anspruch gegen die Krankenkasse nur in den Fällen des Systemversagens oder bei ausdrücklicher gesetzlicher Anordnung (vgl. etwa § 2 Abs. 1a SGB V, Satzungsleistungen, Modellvorhaben, Selektivverträgen oder integrierten Versorgungsverträgen). Schwerdtfeger: Demgemäß räumt das SGB V den Versicherten bloß ein „subjektiv-öffentlichrechtliches Rahmenrecht“ ein; es handelt sich um einen „Anspruch dem Grunde nach“, um einen nur „abstrakten“ Anspruch. Ein konkreter Anspruch kann aus dem Rahmenrecht erst „unter Einschluß weiterer im SGB V bestimmter Voraussetzungen“ hergeleitet werden. Hierfür enthält das SGB V „ein in sich geschlossenes und als abschließend konzipiertes Rechtskonkretisierungskonzept“.	
Der konkrete Anspruch könne erst aus leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften konkretisiert werden.	Ein konkreter Anspruch kann aus dem Rahmenrecht erst „unter Einschluß weiterer im SGB V bestimmter Voraussetzungen“ hergeleitet werden. Hierfür enthält das SGB V „ein in sich geschlossenes und als abschließend konzipiertes Rechtskonkretisierungskonzept“.	[117]
Das Leistungserbringungsrecht geht damit dem Leistungsrecht vor.	Erläuterung aus der Fußnote: Die Rechtsprechung hat damit das Verhältnis von Leistungsrecht zu Leistungserbringungsrecht umgekehrt, ohne dass auch nur eine Norm geändert wurde. Durchbrechungen dieses Konzeptes finden sich etwa nach Maßgabe des Nikolaus-Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 6. 12. 2005 – 1 BvR 347/98, nunmehr § 2 Abs. 1a SGB V) und wenn die Krankenkasse die Leistung vorher bewilligen muss (vgl. näher Propp, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage 2017, § 12 Rn. 60). Propp:	[118]

Konkrete Aussage im Text	Belegstelle / Zitat / Erläuterungen	Quellen
	Wenn das Leistungserbringungsrecht aber den leistungsrechtlichen Anspruchsrahmen in materieller und formeller Hinsicht absteckt, Versicherte außerhalb dieses Rahmens grundsätzlich keine Leistungsansprüche haben und sich ein Vorrang des Leistungsrechts in dem Sinne, dass der Versicherte sich eine nach den Vorschriften des Kassenarztrechts ausgeschlossene Behandlung unter Berufung auf deren Zweckmäßigkeit dennoch auf Kosten der Krankenkasse beschaffen könnte, […], sich angesichts dieser rechtlichen Gegebenheiten auch nicht aus § 13 Abs. 3 SGB 5 herleiten [lässt]", lässt sich in der Tat sagen, dass diese Rechtsprechung zu einem „Vorrang des Leistungserbringungsrechts vor dem Leistungsrecht" führt	

A6 Literatur

1. CDU, CSU, SPD. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin: 2018. URL: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1.

2. Luhmann M, Bücker S. Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Ruhr-Universität Bochum; 2019. URL: http://www6.rz.ruhr-uni-bochum.de:9406/mam/content/abschlussbericht_einsamkeit_im_hohen_alter_onlineversion.pdf.

3. Cacioppo S, Grippo AJ, London S et al. Loneliness: clinical import and interventions. Perspect Psychol Sci 2015; 10(2): 238-249. https://dx.doi.org/10.1177/1745691615570616.

4. Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntson GG. The Anatomy of Loneliness. Current Directions in Psychological Science 2003; 12(3): 71-74. https://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01232.

5. Rico-Uribe LA, Caballero FF, Martín-María N et al. Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLOS ONE 2018; 13(1): e0190033. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0190033.

6. WHO, DIMDI. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen; 2005.

7. Ewert T. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) als Klassifikationshilfe der langfristigen Krankheitsfolgen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2012; 55(4): 459-467. https://dx.doi.org/10.1007/s00103-012-1457-8.

8. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Health 2020; 5(5): e256. https://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X.

9. Luanaigh CÓ, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. International Journal of Geriatric Psychiatry 2008; 23(12): 1213-1221. https://dx.doi.org/10.1002/gps.2054.

10. Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. PLOS ONE 2019; 14(5): e0215182. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0215182.

11. Boehlen F, Herzog W, Quinzler R et al. Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. International Journal of Geriatric Psychiatry 2015; 30(9): 957-964. https://dx.doi.org/10.1002/gps.4246.

12. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci 2015; 10(2): 227-237. https://dx.doi.org/10.1177/1745691614568352.

13. Bu F, Philip K, Fancourt D. Social isolation and loneliness as risk factors for hospital admissions for respiratory disease among older adults. Thorax 2020; 75(7): 597-599. https://dx.doi.org/10.1136/thoraxjnl-2019-214445.

14. Petersen N, König HH, Hajek A. The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review. Arch Gerontol Geriatr 2020; 88: 104020. https://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2020.104020.

15. Platsidaki E, Kouris A, Christodoulou C. Psychosocial Aspects in Patients With Chronic Leg Ulcers. Wounds 2017; 29(10): 306-310. https://dx.doi.org/10.25270/wnds/2017.10.306310.

16. Yip SO, Dick MA, McPencow AM et al. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. American journal of obstetrics and gynecology 2013; 208(2): 146.e141-146.e1467. https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.11.010.

17. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. Annals of Behavioral Medicine 2010; 40(2): 218-227. https://dx.doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8.

18. BfArM. ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020 [online]. 2020. URL: www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloads – ICD-10-GM – Version 2021.

19. Farin E. Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren. Das Gesundheitswesen 2011; 73(01): e1-e11. https://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1247536.

20. Veazie S, Gilbert J, Winchell K et al. Addressing Social Isolation To Improve the Health of Older Adults: A Rapid Review. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537909

https://tsdb.iqwig.de/ht2003/ER/ht2003-ER-204.pdf.

21. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. Journal of Personality and Social Psychology 1980; 39(3): 472-480. https://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472.

22. De Jong-Gierveld J, Kamphuls F. The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. Applied Psychological Measurement 1985; 9(3): 289-299. https://dx.doi.org/10.1177/014662168500900307.

23. Döring N, Bortz J. Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. [Psychometric research on loneliness: A new German version of the University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale.]. Diagnostica 1993; 39(3): 224-239.

24. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC et al. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys. Research on Aging 2004; 26(6): 655-672. https://dx.doi.org/10.1177/0164027504268574.

25. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess 1996; 66(1): 20-40. https://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2.

26. Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance 1988; 11(3): 42-52. https://dx.doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008.

27. Destatis. Bevölkerung und Erwerbstätigkeit - Haushalte und Familien Ergebnisse des Mikrozensus. Statistisches Bundesamt (Destatis),; 2020.

28. Beutel ME, Klein EM, Brähler E et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. BMC Psychiatry 2017; 17(1). https://dx.doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x.

29. Eyerund T, Orth AK. Einsamkeit in Deutschland - Aktuelle Entwicklung und soziodemographische Zusammenhänge. Institut der Deutschen Wirtschaft; 2019.

30. Boger A, Huxhold O. Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age? Dev Psychol 2018; 54(1): 181-197. https://dx.doi.org/10.1037/dev0000453.

31. Entringer T, Kröger H. Einsam, aber resilient – Die Menschen haben den Lockdown besser verkraftet als vermutet. DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; 2020. URL: https://www.diw.de/de/diw_01.c.791408.de/publikationen/diw_aktuell/2020_0046/einsam__aber_resilient____die_menschen_haben_den_lockdown_besser_verkraftet_als_vermutet.html.

32. Brunes A, B. Hansen M, Heir T. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. Health and Quality of Life Outcomes 2019; 17(1). https://dx.doi.org/10.1186/s12955-019-1096-y.

33. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Multimorbidity, Loneliness, and Social Isolation. A Systematic Review. International journal of environmental research and public health 2020; 17(22): 8688. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph17228688.

34. Shukla A, Harper M, Pedersen E et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. Otolaryngol Head Neck Surg 2020; 162(5): 622-633. https://dx.doi.org/10.1177/0194599820910377.

35. Dahlberg L, Andersson L, Mckee KJ et al. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. Aging & Mental Health 2015; 19(5): 409-417. https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.944091.

36. Finlay JM, Kobayashi LC. Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed-methods case study of older adults and their residential contexts in the Minneapolis metropolitan area, USA. Social Science & Medicine 2018; 208: 25-33. https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.010.

37. Wu Z, Penning M. Immigration and loneliness in later life. Ageing and Society 2015; 35(1): 64-95. https://dx.doi.org/10.1017/s0144686x13000470.

38. Luhmann M, Hawkley LC. Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. Developmental Psychology 2016; 52(6): 943-959. https://dx.doi.org/10.1037/dev0000117.

39. Böger A, Wetzel M, Huxhold O. Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Altern im Wandel. Springer Fachmedien Wiesbaden; 2017. S. 273-285.

40. Shovestul B, Han J, Germine L et al. Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. PLOS ONE 2020; 15(2): e0229087. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0229087.

41. Schirmer W, Michailakis D. Inclusion/Exclusion as the Missing Link. A Luhmannian Analysis of Loneliness Among Older People. Systems Research and Behavioral Science 2018; 35(1): 76-89. https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/sres.2441.

42. Shin O, Park S, Amano T et al. Nature of Retirement and Loneliness: The Moderating Roles of Social Support. Journal of Applied Gerontology 2020; 39(12): 1292-1302. https://dx.doi.org/10.1177/0733464819886262.

43. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health 2020; 20(1): 129. https://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6.

44. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health & Social Care in the Community 2018; 26(2): 147-157.

45. Holt-Lunstad J. Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. Annual Review of Psychology 2018; 69(1): 437-458. https://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902.

46. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ et al. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health 2011; 11: 647. https://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-647.

47. Hodgson S, Watts I, Fraser S et al. Loneliness, social isolation, cardiovascular disease and mortality: a synthesis of the literature and conceptual framework. Journal of the Royal Society of Medicine 2020; 113(5): 185-192. https://dx.doi.org/10.1177/0141076820918236.

48. Zimmermann T, Mews C, Kloppe T et al. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2018; 131-132: 81-89. https://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2018.01.008.

49. Holt-Lunstad J. The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. Public Policy & Aging Report 2017; 27(4): 127-130. https://dx.doi.org/10.1093/ppar/prx030.

50. Hien P, Pilgrim RR, Neubart R. Geriatrie im Bereich der ambulanten Medizin. In: Hien P, Pilgrim RR, Neubart R (Ed). Moderne Geriatrie und Akutmedizin: Geriatrisch-internistische Strategien in Notaufnahme und Klinik. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013. S. 107-115.

51. Team Rehasport. Rehasport als Rezept gegen Einsamkeit [online]. 2020 [Zugriff: 07.12.]. URL: https://rehasport-online.de/geselligkeit-rezept-rehasport/.

52. Wesselsky K. AOK Baden-Württemberg fördert mit einer landesweiten Kampagne die Gesundheitskompetenz der Menschen [online]. 2020 [Zugriff: 18.11.]. URL: https://aok-bw-presse.de/ressorts/lesen/studien-belegen-einsamkeit-macht-krank.html.

53. BKK VBU. Online-Schulungen für Senioren - Digitale Gesundheitskompetenzen stärken! [online]. 2020 [Zugriff: 24.11.]. URL: https://www.meine-krankenkasse.de/presse/aktuelle-pressemitteilungen/pressemitteilungen-aktuell/online-schulungen-fuer-senioren/.

54. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 2009.

55. Kahrass H, Strech D, Mertz M. Ethical issues in obesity prevention for school children: A systematic qualitative review. International Journal of Public Health 2017; 62(9): 981-988.

56. Strech D, Marckmann G. Public Health Ethik. Lit-Verlag, Berlin/Münster; 2010.

57. Hofmann B, Droste S, Oortwijn W et al. Harmonization of ethics in health technology assessment: a revision of the Socratic approach. Int J Technol Assess Health Care 2014; 30(1): 3-9. https://dx.doi.org/10.1017/S0266462313000688.

58. Mozygemba K, Hofmann B, Lysdahl KB et al. Guidance to assess socio-cultural aspects [online]. 2016 [Zugriff: 29.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

59. Chan AW, Yu DS, Choi KC. Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach: a pilot randomized controlled trial. Clinical Interventions In Aging 2017; 12: 85-96. https://dx.doi.org/10.2147/cia.S124604.

60. Hind D, Mountain G, Gossage-Worrall R et al. Putting Life in Years (PLINY): a randomised controlled trial and mixed-methods process evaluation of a telephone friendship intervention to improve mental well-being in independently living older people. Public Health Research 2014; 2(7): 1-222. https://dx.doi.org/10.3310/phr02070.

61. Mountain GA, Hind D, Gossage-Worrall R et al. 'Putting Life in Years'(PLINY) telephone friendship groups research study: Pilot randomised controlled trial. Trials 2014; 15(1): 141. https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-15-141.

62. Ristolainen H, Kannasoja S, Tiilikainen E et al. Effects of participatory group -based care management on wellbeing of older people living alone: a randomized controlled trial. Archives of Gerontology and Geriatrics 2020; 89.

63. Saito T, Kai I, Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. Arch Gerontol Geriatr 2012; 55(3): 539-547. https://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.002.

64. Shvedko AV, Thompson JL, Greig CA et al. Physical Activity Intervention for Loneliness (PAIL) in community-dwelling older adults: a randomised feasibility study. Pilot and Feasibility Studies 2020; 6(1). https://dx.doi.org/10.1186/s40814-020-00587-0.

65. Zhang C, Zhao H, Zhu R et al. Improvement of social support in empty-nest elderly: results from an intervention study based on the Self-Mutual-Group model. Journal of Public Health 2019; 41(4): 830-839. https://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdy185.

66. Conwell Y, Van Orden KA, Stone DM et al. Peer Companionship for Mental Health of Older Adults in Primary Care: A Pragmatic, Nonblinded, Parallel-Group, Randomized Controlled Trial. 2020. https://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.021.

67. Fields J, Cemballi AG, Michalec C et al. In-Home Technology Training Among Socially Isolated Older Adults: Findings From the Tech Allies Program. Journal of Applied Gerontology 2020: 733464820910028. https://dx.doi.org/10.1177/0733464820910028.

68. Heller K, Thompson MG, Trueba PE et al. Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? Am J Community Psychol 1991; 19(1): 53-74. https://dx.doi.org/10.1007/BF00942253.

69. MacIntyre I, Corradetti P, Roberts J et al. Pilot study of a visitor volunteer programme for community elderly people receiving home health care. Health Soc Care Community 1999; 7(3): 225-232. https://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2524.1999.00178.x.

70. Onrust S, Smit F, Willemse G et al. Cost-utility of a visiting service for older widowed individuals: randomised trial. BMC Health Services Research 2008; 8: 128. https://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-128.

71. Onrust S, Willemse G, Van Den Bout J et al. Effects of a Visiting Service for Older Widowed Individuals: A Randomized Clinical Trial. Death Studies 2010; 34(9): 777-803. https://dx.doi.org/10.1080/07481181003761252.

72. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y et al. Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age: Lessons from a randomized controlled trial. Journal of Psychiatric Research 2018; 99: 69-75. https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.014.

73. Pynnonen K, Tormakangas T, Rantanen T et al. Effect of a social intervention of choice vs. control on depressive symptoms, melancholy, feeling of loneliness, and perceived togetherness in older Finnish people: a randomized controlled trial. Aging Ment Health 2018; 22(1): 77-84. https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1232367.

74. Routasalo PE, Tilvis RS, Kautiainen H et al. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 2009; 65(2): 297-305. https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x.

75. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H et al. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness: A randomized, controlled trial. Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences 2009; 64(7): 792-800. https://dx.doi.org/10.1093/gerona/glp011.

76. Pitkala KH, Routasalo P, Kautiainen H et al. Effects of Socially Stimulating Group Intervention on Lonely, Older People's Cognition: A Randomized, Controlled Trial. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2011; 19(7): 654-663. https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f7d8b0.

77. OECD. PPPs and exchange rates [online]. 2021 [Zugriff: 10.08.2021]. URL: https://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SNA_TABLE4.

78. Statista. Inflationsrate in Deutschland von 1992 bis 2020 (Veränderung des Verbraucherpreisindex gegenüber Vorjahr) [online]. 2021 [Zugriff: 10.08.2021]. URL: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046/umfrage/inflationsrate-veraenderung-des-verbraucherpreisindexes-zum-vorjahr/.

79. O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatrics 2018; 18(1). https://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x.

80. Pettigrew S, Roberts M. Addressing loneliness in later life. Aging & Mental Health 2008; 12(3): 302-309. https://dx.doi.org/10.1080/13607860802121084.

81. Cattan M, Newell C, Bond J et al. Alleviating Social Isolation and Loneliness among Older People. International Journal of Mental Health Promotion 2003; 5(3): 20-30. https://dx.doi.org/10.1080/14623730.2003.9721909.

82. Browne RH. On the use of a pilot sample for sample size determination. Statistics in Medicine 1995; 14(17): 1933-1940. https://dx.doi.org/10.1002/sim.4780141709.

83. Savikko N. Loneliness of Older People and Elements of an Intervention for its Alleviation. Department of Nursing Science, University of Turku; Department of General Practice and Primary Health Care, University of Helsinki; 2008.

84. Mashhad University of Medical Sciences. The Effect of group play therapy on depression and loneliness among the elderly [online]. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-603.pdf.

85. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health & Social Care in the Community 2017; 25(3): 799-812. https://dx.doi.org/10.1111/hsc.12311.

86. GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs.2 SGB V. Berlin: 2021. URL: https://www.vdek.com/LVen/HAM/Vertragspartner/Praevention_und_Vorsorge/_jcr_content/par/publicationelement_1169376070/file.res/Leitfaden_Pravention_2021.pdf.

87. Bundesverfassungsgericht. Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 - 2 BvF 2/01 -, Rn. 98. 2005. URL: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2005/07/fs20050718_2bvf000201.html.

88. Bundessozialgericht. Urteil des Bundessozialgericht vom 28.09.2010 - B 1 KR 5/10 R. 2010. URL: https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/135573?modul=esgb&id=135573.

89. Deutsches Rotes Kreuz e.V. Besuchsdienst [online]. 2022 [Zugriff: 04.05.]. URL: https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/senioren/altersgerechtes-wohnen/besuchsdienst/.

90. Malteser Hilfsdienst e.V. Besuchs- und Begleitungsdienste: Sozial stark! [online]. 2022 [Zugriff: 04.05]. URL: https://www.malteser.de/besuchs-begleitungsdienste.html.

91. Johanniter. Der Besuchsdienst der Johanniter [online]. 2022 [Zugriff: 04.05]. URL: https://www.johanniter.de/dienste-leistungen/soziale-unterstuetzung/besuchsdienst/.

92. Thorsten Stellmacher, Birgit Wolter. Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen. Berlin: 2018. URL: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Bestandsaufnahme_Aeltere_Menschen_Stellmacher_2018.pdf.

93. Bundesrat. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG). Bundesregierung; 2014. URL: https://www.umwelt-online.de/cgi-bin/parser/Drucksachen/drucknews.cgi?id=regelwerk&brdoc=223&jahr=2014.

94. Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 19. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S (Ed). Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

95. Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 5. In: Hauck K, Noftz W (Ed). SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

96. Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 12. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S (Ed). Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

97. Sehmsdorf E. § 71 Rn. 17, 28. In: Schlegel R, Voelzke T (Ed). juris PraxisKommentar SGB XII. juris GmbH; 2020.

98. Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 13. In: Hauck K, Noftz W (Ed). SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

99. Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 32. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S (Ed). Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

100. Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 6. In: Hauck K, Noftz W (Ed). SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

101. Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 1. In: Hauck K, Noftz W (Ed). SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

102. Statistisches Bundesamt. Sozialleistungen - Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe: Fachserie 13 Reihe 2.1. 2013.

103. Bundessozialgericht. Urteil des Bundessozialgericht vom 24.02.2016 - B 8 SO 11/14 R. 2016. URL: https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/legacy/186608?modul=esgb&id=186608.

104. Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 7, 9. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S (Ed). Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

105. Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. Siebter Altenbericht - Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. 2017.

106. Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 18. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S (Ed). Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

107. Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 11. In: Hauck K, Noftz W (Ed). SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

108. Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen. Urteil des Oberverwaltungsgericht NRW vom 18.08.2004 - 19 A 2510/03. 2004. URL: http://www.justiz.nrw.de/nrwe/ovgs/ovg_nrw/j2004/19_A_2510_03urteil20040818.html.

109. Sehmsdorf E. § 71 Rn. 25. In: Schlegel R, Voelzke T (Ed). juris Praxiskommentar - SGB XII. juris GmbH; 2020.

110. Ina Barthelmes, Jennifer Geyer, Grit Braeseke. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2020. URL: https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Literaturstudie_PraeventiveHausbesuche_IGES_2020.pdf.

111. Baumann, Matthäus. § 140a Rn. 54. In: Schlegel R, Voelzke T (Ed). juris Praxiskommentar - SGB XII. juris GmbH; 2020.

112. Baumann, Matthäus. § 140a Rn. 50. In: Schlegel R, Voelzke T (Ed). juris Praxiskommentar - SGB XII. juris GmbH; 2020.

113. Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2018.

114. RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz [online]. 2022 [Zugriff: 04.05]. URL: https://www.rubin-netzwerk.de/.

115. Binder S. § 86b SGG Rn. 45. In: Berchtold J (Ed). Sozialgerichtsgesetz: Handkommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2021.

116. Bundessozialgericht. Urteil des Bundessozialgericht vom 11.09.2018 - B 1 KR 7/18R. 2018. URL: https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/2018_09_11_B_01_KR_07_18_R.html.

117. Schwerdtfeger G. Die Leistungsansprüche der Versicherten im Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V (Teil 1). NZS - Neue Zeitschrift für Sozialrecht 1998; 49(Heft 2).

118. Propp A. § 12 Rn. 31. In: Schnapp FE, Wigge P (Ed). Handbuch des Vertragsarztrechts: Das gesamte Kassenarztrecht. C.H.BECK; 2017.

119. Propp A. § 12 Rn. 60. In: Schnapp FE, Wigge P (Ed). Handbuch des Vertragsarztrechts: Das gesamte Kassenarztrecht. C.H.BECK; 2017.

120. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva:: 2021. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749.

121. Craig P DP, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M, Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008; 337. https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1655.

122. Ralph Möller, Sascha Köpke, Gabriele Meyer. Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2). Trials 2015; 16(204). https://dx.doi.org/https://doi.org/10.1186/s13063-015-0709-y.

123. Leitliniengruppe Hessen HP. Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis. Berlin: AWMF; 2017.

124. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. AWMF; 2020.

125. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie - Living Guideline. AWMF; 2020.

126. Gaertner B, Fuchs J, Möhler R et al. Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. 2021; (S4): 1--37. https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.25646/7857.

127. Borgmann L-S, Rattay P, Lampert T. Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung; 2017.

128. Robert Koch-Institut. Fragebogen zur Studie Gesundheit in Deutschland aktuell: GEDA 2019/2020-EHIS. 2021; (3): 88. https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.25646/8560.

129. National Institute for Health and Care Excellence. Mental wellbeing and independence for older people. UK; 2016. URL: www.nice.org.uk/guidance/ng22.

130. National Institute for Health and Care Excellence. Older people: independence and mental wellbeing. UK; 2015. URL: www.nice.org.uk/guidance/ng32.

131. National Institute for Health and Care Excellence. Older people with social care needs and multiple long-term conditions. UK; 2015. URL: www.nice.org.uk/guidance/ng22.

132. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 6.0. Köln: IQWiG; 2020. URL: https://www.iqwig.de/methoden/allgemeine-methoden_version-6-0_abgeloest.pdf.

133. Von Elm E, Altman DG, Egger M et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Ann Intern Med 2007; 147(8): 573-577.

134. Sutton AJ, Abrams KR, Jones DR et al. Methods for meta-analysis in medical research. Chichester: Wiley; 2000.

135. Veroniki AA, Jackson D, Viechtbauer W et al. Recommendations for quantifying the uncertainty in the summary intervention effect and estimating the between-study heterogeneity variance in random-effects meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2015; (Suppl 1): 25-27.

136. Kuss O. Statistical methods for meta-analyses including information from studies without any events: add nothing to nothing and succeed nevertheless. Stat Med 2015; 34(7): 1097-1116. https://dx.doi.org/10.1002/sim.6383.

137. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press; 2015.

138. Husereau D, Drummond M, Petrou S et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. Int J Technol Assess Health Care 2013; 29(2): 117-122. https://dx.doi.org/10.1017/s0266462313000160.

139. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA HTA adaptation toolkit: work package 5; version 5 [online]. [Zugriff: 29.10.2019]. URL: https://www.eunethta.eu/wp-content/uploads/2011/01/EUnetHTA_adptation_toolkit_2011_version_5.pdf.

140. Lysdahl KB, Mozygemba K, Burns J et al. Guidance for assessing effectiveness, economic aspects, ethical aspects, socio-cultural aspects and legal aspects in complex technologies [online]. 2016 [Zugriff: 29.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

141. Brönneke JB, Hofmann B, Bakke Lysdal K et al. Guidance to assess legal aspects [online]. 2016 [Zugriff: 29.07.2019]. URL: https://www.integrate-hta.eu/wp-content/uploads/2016/08/IPP_Guidance-INTEGRATE-HTA_Nr.3_FINAL.pdf.

142. Perleth M, Gibis B, Velasco Garrido M et al. Organisationsstrukturen und Qualität. In: Perleth M, Busse R, Gerhardus A et al (Ed). Health Technology Assessment: Konzepte, Methoden, Praxis für Wissenschaft und Entscheidungsfindung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2014. S. 265-279.

143. Registereintrag Chan 2017 [online]. URL: https://www2.ccrb.cuhk.edu.hk/registry/public/343.

144. Registereintrag Cohen-Mansfield 2018 [online]. URL: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01842984.

145. Registereintrag Conwell 2020 [online]. URL: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01408654.

146. Registereintrag Routasalo 2009/ Pitkala 2009/ 2011 [online]. URL: https://anzctr.org.au/Trial/Registration/TrialReview.aspx?ACTRN=12607000281493.

147. Registereintrag Shvedko 2020 [online]. URL: https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03458793.

148. Registereintrag Zhang 2019 [online]. URL: https://www.chictr.org.cn/showprojen.aspx?proj=27005.

149. Jordi Gol i Gurina Foundation. Physical Activity as a Measure of Improving the Emotional State and Socialization in the Elderly [online]. 2019. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-36.pdf.

150. McMaster University. Compassionate Communities Neighbourhood Program [online]. 2018. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-91.pdf.

151. University of Texas at Austin. Telephone Calls for Health for Homebound Older Adults [online]. 2020. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-18.pdf.

152. Wageningen University and Research. Usage and Health Effects of Embodied Conversational Agents Among Older Adults [online]. 2020. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-37.pdf.

153. Akdeniz University. Nursing Care Interventions According to Integrative Nursing and Omaha System in Elderly Women Feeling Loneliness [online]. 2018. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-21.pdf.

154. Andaluz Health Service. Effectiveness of a Intervention to Reduce the Social Isolation and Loneliness of Elderly Residents at Home [online]. 2020. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-24.pdf.

155. Baycrest. Effects of a Proactive Social Robot for Older Adults in Reducing Loneliness and Social Isolation [online]. 2021. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-9.pdf.

156. McMaster University. AGE-ON 2.0: Expanding and Evaluating a Tablet Training Program for Older Adults [online]. 2020. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-4.pdf.

157. Research Unit Of General Practice Copenhagen. Integrating Lonely Elderly Patients in Workshops in a Cartoon Museum: An Efficacy Study [online]. 2014. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-29.pdf.

158. Karadeniz Technical University. Effect of Clay Based Group Study With Elderly Living Alone [online]. 2020. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-31.pdf.

159. Chinese Academy of Sciences. Reminiscence Therapy on Depression, Self Esteem, Life Satisfaction, and Loneliness of the Elderly [online]. 2012. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-39.pdf.

160. University of South Florida. Effects of a Volunteer-based Lunch Program on Feelings of Loneliness in Elders [online]. 2019. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-63.pdf.

161. Ageing Well Network. A randomised controlled trial of a community based volunteer visiting programme for older people experiencing loneliness [online]. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-472.pdf.

162. Rafsanjan University of Medical Sciences. Investigating the Impact of designed Leisure time Intervention on Loneliness and General Health in Widows Elderly [online]. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-521.pdf.

163. Hong Kong Polytechnic University. A randomized controlled trial of a peer-based intervention to reduce older Chinese immigrants'social isolation in Canada [online]. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-602.pdf.

164. Huzhou Teachers College. Efficacy of group reminiscence therapy based on Chinese traditional festival activities (CTFA -GRT) on loneliness and perceived stress of rural elderly living alone in China: a randomized controlled trial [online]. URL: https://tsdb.iqwig.de//ht2003-ER_regis-606.pdf.

165. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berufe in der Gesundheits- & Krankenpflege (ohne Spezialisierung) - fachlich ausgerichtete Tätigkeiten. Entgelt für den Beruf: Krankenschwester/-pfleger. [online]. 2020 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://con.arbeitsagentur.de/prod/entgeltatlas/beruf/8791.

166. Stiftung Mitarbeit. Ehrenamtliche Mitarbeit, Arbeits-, Beschäftigungs- und Dienstverhältnisse [online]. 2021. URL: https://www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/arbeit-im-verein/rechtsgrundlagen/ehrenamtliche-mitarbeit-arbeits-beschaeftigungs-und-dienstverhaeltnisse/ehrenamt-auslagen-aufwandsentschaedigung/.

167. Telekom Deutschland GmbH. MagentaZuhause L [online]. 2021 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.telekom.de/festnetz/tarife-und-optionen/internet-dsl.

168. Akademie für Psychotherapie. Trauerbegleitung Fortbildung [online]. 2021. URL: https://www.akademie-psychotherapie.de/trauerbegleitung-fortbildung/?gclid=EAIaIQobChMIgfzi9Kvi8QIVxuF3Ch2Wrw2-EAAYAiAAEgJL-PD_BwE#ausbildungsvoraussetzung.

169. Amazon. 45tlg. Artina Malset Leonardo Malkoffer Set: Acrylfarben, Pinsel, Gliederpuppe uvm. ideal für Einsteiger & Hobbymaler. [online]. 2015 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.amazon.de/45tlg-Artina-Malset-Leonardo-Malkoffer/dp/B016WPLWA8/ref=sr_1_7?dchild=1&keywords=malset+f%C3%BCr+erwachsene&qid=1629198899&sr=8-7.

170. Amazon. TOM SHOO Bauchroller AB Roller Bauchtrainer Fitnessset für Bauchtraining zu Hause und in Fitnesstudios mit Kniematte Bauchmuskeltraining und Muskelaufbau für Anfänger und Fortgeschrittene. [online]. 2017 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.amazon.de/TOMSHOO-Bauchtrainer-Liegest%C3%BCtzgriffe-Handtrainer-K%C3%B6rperstraffung/dp/B076P57QDS/ref=sr_1_10?__mk_de_DE=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&dchild=1&keywords=Sportset&qid=1629200807&sr=8-10.

171. Amazon. NOMA NOMA Kugelschreiber Set, Nachhaltiges Schreibset aus Kork, Drehkugelschreiber und Rollerball in einer Aufbewahrungsbox. [online]. 2021 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.amazon.de/Kugelschreiber-Nachhaltiges-Schreibset-Drehkugelschreiber-Aufbewahrungsbox/dp/B08ZJHKJW7/ref=sr_1_11?dchild=1&keywords=Schreibset&qid=1629199029&s=officeproduct&sr=1-11.

172. Amazon. Amazon Basics Notizbuch, klassisches Design, groß, liniert. [online]. 2016 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.amazon.de/AmazonBasics-Notizbuch-klassisches-Design-liniert/dp/B01DN8TCEU/ref=sr_1_1_sspa?__mk_de_DE=%C3%85M%C3%85%C5%BD%C3%95%C3%91&dchild=1&keywords=Notizbuch&qid=1629200307&s=officeproduct&sr=1-1-spons&psc=1&spLa=ZW5jcnlwdGVkUXVhbGlmaWVyPUFQWUIyWkMxSkFLWDAmZW5jcnlwdGVkSWQ9QTA1OTc4MTkzVTJDWkgzUVQ2NzAzJmVuY3J5cHRlZEFkSWQ9QTA1NzUzODYxTk1WT01ZU1ZBUldSJndpZGdldE5hbWU9c3BfYXRmJmFjdGlvbj1jbGlja1JlZGlyZWN0JmRvTm90TG9nQ2xpY2s9dHJ1ZQ==.

173. Statista. Durchschnittspreis von Filterkaffee im Lebensmitteleinzelhandel Deutschland in den Jahren 2017 und 2018 (in Euro pro Kilo). [online]. 2019 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/77382/umfrage/verbraucherpreisentwicklung-von-roestkaffee-in-deutschland-seit-1970/.

174. Getränkewelt GmbH. Alkoholfreies [online]. 2021 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.getraenkewelt.de/alkoholfreies?page=2#navigation:Params%5BSearchParam%5D=&attrib%5Bcat_url%5D%5B0%5D=%2Falkoholfreies&first=0.

175. Getränkewelt GmbH. Alkoholfreies. Frucht/Aroma: Apfel. [online]. 2021 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.getraenkewelt.de/alkoholfreies?page=2#navigation:Params%5BSearchParam%5D=&attrib%5Bcat_url%5D%5B0%5D=%2Falkoholfreies&attrib%5BFrucht%2FAroma%5D%5B0%5D=Apfel&first=0.

176. Spendit AG. So isst Deutschland! Studie zum Essverhalten deutscher Arbeitnehmer in der Mittagspause. [online]. 2018 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://www.spendit.de/essen-mittagspause-studie/.

177. REWE Markt GmbH. Coppenrath & Wiese Bunte Sahneplatte 800g. [online]. 2021 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://shop.rewe.de/p/coppenrath-wiese-bunte-sahneplatte-800g/2348179.

178. Sixt GmbH & Co. Autovermietung KG. Deutschland. Kleinbus. [online]. 2021. URL: https://www.sixt.de/#/fleet/selectcar/DE?ctyp=van&exactag_uk=cf83db0706fe4303a47012447d60b014&fir=1&gclid=EAIaIQobChMI24-c4_fR8gIVAeh3Ch3dDQSQEAAYASAAEgI1RvD_BwE&minPs=7&sxamc=Google

Search.

179. Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berufe in der Ergotherapie - komplexe Spezialistentätigkeiten. Entgelt für den Beruf: Ergotherapeut/in. [online]. 2020 [Zugriff: 20.08.2021]. URL: https://con.arbeitsagentur.de/prod/entgeltatlas/beruf/8791.

180. Mitteldeutsches Institut für Weiterbildung. Ausbildung Kursleiter/in im Gesundheitsbereich [online]. 2021 [Zugriff: 10.08.]. URL: https://mifw.de/ausbildungen/kursleiter-im-gesundheitsbereich/.

181. Mihalopoulos C, Le L, Chatterton M et al. The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2020; 55(7): 823-836. https://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01733-7.

182. Lamers LM, Stalmeier PFM, McDonnell J et al. Kwaliteit van leven meten in economische evaluaties: het Nederlands EQ-5D-tarief. [Measuring quality of life in economic evaluations: the Dutch EQ-5D tariff] Nederlands. Tijdschrift voor Geneeskunde 2005; 149: 1574-1578.

183. Oostenbrink JB, Bouwmans CAM, Koopmanschap MA et al. Manual for Costing: Methods and Standard Costs for Economic Evaluations in Health Care. Diemen: Health Insurance Board; 2004.

184. Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. [online]. URL: http://www.fk.cvz.nl.

185. Kox E, Huibers K, Staarink I. Handleiding Bezoekdiensten. [Manual visiting services]. Arnhem: Spirit; 1997.

186. Centraal Bureau voor de Statistiek. URL: http://www.cbs.nl.

187. Hujanen T. Health Care Unit Costs in Finland in 2001. [in Finnisch]. Helsinki, Finland: STAKES; 2003.

188. National Institute on Aging (NIH). Social isolation, loneliness in older people pose health risks [online]. 2019.

189. Goll JC, Charlesworth G, Scior K et al. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. PLoS One 2015; 10(2): e0116664. https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0116664.

190. Murphy F. Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. Nurs Older People 2006; 18(5): 22-25. https://dx.doi.org/10.7748/nop2006.06.18.5.22.c2424.

191. Mamhidir A-G, Kihlgren M, Sorlie V. Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences. BMC Medical Ethics 2007; 8(1): 3. https://dx.doi.org/10.1186/1472-6939-8-3.

192. Röhr S, Müller F, Jung F et al. [Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review]. Psychiatr Prax 2020; 47(4): 179-189. https://dx.doi.org/10.1055/a-1159-5562.

193. Waycott J, Morgans A, Pedell S et al. Ethics in Evaluating a Sociotechnical Intervention With Socially Isolated Older Adults. Qualitative Health Research 2015; 25(11): 1518-1528. https://dx.doi.org/10.1177/1049732315570136.

194. Beal C. Loneliness in older women: a review of the literature. Issues Ment Health Nurs 2006; 27(7): 795-813. https://dx.doi.org/10.1080/01612840600781196.

195. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. J Prim Prev 2012; 33(2-3): 137-152. https://dx.doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2.

196. Russo-Netzer P, Littman-Ovadia H. "Something to Live for": Experiences, Resources, and Personal Strengths in Late Adulthood. Front Psychol 2019; 10: 2452. https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02452.

197. Pfaller L, Schweda M. Excluded from the Good Life? An Ethical Approach to Conceptions of Active Ageing. Social Inclusion 2019; 7(3): 44-53. https://dx.doi.org/10.17645/si.v7i3.1918.

198. Franck L, Molyneux N, Parkinson L. Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. Qual Life Res 2016; 25(6): 1395-1407. https://dx.doi.org/10.1007/s11136-015-1197-y.

199. Ige J, Gibbons L, Bray I et al. Methods of identifying and recruiting older people at risk of social isolation and loneliness: a mixed methods review. BMC Med Res Methodol 2019; 19(1): 181. https://dx.doi.org/10.1186/s12874-019-0825-6.

200. Bundesverfassungsgericht. Beschluss des Bundesverfassungsgericht vom 08.04.1987 - 2 BvR 909/82, Rn. 99. 1987.

201. European Network for Health Technology Assessment. EUnetHTA Joint Action 2: work package 8; HTA core model; version 3.0 [online]. [Zugriff: 03.08.2016]. URL: https://meka.thl.fi/htacore/model/HTACoreModel3.0.pdf.

202. Van de Glind EM, Van Munster BC, Spijker R et al. Search filters to identify geriatric medicine in Medline. J Am Med Inform Assoc 2011; 19(3): 468-472. https://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000319.

203. Lefebvre C, Glanville J, Briscoe S et al. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions; version 6; technical supplement to chapter 4: searching for and selecting studies [online]. [Zugriff: 15.01.2020]. URL: https://training.cochrane.org/handbook/version-6/chapter-4-tech-suppl.

204. Wong SSL, Wilczynski NL, Haynes RB. Comparison of top-performing search strategies for detecting clinically sound treatment studies and systematic reviews in MEDLINE and EMBASE. J Med Libr Assoc 2006; 94(4): 451-455.

205. Glanville J, Fleetwood K, Yellowlees A et al. Development and testing of search filters to identify economic evaluations in MEDLINE and EMBASE. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2009.

A7 Topics des EUnetHTA Core Models

Das European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) ist ein Netzwerk europäischer HTA-Agenturen. EUnetHTA fördert den Austausch von HTA-Informationen zwischen den Mitgliedern und hat zu diesem Zweck das Core-Model [201] entwickelt. Auch das IQWiG ist Mitglied des Netzwerks.

Um den Lesern des vorliegenden HTA-Berichts das Auffinden von Informationen zu den übergeordneten Domänen des EUnetHTA Core Model zu erleichtern, wird in der folgenden Übersicht dargestellt in welchen Abschnitten des vorliegenden HTA-Berichts sich entsprechende Informationen finden (Tabelle 60). Für die Darstellung der Topics werden die Originalbezeichnungen der Domänen des Core Models verwendet.

Tabelle 60: Domänen des EUnetHTA Core Models

EUnetHTA-Domäne	**Informationen in den Abschnitten**
Health Problem and Current Use of the Technology (CUR)	**Hintergrund** Kapitel 1
Description and technical characteristics of technology (TEC)	
Safety (SAF)	**Nutzenbewertung** Abschnitt 3.1; Kapitel 4; Abschnitt A2.1; Abschnitt A3
Clinical Effectiveness (EFF)	
Costs and economic evaluation (ECO)	**Gesundheitsökonomische Bewertung** Abschnitt 3.2; Kapitel 5; Abschnitt A2.2; Kapitel A4
Ethical analysis (ETH)	**Ethische Aspekte** Abschnitt 3.3; Abschnitt 6.1; Abschnitt A2.3; Abschnitt A5.2
Patients and Social aspects (SOC)	**Soziale Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.2; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.3
Legal aspects (LEG)	**Rechtliche Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.3; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.4
Organisational aspects (ORG)	**Organisatorische Aspekte** Abschnitt 3.4; Abschnitt 6.2; Abschnitt A2.4; Abschnitt A5.3

A8 Studienlisten

A8.1 Studienlisten Nutzenbewertung

A8.1.1 Liste der im Volltext gesichteten systematischen Übersichten

Baker S, Warburton J, Waycott J, Batchelor F, Hoang T, Dow B, et al. Combatting social isolation and increasing social participation of older adults through the use of technology: A systematic review of existing evidence. Australas J Ageing. 2018;37(3):184-93.

Bemelmans R, Gelderblom GJ, Jonker P, de Witte L. Socially assistive robots in elderly care: a systematic review into effects and effectiveness. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(2):114-20.e1.

Centre for R, Dissemination. Interventions for loneliness and social isolation. England: University of York; 2014.

Chen YR, Schulz PJ. The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. J Med Internet Res. 2016;18(1):e18.

Chipps J, Jarvis MA, Ramlall S. The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. J Telemed Telecare. 2017;23(10):817-27.

Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. Am J Health Promot. 2015;29(3):e109-25.

Coll-Planas L, Nyqvist F, Puig T, Urrútia G, Solà I, Monteserín R. Social capital interventions targeting older people and their impact on health: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health. 2017;71(7):663-72.

Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11:647.

Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health. 2020;20(1):129.

Forsman AK, Nordmyr J, Matosevic T, Park AL, Wahlbeck K, McDaid D. Promoting mental wellbeing among older people: technology-based interventions. Health Promot Int. 2018;33(6):1042-54.

Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. Aging Ment Health. 2014;18(6):683-93.

Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, Casati F. A Systematic Review on Technology-Supported Interventions to Improve Old-Age Social Wellbeing: Loneliness, Social Isolation, and Connectedness. J Healthc Eng. 2020;2020:2036842.

Li J, Erdt M, Chen L, Cao Y, Lee SQ, Theng YL. The Social Effects of Exergames on Older Adults: Systematic Review and Metric Analysis. J Med Internet Res. 2018;20(6):e10486.

Morris ME, Adair B, Ozanne E, Kurowski W, Miller KJ, Pearce AJ, et al. Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home: Smart technology and social connectedness. Australas J Ageing. 2014;33(3):142-52.

Morris ME, Adair B, Ozanne E, Kurowski W, Miller KJ, Pearce AJ, et al. Smart technologies to enhance social connectedness in older people who live at home. Australas J Ageing. 2014;33(3):142-52.

Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. Exp Gerontol. 2018;102:133-44.

Pu L, Moyle W, Jones C, Todorovic M. The Effectiveness of Social Robots for Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. Gerontologist. 2019;59(1):e37-e51.

Shvedko A, Whittaker AC, Thompson JL, Greig CA. Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Psychology of Sport &Exercise. 2018;34:128-37.

Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(4):e014304.

Snowden MB, Steinman LE, Carlson WL, Mochan KN, Abraido-Lanza AF, Bryant LL, et al. Effect of physical activity, social support, and skills training on late-life emotional health: a systematic literature review and implications for public health research. Front Public Health. 2014;2:213.

van der Aa HP, Margrain TH, van Rens GH, Heymans MW, van Nispen RM. Psychosocial interventions to improve mental health in adults with vision impairment: systematic review and meta-analysis. Ophthalmic Physiol Opt. 2016;36(5):584-606.

Veazie S, Gilbert J, Winchell K, Paynter R, Guise JM. AHRQ Rapid Evidence Product Reports. Addressing Social Isolation To Improve the Health of Older Adults: A Rapid Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019.

A8.1.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen mit Ausschlussgründen

Nicht EN1a+b (Population)

Au A, Wong MK, Leung LM, Leung P, Wong A. Telephone-assisted pleasant-event scheduling to enhance well-being of caregivers of people with dementia: a randomised controlled trial. Hong Kong Med J. 2014;20(3 Suppl 3):30-3.

Barclay R, Webber S, Ripat J, Grant T, Jones CA, Lix LM, et al. Safety and feasibility of an interactive workshop and facilitated outdoor walking group compared to a workshop alone in increasing outdoor walking activity among older adults: a pilot randomized controlled trial. Pilot &Feasibility Studies. 2018;4:179.

Belgrave M. The effect of a music therapy intergenerational program on children and older adults'intergenerational interactions, cross-age Attitudes,and older adults'psychosocial well-being. J Music Ther. 2011;48(4):486-508.

Borji M, Tarjoman A. Investigating the Effect of Religious Intervention on Mental Vitality and Sense of Loneliness Among the Elderly Referring to Community Healthcare Centers. Journal of Religion &Health. 2020;59(1):163-72.

Brennan PF, Moore SM, Smyth KA. The effects of a special computer network on caregivers of persons with Alzheimer's disease. Nurs Res. 1995;44(3):166-72.

Brodbeck J, Berger T, Biesold N, Rockstroh F, Znoj HJ. Evaluation of a guided internet-based self-help intervention for older adults after spousal bereavement or separation/divorce: A randomised controlled trial. J Affect Disord. 2019;252:440-9.

Casado BL, Resnick B, Zimmerman S, Nahm ES, Orwig D, MacMillan K, et al. Social support for exercise by experts in older women post-hip fracture. Journal of women &aging. 2009;21(1):48-62.

Chiu CJ, Wu CH. Information and Communications Technology as a Health Promotion Method for Older Adults in Assisted-Living Facilities: Three-Arm Group-Randomized Trial. 24058297. 2019;2(1):e12633.

Ciechanowski P, Wagner E, Schmaling K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, et al. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. JAMA. 2004;291(13):1569-77.

Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou CP, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. Journal of Epidemiology & Community Health. 2012;66(9):782-90.

Creswell JD, Irwin MR, Burklund LJ, Lieberman MD, Arevalo JM, Ma J, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. Brain, Behavior, &Immunity. 2012;26(7):1095-101.

Drentea P, Clay OJ, Roth DL, Mittelman MS. Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. Social Science &Medicine. 2006;63(4):957-67.

Gellis ZD, Kenaley B, McGinty J, Bardelli E, Davitt J, Ten Have T. Outcomes of a telehealth intervention for homebound older adults with heart or chronic respiratory failure: a randomized controlled trial. Gerontologist. 2012;52(4):541-52.

Goedendorp MM, Kuiper D, Reijneveld SA, Sanderman R, Steverink N. Sustaining program effectiveness after implementation: The case of the self-management of well-being group intervention for older adults. Patient Education &Counseling. 2017;100(6):1177-84.

Jarvis MA, Padmanabhanunni A, Chipps J. An Evaluation of a Low-Intensity Cognitive Behavioral Therapy mHealth-Supported Intervention to Reduce Loneliness in Older People. International Journal of Environmental Research &Public Health [Electronic Resource]. 2019;16(7).

Li J, Theng YL, Foo S. Play Mode Effect of Exergames on Subthreshold Depression Older Adults: A Randomized Pilot Trial. Front Psychol. 2020;11:552416.

Ohashi J, Katsura T. A coaching program to improve quality of life in older people in Japan: a randomised controlled trial. Br J Community Nurs. 2019;24(7):315-22.

Shapiro A, Taylor M. Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. Gerontologist. 2002;42(3):334-41.

Slegers K, van Boxtel MP, Jolles J. Effects of computer training and Internet usage on the well-being and quality of life of older adults: a randomized, controlled study. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences &Social Sciences. 2008;63(3):P176-84.

Taube E, Kristensson J, Midlov P, Jakobsson U. The use of case management for community-dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. Scand J Caring Sci. 2018;32(2):889-901.

van der Houwen K, Schut H, van den Bout J, Stroebe M, Stroebe W. The efficacy of a brief internet-based self-help intervention for the bereaved. Behaviour Research and Therapy. 2010;48(5):359-67.

Wallen M, Stanley M. Occupational therapy intervention, involving preventive health promotion, maintained an improvement in well being in older independent-living adults 6 months following completion of intervention. Aust Occup Ther J. 2003;50(2):109-10.

Winter L, Gitlin LN. Evaluation of a telephone-based support group intervention for female caregivers of community-dwelling individuals with dementia. American Journal of Alzheimer's Disease &Other Dementias. 2006;21(6):391-7.

Woods A, Solomonov N, Liles B, Guillod A, Kales HC, Sirey JA. Perceived Social Support and Interpersonal Functioning as Predictors of Treatment Response Among Depressed Older Adults. 2021.

Yap AF, Kwan YH, Tan CS, Ibrahim S, Ang SB. Rhythm-centred music making in community living elderly: a randomized pilot study. BMC Complementary &Alternative Medicine. 2017;17(1):311.

Nicht EN2 (Prüfintervention)

Adams N, Skelton D, Bailey C, Howel D, Coe D, Lampitt R, et al. Putting Life in Years (PLINY): a randomised controlled trial and mixed-methods process evaluation of a telephone friendship intervention to improve mental well-being in independently living older people. 2019.

Boen, H., et al., A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. BMC Geriatrics, 2012. 12: p. 20.

Choy JCP, Lou VWQ. Effectiveness of the Modified Instrumental Reminiscence Intervention on Psychological Well-Being Among Community-Dwelling Chinese Older Adults: A Randomized Controlled Trial. Am J Geriatr Psychiatry. 2016;24(1):60-9.

Clarke, M., S.J. Clarke, and C. Jagger, Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial. American Journal of Epidemiology, 1992. 136(12): p. 1517-23.

de Craen AJ, Gussekloo J, Blauw GJ, Willems CG, Westendorp RG. Randomised controlled trial of unsolicited occupational therapy in community-dwelling elderly people: the LOTIS trial. PLoS Clin Trials. 2006;1(1):e2.

Franse CB, Zhang X, van Grieken A, Rietjens J, Alhambra-Borras T, Dura E, et al. A coordinated preventive care approach for healthy ageing in five European cities: A mixed methods study of process evaluation components. J Adv Nurs. 2019;75(12):3689-701.

Gustafson DH, Gustafson DH, Cody OJ, Chih MY, Johnston DC, Asthana S. Pilot Test of a Computer-Based System to Help Family Caregivers of Dementia Patients. J Alzheimers Dis. 2019;70(2):541-52.

Hartke RJ, King RB. Telephone group intervention for older stroke caregivers. Top Stroke Rehabil. 2003;9(4):65-81.

Hirani SP, Beynon M, Cartwright M, Rixon L, Doll H, Henderson C, et al. The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. Age &Ageing. 2014;43(3):334-41.

Johnson JK, Stewart AL, Acree M, Napoles AM, Flatt JD, Max WB, et al. A Community Choir Intervention to Promote Well-Being Among Diverse Older Adults: Results From the Community of Voices Trial. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences &Social Sciences. 2020;75(3):549-59.

Melin AL, Bygren LO. Perceived functional health of frail elderly in a primary home care programme and correlation of self-perception with objective measurements. Scand J Soc Med. 1993;21(4):256-63.

Pettigrew S, Jongenelis MI, Jackson B, Warburton J, Newton RU. A randomized controlled trial and pragmatic analysis of the effects of volunteeringon the health and well-being of older people. Aging-Clinical &Experimental Research. 2020;32(4):711-21.

Rahimi Foroushani A, Estebsari F, Mostafaei D, Eftekhar Ardebili H, Shojaeizadeh D, Dastoorpour M, et al. The effect of health promoting intervention on healthy lifestyle and social support in elders: a clinical trial study. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014;16(8):e18399.

Smith R, Wuthrich V, Johnco C, Belcher J. Effect of Group Cognitive Behavioural Therapy on Loneliness in a Community Sample of Older Adults: A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. Clin Gerontol. 2020:1-11.

Thomas KS, Akobundu U, Dosa D. More Than A Meal? A Randomized Control Trial Comparing the Effects of Home-Delivered Meals Programs on Participants'Feelings of Loneliness. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences &Social Sciences. 2016;71(6):1049-58.

Nicht EN3 (Vergleichsintervention)

Baez M, Khaghani Far I, Ibarra F, Ferron M, Didino D, Casati F. Effects ofonline group exercises for older adults on physical, psychological and social wellbeing: a randomized pilot trial. PeerJ. 2017;5:e3150.

Black DS, Irwin MR, Olmstead R, Ji E, Crabb Breen E, Motivala SJ. Tai chi meditation effects on nuclear factor-kappaB signaling in lonely older adults: a randomized controlled trial. Psychotherapy &Psychosomatics. 2014;83(5):315-7.

Choi NG, Pepin R, Marti CN, Stevens CJ, Bruce ML. Improving Social Connectedness for Homebound Older Adults: Randomized Controlled Trial of Tele-Delivered Behavioral Activation Versus Tele-Delivered Friendly Visits. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28(7):698-708.

Czaja SJ, Boot WR, Charness N, Rogers WA, Sharit J. Improving Social Support for Older Adults Through Technology: Findings From the PRISM Randomized Controlled Trial. Gerontologist. 2018;58(3):467-77.

Czaja SJ, Boot WR, Charness N, W AR, Sharit J, Fisk AD, et al. The personalized reminder information and social management system (PRISM) trial: rationale, methods and baseline characteristics. Contemp Clin Trials. 2015;40:35-46.

Ehlers DK, Daugherty AM, Burzynska AZ, Fanning J, Awick EA, Chaddock-Heyman L, et al. Regional Brain Volumes Moderate, but Do Not Mediate, the Effects of Group-Based Exercise Training on Reductions in Loneliness in Older Adults. Front Aging Neurosci. 2017;9:110.

Jones CA, Siever J, Knuff K, Van Bergen C, Mick P, Little J, et al. Walk, Talk and Listen: a pilot randomised controlled trial targeting functional fitness and loneliness in older adults with hearing loss. BMJ Open. 2019;9(4):e026169.

Kahlbaugh PE, Sperandio AJ, Carlson AL, Hauselt J. Effects of Playing Wii on Well-Being in the Elderly: physical Activity, Loneliness, and Mood. Activities, adaptation &aging. 2011;35(4):331-44.

Lai DWL, Li J, Ou X, Li CYP. Effectiveness of a peer-based intervention on loneliness and social isolation of older Chinese immigrants in Canada: a randomized controlled trial. BMC Geriatr. 2020;20(1):356.

Lindsay EK, Young S, Brown KW, Smyth JM, David Creswell J. Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. Proc Natl Acad Sci U S A. 2019;116(9):3488-93.

Moieni M, Seeman TE, Robles TF, Lieberman MD, Okimoto S, Lengacher C, et al. Generativity and Social Well-Being in Older Women: Expectations Regarding Aging Matter. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences &Social Sciences. 2021;76(2):289-94.

Pynnonen K, Rantanen T, Kokko K, Tiikkainen P, Kallinen M, Tormakangas T. Associations between the dimensions of perceived togetherness, loneliness, and depressive symptoms among older Finnish people. Aging &Mental Health. 2018;22(10):1329-37.

Rodriguez-Romero R, Herranz-Rodriguez C, Kostov B, Gene-Badia J, Siso-Almirall A. Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. 2020.

Theeke LA, Mallow JA. The Development of LISTEN: A Novel Intervention for Loneliness. Open Journal of Nursing. 2015;5(2):136-43.

Theeke LA, Mallow JA, Barnes ER, Theeke E. The Feasibility and Acceptability of LISTEN for Loneliness. Open Journal of Nursing. 2015;5(5):416-25.

Theeke LA, Mallow JA, Moore J, McBurney A, Rellick S, VanGilder R. Effectiveness of LISTEN on loneliness, neuroimmunological stress response, psychosocial functioning, quality of life, and physical health measures of chronic illness. International Journal of Nursing Sciences. 2016;3(3):242-51.

Theeke LA, Mallow JA, Moore J, McBurney A, VanGilder R, Barr T, et al. Using Gene Expression Analysis to Examine Changes in Loneliness, Depression and Systemic Inflammation in Lonely Chronically Ill Older Adults. Open Journal of Nursing. 2016;6(8):620-31.

Weiss LA, Oude Voshaar MAH, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. The long and winding road to happiness: A randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis of a positive psychology intervention for lonely people with health problems and a low socio-economic status. Health Qual Life Outcomes. 2020;18(1):162.

Nicht EN5 (Studiendesign)

Arnetz BB, Eyre M, Theorell T. Social activation of the elderly. A social experiment. Social Science &Medicine. 1982;16(19):1685-90.

Banbury A, Parkinson L, Gordon S, Wood D. Implementing a peer-support programme by group videoconferencing for isolated carers of people with dementia. Journal of Telemedicine &Telecare. 2019;25(9):572-7.

Dickens AP, Richards SH, Hawton A, Taylor RS, Greaves CJ, Green C, et al. An evaluation of the effectiveness of a community mentoring service for socially isolated older people: a controlled trial. BMC Public Health. 2011;11:218.

Gustafsson S, Berglund H, Faronbi J, Barenfeld E, Ottenvall Hammar I. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. Clin Interv Aging. 2017;12:1867-77.

Hardy VL, Riffle KL. Support for caregivers of dependent elderly. A support group can help a dependent elderly person by helping a caregiver overcome feelings of social isolation. Geriatr Nur (Lond). 1993;14(3):161-4.

Herbolsheimer F, Ungar N, Peter R. Why Is Social Isolation Among Older Adults Associated with Depressive Symptoms? The Mediating Role of Out-of-Home Physical Activity. Int J Behav Med. 2018;25(6):649-57.

Hudson P, Aranda S. The Melbourne Family Support Program: evidence-based strategies that prepare family caregivers for supporting palliative care patients. BMJ supportive &palliative care. 2014;4(3):231-7.

Koceski S, Koceska N. Evaluation of an Assistive Telepresence Robot for Elderly Healthcare. J Med Syst. 2016;40(5):121.

Levinger P, Panisset M, Dunn J, Haines T, Dow B, Batchelor F, et al. Exercise interveNtion outdoor proJect in the cOmmunitY for older people - results from the ENJOY Seniors Exercise Park project translation research in the community. BMC Geriatr. 2020;20(1):446.

Liotta G, Inzerilli MC, Palombi L, Bianchini A, Di Gennaro L, Madaro O, et al. Impact of social care on Hospital Admissions in a sample of community-dwelling older adults: results of a quasi-experimental study. Ann Ig. 2018;30(5):378-86.

Lowthian JA, Lennox A, Curtis A, Wilson G, Rosewarne C, Smit V, et al. HOspitals and patients WoRking in Unity (HOW R U?): telephone peer support to improve older patients'quality of life after emergency department discharge in Melbourne, Australia-a multicentre prospective feasibility study. BMJ Open. 2018;8(6):e020321.

Michelet M, Lund A, Sveen U. Strategies to recruit and retain older adults in intervention studies: a quantitative comparative study. Archives of Gerontology &Geriatrics. 2014;59(1):25-31.

Mountain G, Gossage-Worrall R, Cattan M, Bowling A. Only available to a selected few? Is it feasible to rely on a volunteer workforce for complex intervention delivery? Health &Social Care in the Community. 2017;25(1):177-84.

Murayama Y, Ohba H, Yasunaga M, Nonaka K, Takeuchi R, Nishi M, et al. The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. Aging &Mental Health. 2015;19(4):306-14.

Pepin R, Stevens CJ, Choi NG, Feeney SM, Bruce ML. Modifying Behavioral Activation to Reduce Social Isolation and Loneliness Among Older Adults. 2020.

Whittemore R, Rankin SH, Callahan CD, Leder MC, Carroll DL. The peer advisor experience providing social support. Qual Health Res. 2000;10(2):260-76.

Nicht EN6 (Sprache)

Liu SJ, Lin CJ, Chen YM, Huang XY. The effects of reminiscence group therapy on self-esteem, depression, loneliness and life satisfaction of elderly people living alone. Mid-Taiwan Journal of Medicine. 2007;12(3):133-42.

Nicht EN7 (Volltext)

McLoughlin K, Rhatigan J, McGilloway S, Kellehear A, Lucey M, Twomey F, et al. INSPIRE (INvestigating Social and PractIcal suppoRts at the End of life): Pilot randomised trial of a community social and practical support intervention for adults with life-limiting illness. BMC Palliat Care. 2015;14:65.

Nct. Singing groups for seniors: well-being, cognitive function and health. 2019.

Zaccaria D, Guaita A, Vaccaro R, Casanova G, Abbondanza S, Pettinato L, et al. Assessing the impact of Social Networking Site use on older people's loneliness and social isolation. A randomized controlled trial: The Aging in a Networked Society-Social Experiment Study (ANS-SE). Contemporary Clinical Trials Communications. 2020;19:100615.

A8.2 Studienlisten gesundheitsökonomische Bewertung

A8.2.1 Liste der gesichteten systematischen Übersichten

Mihalopoulos C, Le L, Chatterton M, Bucholc J, Holt-Lunstad J, Lim M et al. The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2020; 55(7): 823-836.

A8.2.2 Liste der ausgeschlossenen Publikationen zum Thema mit Ausschlussgründen

Nicht EN1 (Population)

Charlesworth G, Shepstone L, Wilson E, Thalanany M, Mugford M, Poland F. Does befriending by trained lay workers improve psychological well-being and quality of life for carers of people with dementia, and at what cost? A randomised controlled trial. Health Technology Assessment (Winchester, England) 2008; 12(4): iii, v-ix, 1-78.

Mallender, J., et al. (2015). "Independence and mental wellbeing (including social and emotional wellbeing) for older people. Economic analysis; Optimity Advisors, commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence.". Retrieved 2021, from https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/documents/older-people-independence-and-mental-wellbeing-health-economic-analysis2.

Sado M, Kosugi T, Ninomiya A, Nagaoka M, Park S, Fujisawa D et al. Mindfulness-based cognitive therapy for improving subjective well-being among healthy individuals: Protocol for a randomized controlled trial. JMIR Research Protocols 2020; 9(5): e15892.

Weisel KK, Zarski AC, Berger T, Schaub MP, Krieger T, Moser CT et al. Transdiagnostic tailored internet- and mobile-based guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety: Study protocol of a randomized controlled trial. Frontiers in Psychiatry 2018; 9(Jul): 274.

Weiss LA, Oude Voshaar MAH, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. The long and winding road to happiness: A randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis of a positive psychology intervention for lonely people with health problems and a low socio-economic status. Health and Quality of Life Outcomes 2020; 18(1): 162.

Wright E, Zarnegar R, Hermansen I, McGavin D. A clinical evaluation of a communitybased rehabilitation and social intervention programme for patients with chronic pain with associated multi-morbidity. Journal of Pain Management 2017; 10(2): 149-159.

Nicht EN2 (Prüfintervention)

Ellis-Hill C, Thomas S, Gracey F, Lamont-Robinson C, Cant R, Marques EMR et al. HeART of Stroke: randomised controlled, parallel-arm, feasibility study of a community-based arts and health intervention plus usual care compared with usual care to increase psychological well-being in people following a stroke. BMJ Open 2019; 9(3): e021098.

Kelso S, Mitchell S, Rowe PJ, Gore P. The Scottish national LifeCurve TM survey: costs of functional decline, opportunities to achieve early intervention to support well-being in later life, and meaningfulness of the LifeCurve TM. Public Health 2020; 180: 129-135.

Kushler MG, Davidson WS. Alternative modes of outreach: An experimental comparison. Gerontologist 1978; 18(4): 355-362.

Mindel CH, Wright R Jr., Starrett RA. Informal and formal health and social support systems of black and white elderly: a comparative cost approach. Gerontologist 1986; 26(3): 279-285.

Moon M. The role of the family in the economic well-being of the elderly. Gerontologist 1983; 23(1): 45-50.

Mountain G, Windle G, Hind D, Walters S, Keertharuth A, Chatters R et al. A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters): a randomized controlled trial. Age & Ageing 2017; 46(4): 627-634.

Overend K, Lewis H, Bailey D, Bosanquet K, Chew-Graham C, Ekers D et al. CASPER plus (CollAborative care in Screen-Positive EldeRs with major depressive disorder): study protocol for a randomised controlled trial. Trials [Electronic Resource] 2014; 15: 451.

Van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. British Medical Journal 1993; 307(6895): 27-32.

Vestjens L, Cramm JM, Birnie E, Nieboer AP. Evaluating an integrated primary care approach to improve well-being among frail community-living older people: A theory-guided study protocol. BMC Geriatrics 2018; 18(1): 173.

Wang F. Economic evaluations of the effects of longevity on telemedicine and conventional healthcare provision. Telemedicine Journal & E-Health 2011; 17(6): 431-434.

Wimo A, Wallin JO, Lundgren K, Ronnback E, Asplund K, Mattsson B et al. Impact of day care on dementia patients-costs, well-being and relatives' views. Family Practice 1990; 7(4): 279-287.

Nicht EN3 (Vergleichsintervention)

Dikaios E, Sekhon H, Allard A, Vacaflor B, Goodman A, Dwyer E et al. Connecting During COVID-19: A Protocol of a Volunteer-Based Telehealth Program for Supporting Older Adults' Health. Frontiers in Psychiatry 2020; 11: 598356.

Gandy R, Bell A, McClelland B, Roe B. Evaluating the delivery, impact, costs and benefits of an active lives programme for older people living in the community. Primary Health Care Research & Development 2017; 18(2): 122-134.

Jones C, Hartfiel N, Brocklehurst P, Lynch M, Edwards RT. Social Return on Investment Analysis of the Health Precinct Community Hub for Chronic Conditions. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource] 2020; 17(14).

Nicht EÖ1 (Studientyp)

Aghakhani N, Park CS. Spiritual well-being promotion for older adults: Implication for healthcare policy makers' decision making on cost savings. Journal of Education & Health Promotion 2019; 8: 165.

Blanco-Molina M, Pinazo-Hernandis S, Tomas JM. Subjective well-being key elements of Successful Aging: A study with Lifelong Learners older adults from Costa Rica and Spain. Archives of Gerontology & Geriatrics 2019; 85: 103897.

Centre for, Reviews; Dissemination, Interventions for loneliness and social isolation. 2014.

Jiang L, Drolet A, Kim HS. Age and Social Support Seeking: Understanding the Role of Perceived Social Costs to Others. Personality & Social Psychology Bulletin 2018; 44(7): 1104-1116.

Koh W Q, Ang FXH, Casey D. Impacts of low-cost robotic pets for older adults and people with dementia: A scoping review. 2021.

Medical Advisory. Secretariat Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. 2008.

Mountain GA, Hind D, Gossage-Worrall R, Walters SJ, Duncan R, Newbould L et al. 'Putting Life in Years' (PLINY) telephone friendship groups research study: Pilot randomized controlled trial. Trials [Electronic Resource] 2014; 15(1): 141.

NIHR Health Services and Delivery Research programme. NOTEPAD: NOn-Traditional providers to support the management of Elderly People with Anxiety and Depression: a feasibility study. 2015.

Shapiro A, Taylor M. Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. Gerontologist 2002; 42(3): 334-341.

Tomasino KN, Lattie EG, Ho J, Palac HL, Kaiser SM, Mohr DC. Harnessing Peer Support in an Online Intervention for Older Adults with Depression. American Journal of Geriatric Psychiatry 2017; 25(10): 1109-1119.

Nicht EÖ2 (Vollpublikation verfügbar)

Couderc AL, Nouguerede E, Baumstarck K, Loubiere S, Le Caer H, Guillem O et al. PREDOMOS study, impact of a social intervention program for socially isolated elderly cancer patients: Update to the study protocol for a randomized controlled trial. Trials [Electronic Resource] 2019; 20(1): 54.

Grudzen CR, Shim DJ, Schmucker AM, Cho J, Goldfeld KS, EMPallA Investigators. Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA): protocol for a multicentre randomized controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus nurse-led telephonic palliative care of older adults with advanced illness. BMJ Open 2019; 9(1): e025692.

Gustafson DH. Sr., McTavish F, Gustafson DH. Jr., Mahoney JE, Johnson RA, Lee JD et al. The effect of an information and communication technology (ICT) on older adults' quality of life: study protocol for a randomized control trial. Trials [Electronic Resource] 2015; 16: 191.

Johnson JK, Napoles AM, Stewart AL, Max WB, Santoyo-Olsson J, Freyre R et al. Study protocol for a cluster randomized trial of the Community of Voices choir intervention to promote the health and well-being of diverse older adults. BMC Public Health 2015; 15: 1049.

Skingley A, Clift SM, Coulton SP, Rodriguez J. The effectiveness and costeffectiveness of a participative community singing programme as a health promotion initiative for older people: protocol for a randomised controlled trial. BMC Public Health 2011; 11: 142.

Sprange K, Mountain GA, Brazier J, Cook SP, Craig C, Hind D et al. Lifestyle Matters for maintenance of health and wellbeing in people aged 65 years and over: study protocol for a randomized controlled trial. Trials [Electronic Resource] 2013; 14: 302.

Nicht EÖ3 (Publikationssprache)

Auclair Y, Hernandez Hurtado E, Fournier M. Avis sur les centres de jour en soins palliatifs. 2015.

Azzi L, Boothroyd L, Lambert L, Nicolae MV. Organisation des soins et services pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux afin d’optimiser l’accès au traitement endovasculaire au Québec. 2019.

Laflamme H, Valade S. État des pratiques: les pratiques organisationnelles en réadaptation à l’échelle nationale et internationale pour la clientèle adulte présentant une incapacité motrice permanente ou temporaire. 2018.

A8.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen Publikationslisten zu ethischen, sozialen, rechtlichen und organisatorischen Aspekten

A8.3.1 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu ethischen Aspekten

Beal C. Loneliness in older women: a review of the literature. Issues Ment Health Nurs. 2006 Aug-Sep;27(7):795-813. doi: 10.1080/01612840600781196. PMID: 16849264.

Fakoya, O.A., McCorry, N.K. & Donnelly, M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health 20, 129 (2020). https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6

Franck, L., Molyneux, N. & Parkinson, L. Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. Qual Life Res 25, 1395–1407 (2016). https://doi.org/10.1007/s11136-015-1197-y

Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. PLoS One. 2015 Feb 23;10(2):e0116664. doi: 10.1371/journal.pone.0116664. Erratum in: PLoS One. 2018 Jul 25;13(7):e0201510. PMID: 25706933; PMCID: PMC4338142.

Mamhidir, AG., Kihlgren, M. & Sorlie, V. Ethical challenges related to elder care. High level decision-makers' experiences. BMC Med Ethics 8, 3 (2007). https://doi.org/10.1186/1472-6939-8-3

Murphy F. Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. Nurs Older People. 2006 Jun;18(5):22-5. doi: 10.7748/nop2006.06.18.5.22.c2424. PMID: 16827061.

National Institute on Aging (NIH) (2019, April 23, 2019). "Social isolation, loneliness in older people pose health risks " Featured Reserach. https://www.nia.nih.gov/news/social-isolation-loneliness-older-people-pose-health-risks

Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. J Prim Prev. 2012 Jun;33(2-3):137-52. doi: 10.1007/s10935-012-0271-2. PMID: 22766606.

Pfaller, L. and M. Schweda (2019). "Excluded from the Good Life? An Ethical Approach to Conceptions of Active Ageing." Social Inclusion 7(3): 44-53.

Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review [Psychosocial Impact of Quarantine Measures During Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review]. Psychiatr Prax. 2020 May;47(4):179-189. German. doi: 10.1055/a-1159-5562. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32340047; PMCID: PMC7295307.

Russo-Netzer P, Littman-Ovadia H. "Something to Live for": Experiences, Resources, and Personal Strengths in Late Adulthood. Front Psychol. 2019 Oct 31;10:2452. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02452. PMID: 31736839; PMCID: PMC6834683.

Waycott J, Morgans A, Pedell S, Ozanne E, Vetere F, Kulik L, Davis H. Ethics in Evaluating a Sociotechnical Intervention With Socially Isolated Older Adults. Qual Health Res. 2015 Nov;25(11):1518-28. doi: 10.1177/1049732315570136. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25646003.

A8.3.2 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu sozialen und organisatorischen Aspekten

Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: clinical import and interventions. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):238-49.

Cattan M, Newell C, Bond J, White M. Alleviating Social Isolation and Loneliness among Older People. International Journal of Mental Health Promotion. 2003;5(3):20-30.

Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health & Social Care in the Community. 2017;25(3):799-812.

Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. BMC Public Health. 2011;11:647.

Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. BMC Public Health. 2020;20(1):129.

Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. Health & Social Care in the Community. 2018;26(2):147-57.

Ige J, Gibbons L, Bray I, Gray S. Methods of identifying and recruiting older people at risk of social isolation and loneliness: a mixed methods review. BMC Med Res Methodol. 2019;19(1):181.

O'Rourke HM, Collins L, Sidani S. Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 2018;18(1).

Pettigrew S, Roberts M. Addressing loneliness in later life. Aging Ment Health. 2008;12(3):302-9.

A8.3.3 Liste der eingeschlossenen Publikationen zu rechtlichen Aspekten

RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz 2022 [Available from: https://www.rubin-netzwerk.de/.

Baumann, Matthäus. § 140a Rn. 54. In: Schlegel R, Voelzke T, editors. juris Praxiskommentar - SGB XII: juris GmbH; 2020.

Baumann, Matthäus. § 140a Rn. 50. In: Schlegel R, Voelzke T, editors. juris Praxiskommentar - SGB XII: juris GmbH; 2020.

Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 19. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S, editors. Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 12. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S, editors. Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 32. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S, editors. Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 7, 9. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S, editors. Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

Bieritz-Harder R. § 71 Rn. 18. In: Bieritz-Harder R, Conradis W, Thie S, editors. Sozialgesetzbuch XII - Sozialhilfe: Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2020.

Binder S. § 86b SGG Rn. 45. In: Berchtold J, editor. Sozialgerichtsgesetz: Handkommentar. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 2021.

Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend. Siebter Altenbericht - Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. 2017.

Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz 5. SGB XI-ÄndG), (2014).

Urteil des Bundessozialgericht vom 28.09.2010 - B 1 KR 5/10 R, (2010).

Urteil des Bundessozialgericht vom 24.02.2016 - B 8 SO 11/14 R, (2016).

Urteil des Bundessozialgericht vom 11.09.2018 - B 1 KR 7/18R, (2018).

Beschluss des Bundesverfassungsgericht vom 08.04.1987 - 2 BvR 909/82, Rn. 99, (1987).

Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 - 2 BvF 2/01 -, Rn. 98, (2005).

Deutsches Rotes Kreuz e.V. Besuchsdienst 2022 [Available from: https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/senioren/altersgerechtes-wohnen/besuchsdienst/.

Malteser e.V. Besuchs- und Begleitungsdienste: Sozial stark! 2022 [Available from: https://www.malteser.de/besuchs-begleitungsdienste.html.

GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach §20 Abs.2 SGB V. Ausgabe 2021 ed. Berlin2021.

Ina Barthelmes, Jennifer Geyer, Grit Braeseke. Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen präventiver Hausbesuche. Eine explorative Literaturstudie. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2020.

Johanniter. Der Besuchsdienst der Johanniter 2022 [Available from: https://www.johanniter.de/dienste-leistungen/soziale-unterstuetzung/besuchsdienst/.

Urteil des Oberverwaltungsgericht NRW vom 18.08.2004 - 19 A 2510/03, (2004).

Propp A. § 12 Rn. 31. In: Schnapp FE, Wigge P, editors. Handbuch des Vertragsarztrechts: Das gesamte Kassenarztrecht. 3. Auflage: C.H.BECK; 2017.

Propp A. § 12 Rn. 60. In: Schnapp FE, Wigge P, editors. Handbuch des Vertragsarztrechts: Das gesamte Kassenarztrecht. 3. Auflage: C.H.BECK; 2017.

Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 5. In: Hauck K, Noftz W, editors. SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 13. In: Hauck K, Noftz W, editors. SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 6. In: Hauck K, Noftz W, editors. SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 1. In: Hauck K, Noftz W, editors. SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

Schlette V. § 71 SGB XII Rn. 11. In: Hauck K, Noftz W, editors. SGB-Gesamtmodul. Berlin: Schmidt Erich; 2016.

Schwerdtfeger G. Die Leistungsansprüche der Versicherten im Rechtskonkretisierungskonzept des SGB V (Teil 1). NZS - Neue Zeitschrift für Sozialrecht. 1998;49(Heft 2).

Sehmsdorf E. § 71 Rn. 17, 28. In: Schlegel R, Voelzke T, editors. juris PraxisKommentar SGB XII: juris GmbH; 2020.

Sehmsdorf E. § 71 Rn. 25. In: Schlegel R, Voelzke T, editors. juris Praxiskommentar - SGB XII: juris GmbH; 2020.

Statistisches Bundesamt. Sozialleistungen - Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe: Fachserie 13 Reihe 2.1. 2013.

Thorsten Stellmacher, Birgit Wolter. Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Menschen. In: GKV-Spitzenverband, editor. Berlin2018.

Wendt WR. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 2018.

A9 Suchstrategien

A9.1 Suchstrategien zur Nutzenbewertung

A9.1.1 Bibliografische Datenbanken

Suche nach systematischen Übersichten

1. PubMed

Suchoberfläche: NLM

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Geriatric Medicine: Van de Glind [202] (adaptiert für PubMed)

#	Searches
1	social isolation OR loneliness
2	elderly[tiab] or community-dwelling[tiab] or geriatric[tiab] or "mini-mental state"[tiab] or alzheimer[tiab] or alzheimer's[tiab] or alzheimers[tiab] or mmse[tiab] or caregivers[tiab] or falls[tiab] or adl[tiab] or frailty[tiab] or gds[tiab] or ageing[tiab] or "hip fractures"[tiab] or elders[tiab] or frail[tiab] or mci[tiab] or demented[tiab] or psychogeriatrics[tiab] or "cognitive impairment"[tiab] or "postmenopausal women"[tiab] or comorbidities[tiab] or dementia[tiab] or aging[tiab] or older[tiab] or "daily living"[tiab] or "cognitive decline"[tiab] or "cognitive impairment"[tiab] or residents[tiab] or "cognitive functioning" or "old people"[tiab] or nursing homes[mh] or geriatric assessment[mh] or aging[mh] or frail elderly[mh] or alzheimer disease[mh] or homes for the aged[mh] or cognition disorders[mh] or dementia[mh] or activities of daily living[mh] or aged, 80 and over[mh]
3	#1 AND #2 AND systematic[sb]
4	#3 AND 2010:2020[DP]

2. Health Technology Assessment Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	("Social Isolation")[mh]
2	("Loneliness")[mh]
3	(isolat* or lonel*)[title]
4	#1 OR #2 OR #3
5	((isolat* or lonel*)[title]) OR ("Loneliness")[mh] OR ("Social Isolation")[mh]) FROM 2010 TO 2020

Suche nach Primärstudien

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) 1946 to January Week 4 2021,
- Ovid MEDLINE(R) Daily Update February 01, 2021

Es wurde folgender Filter übernommen:

- RCT: Lefebvre [203] – Cochrane Highly Sensitive Search Strategy for identifying randomized trials in MEDLINE: sensitivity-maximizing version (2008 revision)

#	**Searches**
1	exp Social Isolation/
2	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*).ti.
3	(social isolation* or loneliness* or lonely).ab.
4	or/1-3
5	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*).ti,ab.
6	geriatric assessment/ or frail elderly/ or "homes for the aged"/
7	(older adj3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)).ti,ab.
8	exp *aged/
9	or/5-8
10	randomized controlled trial.pt.
11	controlled clinical trial.pt.
12	(randomized or placebo or randomly or trial or groups).ab.
13	drug therapy.fs.
14	or/10-13
15	14 not (exp animals/ not humans.sh.)
16	and/4,9,15
17	16 not (comment or editorial).pt.
18	17 and (english or german).lg.
19	exp review/ or meta analysis/ or consensus/ or exp guideline/
20	18 not 19

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations 1946 to February 01, 2021
- Ovid MEDLINE(R) Epub Ahead of Print February 01, 2021

#	Searches
1	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*).ti.
2	(social isolation* or loneliness* or lonely).ab.
3	(well-being adj9 (older or elderly)).ti,ab.
4	or/1-3
5	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*).ti,ab.
6	(older adj3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)).ti,ab.
1	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*).ti.
2	(social isolation* or loneliness* or lonely).ab.
3	(well-being adj9 (older or elderly)).ti,ab.
4	or/1-3
5	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*).ti,ab.
6	(older adj3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)).ti,ab.
7	or/5-6
8	(clinical trial* or random* or placebo).ti,ab.
9	trial.ti.
10	or/8-9
11	and/4,7,10

2. Embase

Suchoberfläche: Ovid

- Embase 1974 to 2021 February 01

Es wurde folgender Filter übernommen:

- RCT: Wong [204] – Strategy minimizing difference between sensitivity and specificity

#	Searches
1	social isolation/
2	loneliness/
3	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*).ti.
4	(social isolation* or loneliness* or lonely).ab.
5	or/1-4
6	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*).ti,ab.
7	(older adj3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)).ti,ab.
8	exp aged/
9	or/6-8

#	Searches
10	(random* or double-blind*).tw.
11	placebo*.mp.
12	or/10-11
13	and/5,9,12
14	13 not medline.cr.
15	14 not (exp animal/ not exp human/)
16	15 not (Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt.
17	16 and (english or german).lg.

3. The Cochrane Library

Suchoberfläche: Wiley

- Cochrane Central Register of Controlled Trials: Issue 2 of 12, February 2021

#	Searches
#1	[mh "Social Isolation"]
#2	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*):ti
#3	(social isolation* or loneliness* or lonely):ab
#4	#1 or #2 or #3
#5	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*):ti,ab
#6	[mh ^"geriatric assessment"] or [mh ^"frail elderly"] or [mh ^"homes for the aged"]
#7	(older NEAR/3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)):ti,ab
#8	[mh "Aged"[mj]]
#9	#5 or #6 or #7 or #8
#10	#4 and #9 in Trials
#11	#10 not (*clinicaltrial*gov* or *who*trialsearch* or *clinicaltrialsregister*eu* or *anzctr*org*au* or *trialregister*nl* or *irct*ir* or *isrctn* or *controlled*trials*com* or *drks*de*):so
#12	#11 not ((language next (afr or ara or aze or bos or bul or car or cat or chi or cze or dan or dut or es or est or fin or fre or gre or heb or hrv or hun or ice or ira or ita or jpn or ko or kor or lit or nor or peo or per or pol or por or pt or rom or rum or rus or slo or slv or spa or srp or swe or tha or tur or ukr or urd or uzb)) not (language near/2 (en or eng or english or ger or german or mul or unknown)))

A9.1.2 Studienregister

1. ClinicalTrials.gov

Anbieter: U.S. National Institutes of Health

- URL: http://www.clinicaltrials.gov
- Eingabeoberfläche: Expert Search

Suchstrategie
(loneliness OR social isolation OR isolation) AND AREA[ConditionSearch] (elderly OR Ageing OR senior OR aged OR older)
AREA[ConditionSearch] Social Isolation

2. International Clinical Trials Registry Platform Search Portal

Anbieter: World Health Organization

- URL: http://apps.who.int/trialsearch
- Eingabeoberfläche: Standard Search

Suchstrategie
elderly AND social support OR Ageing AND social support OR senior AND social support OR aged AND social support OR older AND social support OR elderly AND isolation OR Ageing AND isolation OR senior AND isolation OR aged AND isolation OR isolation AND older OR elderly AND loneliness OR Ageing AND loneliness OR senior AND loneliness OR aged AND loneliness OR Loneliness AND older

A9.2 Suchstrategien zur gesundheitsökonomischen Bewertung

A9.2.1 Bibliografische Datenbanken

1. MEDLINE

Suchoberfläche: Ovid

- Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to February 05, 2021

Es wurde folgender Filter übernommen:

- Gesundheitsökonomische Evaluation: Glanville [205] – Emory University (Grady) filter

#	Searches
1	exp Social Isolation/
2	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*).ti.
3	(social isolation* or loneliness* or lonely).ab.
4	or/1-3
5	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*).ti,ab.
6	geriatric assessment/ or frail elderly/ or "homes for the aged"/
7	(older adj3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)).ti,ab.
8	exp *aged/
9	or/5-8
10	(economic$ or cost$).ti.
11	cost benefit analysis/

#	Searches
12	treatment outcome/ and ec.fs.
13	or/10-12
14	13 not ((animals/ not humans/) or letter.pt.)
15	and/4,9,14
16	15 not (comment or editorial).pt.
17	16 and (english or german).lg.

2. Embase

Suchoberfläche: Ovid

- Embase 1974 to 2021 February 05

Es wurden folgende Filter übernommen:

- Gesundheitsökonomische Evaluation: Glanville [205] – Embase G

#	Searches
1	social isolation/
2	loneliness/
3	(loneliness* or social isolation* or well-being* or social support* or social network*).ti.
4	(social isolation* or loneliness* or lonely).ab.
5	or/1-4
6	(Elderly or community-dwelling or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or postmenopausal women or Comorbidities or senior*).ti,ab.
7	(older adj3 (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects)).ti,ab.
8	exp aged/
9	or/6-8
10	(cost adj effectiveness).ab.
11	(cost adj effectiveness).ti.
12	(life adj years).ab.
13	(life adj year).ab.
14	qaly.ab.
15	(cost or costs).ab. and controlled study/
16	(cost and costs).ab.
17	or/10-16
18	and/5,9,17
19	18 not medline.cr.
20	19 not (exp animal/ not exp human/)
21	20 not (Conference Abstract or Conference Review or Editorial).pt.
22	21 and (english or german).lg.

3. Health Technology Assessment Database

Suchoberfläche: INAHTA

#	Searches
1	"Social Isolation"
2	(loneliness* OR (social isolation*) OR (well-being*) OR (social support*) OR (social network*))[title]
3	((social isolation*) or loneliness* or lonely)[abs]
4	#1 OR #2 OR #3
5	Elderly or (community-dwelling) or geriatric or caregivers or falls or Adl or Frailty or Gds or Ageing or elders or Frail or Psychogeriatrics or (postmenopausal women) or Comorbidities or senior*
6	"geriatric assessment" or "frail elderly" or "homes for the aged" or "Aged"
7	(older AND (people or women or men or adults or persons or individuals or subjects))
8	#7 OR #6 OR #5
9	#4 AND #8

A10 Offenlegung von Beziehungen der externen Sachverständigen und der Reviewerin

Im Folgenden sind die Beziehungen der externen Sachverständigen und der Reviewerin zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangaben der einzelnen Personen anhand des „Formblatts zur Offenlegung von Beziehungen“ mit Stand 03/2020. Das aktuelle Formblatt ist unter www.iqwig.de abrufbar. Die in diesem Formblatt verwendeten Fragen finden sich im Anschluss an diese Zusammenfassung.

Externe Sachverständige

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Butz, Stefanie	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Hügel, Max Georg	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kahrass, Hannes	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Kloppe, Thomas	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Lühmann, Dagmar	ja	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Mertz, Marcel	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Muche-Borowski, Cathleen	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Neumann, Anja	ja	nein	nein	ja	nein	ja	nein
Neusser, Silke	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Otto, Ilvie	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Ruppel, Thomas	nein	ja	ja	ja	nein	nein	nein
Scherer, Martin	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja

Reviewerin

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Stark, Anne	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein

Im „Formblatt zur Offenlegung von Beziehungen“ (Version 03/2020) wurden folgende 7 Fragen gestellt:

Frage 1: Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor bei einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband angestellt oder für diese / dieses / diesen selbstständig oder ehrenamtlich tätig beziehungsweise sind oder waren Sie freiberuflich in eigener Praxis tätig?

Frage 2: Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor eine Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. eine Klinik, eine Einrichtung der Selbstverwaltung, eine Fachgesellschaft, ein Auftragsforschungsinstitut), ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Medizinproduktehersteller oder einen industriellen Interessenverband beraten (z. B. als Gutachter/-in, Sachverständige/r, in Zusammenhang mit klinischen Studien als Mitglied eines sogenannten Advisory Boards / eines Data Safety Monitoring Boards [DSMB] oder Steering Committees)?

Frage 3: Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten (z. B. für Vorträge, Schulungstätigkeiten, Stellungnahmen oder Artikel)?

Frage 4: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber beziehungsweise Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband sogenannte Drittmittel erhalten (d. h. finanzielle Unterstützung z. B. für Forschungsaktivitäten, die Durchführung klinischer Studien, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen)? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 5: Haben Sie oder hat Ihr Arbeitgeber beziehungsweise Ihre Praxis oder die Institution, für die Sie ehrenamtlich tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen, z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren für Fortbildungen / Kongresse erhalten von einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einer Einrichtung der Selbstverwaltung, einer

Fachgesellschaft, einem Auftragsforschungsinstitut), einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Medizinproduktehersteller oder einem industriellen Interessenverband? Sofern Sie in einer größeren Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe.

Frage 6: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile einer Einrichtung des Gesundheitswesens (z. B. einer Klinik, einem Auftragsforschungsinstitut), eines pharmazeutischen Unternehmens, eines Medizinprodukteherstellers oder eines industriellen Interessenverbands? Besitzen Sie Anteile eines sogenannten Branchenfonds, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Medizinproduktehersteller ausgerichtet ist? Besitzen Sie Patente für ein pharmazeutisches Erzeugnis, ein Medizinprodukt, eine medizinische Methode oder Gebrauchsmuster für ein pharmazeutisches Erzeugnis oder ein Medizinprodukt?

Frage 7: Sind oder waren Sie jemals an der Erstellung einer medizinischen Leitlinie oder klinischen Studie beteiligt, die eine mit diesem Projekt vergleichbare Thematik behandelt/e? Gibt es sonstige Umstände, die aus Sicht von unvoreingenommenen Betrachtenden als Interessenkonflikt bewertet werden können, z. B. Aktivitäten in gesundheitsbezogenen Interessengruppierungen beziehungsweise Selbsthilfegruppen, politische, akademische, wissenschaftliche oder persönliche Interessen?