

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor Studium in Sozialer Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW, Basel

Übergang in die Lebensphase Alter nach einem kritischen Ereignis



**Arbeitsprinzipien
und Methoden
im Umgang
mit älteren
drogenabhängigen
substituierten
Menschen**

Verfasserin: Claudia Maria Bättig
Matrikelnummer: 13-261-292

Eingereicht bei: Frau Angela Rein

Eingereicht im Dezember 2016 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die älteren drogenabhängigen, substituierten Klientinnen und Klienten der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* können aufgrund ihrer Gesamtsituation als *vulnerabel* bezeichnet werden. Nach einem *kritischen Ereignis* geraten sie leicht in eine Situation allgemeiner Überforderung und sind auf zusätzliche Hilfen angewiesen. Diese Arbeit geht der Frage nach, mit welchen Arbeitsprinzipien und methodischen Vorgehensweisen die Betroffenen in ihrer Verfassung, die auf einen *Übergang* in die Lebensphase Alter verweist, begleitet und unterstützt werden können. Mit dem Konzept der *Lebensbewältigung* von Lothar Böhnisch kann nicht nur die *Bewältigungslage* und das abweichende Verhalten der Betroffenen erklärt werden, sondern es lassen sich auch Wege für einen professionellen Umgang mit ihnen finden und passende Interventionsmöglichkeiten ableiten.

Inhaltsverzeichnis

1. Herleitung der Fragestellung	1
2. Drogen, damit verbundene Themen und die älteren substituierten	
Klientinnen und Klienten	5
2.1 <i>Abhängigkeit und Sucht, Heroin und Kokain, suchtpolitische Strategien und deren Umsetzung</i>	<i>6</i>
2.2 <i>Biografische Erfahrungen und aktuelle Lebens-situationen</i>	<i>9</i>
2.3 <i>Zusammenfassung</i>	<i>13</i>
3. Alter(n)	14
3.1 <i>Alter(n); theoretische Grundlagen und Reflektionen</i>	<i>14</i>
3.2 <i>Alter(n) im Kontext von Drogenabhängigkeit</i>	<i>19</i>
3.2 <i>Zusammenfassung Alter(n)</i>	<i>22</i>
4. Ambulante Wohnbegleitung am Beispiel von HEKS-Wohnen beider Basel	23
4.1 <i>Unterscheidung ambulanter und stationärer Angebote</i>	<i>24</i>
4.2 <i>Rahmenbedingungen und Organisationspraktiken von HEKS-Wohnen</i>	<i>24</i>
5. Lebensbewältigung	27
5.1 <i>Von der Normalisierung zur Entgrenzung – Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit</i>	<i>27</i>
5.2 <i>Das Konzept der Lebensbewältigung</i>	<i>30</i>
5.2.1 <i>Lebensbewältigung und Lebensalter</i>	<i>38</i>
5.3 <i>Arbeitsprinzipien und Methoden der Lebensbewältigung</i>	<i>39</i>
5.4 <i>Zusammenfassung Lebensbewältigung</i>	<i>43</i>
6. Eine zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung,	
Schlussfolgerung und Ausblick	44
7. Quellenangaben	51
7.1 <i>Literaturverzeichnis</i>	<i>51</i>
7.2 <i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>56</i>

1. Herleitung der Fragestellung

Im Rahmen der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* beider Basel werden vorwiegend drogenabhängige, substituierte Menschen, die in eigenen Wohnungen leben, professionell unterstützt und begleitet. Das Durchschnittsalter der Klientinnen und Klienten steigt seit einigen Jahren an und liegt aktuell bei 47 Jahren (vgl. HEKS-*Wohnen* 2016a: o.S.). Ein solcher Anstieg ist nicht ungewöhnlich, sondern entspricht gemäss verschiedenen Studien über substituierte Klientinnen und Klienten einem Trend, der insbesondere auf erfolgreiche Substitutionstherapien und Interventionen der *Schadensminderung* zurückzuführen ist (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 96). Zugleich sind die Klientinnen und Klienten im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung deutlich vorgealtert und besitzen eine um etwa 20 Jahre verkürzte Lebenserwartung (vgl. Wolter 2011: 145). In der Schweiz wurde die Suchtpolitik mit ihrem seit 1975 bestehenden Drei-Säulen-Modell der Prävention, Therapie und Repression in den frühen 1990er Jahren um die Schadensminderung zur sogenannten Viersäulenpolitik erweitert. Mit den neuen Interventionsmöglichkeiten verbesserten sich die Lebenschancen und -umstände von drogenabhängigen Menschen deutlich (vgl. Akeret 2014: 4).

Das Thema Alter(n) verweist im Zusammenhang mit Sucht auf eine besondere Situation der Betroffenen. In dieser Arbeit gehe ich vom Angebot der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* beider Basel¹ aus. Dabei beschäftige ich mich mit der Lebenssituation von drogenabhängigen, substituierten Klientinnen und Klienten, die über 45 Jahre alt sind, und mit der Frage, welche Anforderungen aufgrund des Alterungsprozesses für die Begleitung entstehen.

Im Laufe meiner langjährigen Praxistätigkeit im Sozial- und Gesundheitswesen habe ich festgestellt, dass von einer Suchtkrankheit betroffene alternde Klientinnen und Klienten aufgrund ihrer angeschlagen physischen und psychischen Verfassung in verschiedenen Lebensbereichen eingeschränkt sind. Sie können daher als besonders *vulnerabel* bezeichnet werden. Gasser, Knöpfel und Seifert befassen sich in ihrer Studie „*erst agil, dann fragil*“ mit dem Konzept der *Vulnerabilität*. Dabei beziehen sie den Begriff nicht nur auf körperliche und psychische Verletzlichkeit, sondern dehnen ihn auf ökonomische und soziale Verwundbarkeit aus (vgl. Gasser/Knöpfel/Seifert 2015: 44). Das bedeutet, dass sie nur über geringe Ressourcen wie Geld, unterstützende soziale Beziehungen, Wissen und Gesundheit verfügen und häufig auf externe Unterstützung angewiesen sind (vgl. ebd.: 4f.). Wie Gasser, Knöpfel und Seifert hervorheben, weisen die Betroffenen ein hohes Risiko auf, in schwierige

¹ Nachfolgend wird aufgrund der Lesbarkeit jeweils nur die Bezeichnung HEKS-*Wohnen* verwendet. Gemeint ist aber immer die ambulante Wohnbegleitung der Regionalstelle in Basel.

Lebensumstände zu geraten und nicht angemessen darauf reagieren zu können (vgl. Gasser et al. 2015: 44).

Tritt ab dem 45. Altersjahr ein *kritisches Lebensereignis* ein, gleiten betroffene Klientinnen und Klienten schnell in eine prekäre Lage ab. Typisch für solche kritischen Ereignisse sind insbesondere unvorhersehbare Krankheiten, massive Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder Stürze. Auch in empirischen Studien zeigt sich, dass derartige, den Körper in seinem Funktionieren direkt betreffende Ereignisse, neben Verlusten und Erkrankungen nahestehender Personen sowie Wechseln von gesellschaftlichen Rollen kritische Lebensereignisse darstellen (vgl. ebd.: 30–32). Sie sind dazu geeignet, bedeutsame Veränderungen hervorzurufen, welche in psychosozialer Hinsicht eine Anpassung der Unterstützungsleistungen und die Behebung des entstandenen Ungleichgewichts erfordern (vgl. Backes/Clemens 2013: 177f.).

Der Zeitraum nach einem kritischen Ereignis kann bei diesen Klientinnen und Klienten als *Übergang* ins Alter bezeichnet werden. Im Vergleich mit der gleichaltrigen *gesunden* Bevölkerung fällt auf, dass sich die Betroffenen deutlich schlechter von solchen Ereignissen erholen. Geyer bemerkt gar, dass bei drogenabhängigen Menschen von einem solchen *Übergang* ins Alter aufgrund der hohen gesundheitlichen und sozialen Belastungen ohnehin ab dem 45. Altersjahr gesprochen werden kann (vgl. Geyer 2011: 329). Dennoch ist das Alter nicht einfach plötzlich da, sondern sein Beginn verläuft prozesshaft. Wie ich noch aufzeigen werde, kann Alter(n) unterschiedlich definiert, wahrgenommen und erlebt werden; ebenso können die gesundheitlichen Verläufe sehr unterschiedlich sein.

Begrifflich wird die Phase des Alters gelegentlich in ein *aktives drittes* und ein *fragiles viertes Lebensalter* unterteilt (vgl. Gasser et al. 2015: 8), wobei sich in der Gesamtbevölkerung diese beiden Lebensphasen des Alters durch die höhere Lebenserwartung ausdehnen und durch den gesellschaftlichen Strukturwandel vielfältiger werden. Die hier thematisierten Betroffenen überspringen das *aktive dritte Lebensalter* allerdings oft, da bei ihnen typische Einschränkungen des *fragilen vierten Lebensalters* vergleichsweise sehr früh auftreten (vgl. Geyer 2011: 329).

In meiner täglichen Arbeit in der ambulanten Wohnbegleitung zeigt sich, dass die Gestaltung dieses Veränderungs- und *Übergangsprozesses* oft schwierig und mit viel Unzufriedenheit verbunden ist. Davon sind die Klientinnen und Klienten selbst, die Fachpersonen der Sozialen Arbeit der Wohnbegleitung und anderer Fachstellen, Ärzte und weitere involvierte Berufstätige betroffen. Erschwerend kommt möglicherweise hinzu, dass sich die meisten Klientinnen und Klienten kaum je mit dem Thema Alter(n) befasst haben. Ihren Rückmeldungen entnahm ich immer wieder, dass ihnen entsprechende Gesprächspartner fehlten.

Abgesehen davon, dass kritische Ereignisse in der Regel überraschend und unvorbereitet eintreffen, wird hier deutlich, dass das Thema Alter und seine Folgen bei HEKS-*Wohnen* mit Betroffenen frühzeitig diskutiert werden muss. Wie alle Menschen haben auch ältere drogenabhängige, substituierte Klientinnen und Klienten unterschiedliche und individuelle Bedarfe und Bedürfnisse, was das Leben im Alter betrifft (vgl. Hösselbarth/Stöver/Vogt 2011: 158–160). Im Zeitraum eines offenen und kritischen *Übergangs* müssen die Klientinnen und Klienten gleichwohl unterstützt und begleitet werden, damit sie die neue Situation bewältigen und sich wieder zurechtfinden können (vgl. Böhnisch 2012: 64–66). Um dann einen Verbleib in der eigenen Wohnung mit zusätzlicher externer Unterstützung oder einen Wechsel in ein passendes Heim gelingend zu initiieren, sollten die Betroffenen unbedingt einbezogen und ihre Wünsche so weit als möglich berücksichtigt werden. Dazu sind Konzepte und Arbeitsprinzipien notwendig.

Gleichzeitig müssen Fachpersonen der Sozialen Arbeit die organisationalen Bedingungen der ambulanten Wohnbegleitung sowie Vorgaben und Abhängigkeiten der staatlichen Steuerung weiterhin berücksichtigen. Dieser anspruchsvolle Prozess erfordert seitens der begleitenden Fachpersonen einen vorausschauenden Blick, Offenheit, Flexibilität, Abgrenzungsfähigkeit, Rollenklarheit und eine hohe Reflexivität für professionelles Handeln; das heisst, die Fachperson ist als *ganze Person*² involviert (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2013: 45–60).

Aktuell wird in der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* weder eine umfangreiche Analyse noch eine Diagnose erstellt, und es gibt bis anhin kein Verfahren, wie genau in einem solchen Fall vorgegangen werden soll. Auch Dürsteler-MacFarland et al. bemerken, dass Alterung – und die damit verbundenen Herausforderungen bei substituierten Klientinnen und Klienten – erst vor Kurzem als besondere Problemstellung erkannt wurden und noch ein Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Thematik besteht (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 98).

Literatur, Informationen, Studien und wissenschaftliche Erkenntnisse zu den einzelnen Themen Übergänge, Alter, Drogen, Sucht und mögliche Therapien finden sich ebenso häufig wie zu den Themen Hilfebedarf und Hilfssysteme, ambulante und stationäre Wohnangebote und diesbezügliche Schwierigkeiten. Ich habe jedoch keine spezifische Literatur oder Studien gefunden, welche sich damit befassen, wie der *Übergangsprozess* ins Alter nach einem kritischen Ereignis, das für drogenabhängige, substituierte Klientinnen und Klienten mit erhöhten Bewältigungsanforderungen verbunden ist, gestaltet werden kann.

Vor diesem Hintergrund möchte ich mich in dieser Arbeit mit der folgenden Fragestellung beschäftigen:

² Auf diesen Begriff wird im Kapitel 5.3 vertieft eingegangen, da er auf eine wichtige sozioemotionale Kompetenz im sozialpädagogischen Kontext verweist.

Welche Arbeitsprinzipien und methodischen Vorgehensweisen können in der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-Wohnen, unter Einbezug der bewältigungsorientierten Perspektive von Lothar Böhnisch, dazu dienen, ältere drogenabhängige, substituierte Klientinnen und Klienten beim *Übergang* ins Alter gelingend zu begleiten und zu unterstützen?

Um die verschiedenen Themen aus der Fragestellung zu vertiefen und soweit wie möglich zu beantworten, gehe ich wie folgt vor:

Im nachfolgenden zweiten Kapitel werden Sucht und Abhängigkeit, die Wirkung der Substanzen Heroin und Kokain, die Schadensminderung und die Substitutionstherapie erläutert. Biografische Erfahrungen und die aktuelle Lebenssituation der älteren substituierten Klientinnen und Klienten der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-Wohnen kommen anhand von Fakten aus der Praxis zur Sprache und werden mittels wissenschaftlicher Studien untermauert. Ein Blick auf die verschiedenartigen – gesundheitlichen, psychischen, sozialen – Folgen zeigt die Konsequenzen derartiger *Drogenkarrieren* auf.

Da es um ältere Menschen geht, vertieft das dritte Kapitel das Thema Alter(n) und die Vielfalt dieser Lebensphase. Dabei werden die Bedeutung dieser Phase, der demografische und sozialstrukturelle Wandel, Gesundheitsverläufe und Übergänge erörtert, Unterschiede zwischen Alter(n) in der Allgemeinbevölkerung und im Kontext von Drogenabhängigkeit veranschaulicht.

Im vierten Kapitel stelle ich die ambulante Wohnbegleitung von HEKS-Wohnen vor und erkläre, wie sich ambulante von stationären Wohnangeboten unterscheiden. Die organisationalen Rahmenbedingungen, die Verortung in der Suchtpolitik sowie die Organisationspraktiken vermitteln ein Bild dieses Angebots.

Um die leitende Fragestellung zu beantworten, ist das fünfte Kapitel dem sozialpädagogischen Konzept der *Lebensbewältigung* von Lothar Böhnisch gewidmet. Böhnisch hat das Konzept zwar nicht spezifisch im Hinblick auf die Arbeit mit substituierten Klientinnen und Klienten entworfen, jedoch erscheint mir sein Ansatz im Zusammenhang mit der Fragestellung meiner Arbeit geeignet, um auf diese sich neu stellenden praktischen Herausforderungen brauchbare Antworten zu finden. In seinem Konzept, auf das sich die vorliegende Arbeit in ihrem zentralen Teil stützt, betont er die Bedeutung der radikalen Veränderungen in der kapitalistischen Gesellschaft infolge der Globalisierung. Vor diesem Hintergrund erklärt Böhnisch nicht nur die sich ständig verändernden und steigenden Anforderungen an das Leben in der heutigen Gesellschaft (vgl. Böhnisch 2012: 9–14), sondern deutet auch darauf hin, dass die Soziale Arbeit stets herausgefordert ist, wachsam gegenüber Entwicklungen zu bleiben, die sich im Laufe der Zeit ergeben. Passend dazu

merken Schmidt und Jörden-Thamm an, dass die Soziale Arbeit in der Tätigkeit mit älteren drogenabhängigen Menschen plötzlich vor Herausforderungen stehe, mit denen man nie gerechnet habe. Dank der medizinischen Entwicklung und Massnahmen der Schadensminderung erreichten drogenabhängige Menschen heute ein höheres Alter, die damit verbundenen Probleme der Versorgung seien jedoch noch längst nicht in allen Bereichen gelöst (vgl. Schmidt/Jörden-Thamm 2011: 251f.).

Böhnischs den gesellschaftlichen Kontext miteinbeziehende Perspektive ist für das Konzept der *Lebensbewältigung* bedeutsam, weil Menschen in der arbeitsteiligen Gesellschaft immer wieder *freigesetzt* werden und in *kritische Lebenssituationen* geraten können. Mit dem seit dem 19. Jahrhundert anhaltenden Prozess der Individualisierung sind Risiken für den Einzelnen oder die Einzelne verbunden, die heute deutlich hervortreten (vgl. Böhnisch 2012: 44). Als Theorie-Praxis-Modell fokussiert das Konzept auf die *Biografie* und *Lebenslage* von Klientinnen und Klienten (vgl. Böhnisch 2016: 11) und verweist darauf, dass Grundlagen und Wesen einer Hilfsbedürftigkeit nur begreifbar sind, wenn die Veränderungen der gesellschaftlichen Struktur und die daraus resultierenden sozialen Probleme mitbedacht werden (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 9). Anhand von drei Dimensionen wird aufgezeigt, wie betroffene Menschen nach *Handlungsfähigkeit* streben und welchen einschränkenden oder unterstützenden Faktoren die Entfaltung dieses Potentials der *Lebensbewältigung* unterliegt (vgl. Böhnisch 2016: 11). Über den sozialpädagogischen Zugang der *Bewältigungslage* gibt Böhnisch der Sozialen Arbeit ein theoretisches Instrumentarium an die Hand, mit dem individuelle Situationen analysiert und für die jeweilige Praxis spezifische Methoden abgeleitet werden können. Die daraus hervorgehenden Arbeitsprinzipien der Fachpersonen sind essentiell, um Betroffene für eine gelingende Bewältigung zu unterstützen.

Genau diese Ableitung von Methoden und Prinzipien ist das Thema im sechsten Kapitel, in dem die zentrale Fragestellung beantwortet, Schlussfolgerungen gezogen und weitere Fragen und Herausforderungen aufgezeigt werden. Erkenntnisse aus diesem Prozess, schliessen die Arbeit ab.

2. Drogen, damit verbundene Themen und die älteren substituierten Klientinnen und Klienten

Psychoaktive Substanzen – Substanzen, welche die Psyche, Wahrnehmung, Stimmung und das Denken verändern (vgl. Société Axess 2009: 29) – wurden in der Vergangenheit und werden bis heute in nahezu allen Gesellschafts- und Kulturkreisen konsumiert; ihr Gebrauch ging mit der Entwicklung der Gesellschaft einher. Dieser Konsum hatte jedoch stets nicht nur gewünschte, sondern auch nachteilige Auswirkungen (vgl. Abstein 2012: 7). Untersuchungen zeigen, dass ein langjähriger Konsum suchterzeugender Drogen neben gesundheitlichen

Beeinträchtigungen auch Belastungen in anderen Bereichen mit sich bringt (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 137f.). In diesem Kapitel werden Abhängigkeit und Sucht, Strategien der Suchtpolitik, die Wirkung der Substanzen Heroin und Kokain und die Folgen von deren gewohnheitsmässigem Konsum anhand der Biografien und aktuellen Lebenssituation älterer drogenabhängiger, substituierter Klientinnen und Klienten aufgezeigt.

2.1 Abhängigkeit und Sucht, Heroin und Kokain, suchtpolitische Strategien und deren Umsetzung

Über das Thema Sucht und Abhängigkeit wird nach wie vor mit unterschiedlichen Ansichten debattiert, und Menschen, die an einer Suchtkrankheit leiden, werden immer noch häufig abgewertet; ihnen wird oft eigenes Verschulden an ihrer Abhängigkeit und ein fehlender Wille, davon loszukommen, nachgesagt (vgl. Société Axess 2009: 7–9).

Die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen ist das Ergebnis eines Anpassungsprozesses im Gehirn, der durch die Wirkung der betreffenden Substanzen ausgelöst wird. Bei wiederholtem und chronischem Konsum steigt die Toleranz gegenüber der Droge und die erwünschte Wirkung fällt entsprechend geringer aus. Das neurobiologische Ungleichgewicht führt dazu, dass für die Erzielung derselben Wirkung eine höhere Dosis konsumiert werden muss oder mit einer Aufrechterhaltung des Konsums in gewohnter Dosierung zumindest die auftretenden psychischen Entzugserscheinungen wie Unbehagen, Ängstlichkeit oder depressive Zustände sowie körperliche Symptome wie Schmerzen, Übelkeit oder Krämpfe vermieden werden (vgl. ebd.: 11–29). Laut Schmid ist die gebräuchlichste Definition für Abhängigkeit jene der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1993) in der 10. Revision der *International Classification of Diseases* (ICD-10). Sie beschreibt die körperlichen und kognitiven Verhaltensphänomene und das dringende, oft übermächtige Verlangen und unablässige, unbeirrbar Handeln, das geeignet ist, das Suchtmittel immer wieder zu konsumieren, als ein entscheidendes Merkmal (vgl. Schmid 2014: 30).

Sucht hat nichts mit Willensschwäche zu tun, sondern mit einer Veränderung der Lernmechanismen im Gehirn, welche die Motivations- und Entscheidungsprozesse beeinflussen. Suchtmittel wirken auf das Belohnungssystem ein, einen Teil des limbischen Systems. In diesem Netzwerk von Nervenbahnen wird in einem zentralen Areal, dem *ventralen Tegmentum*, analysiert, ob die Grundbedürfnisse wie Atmung, Schlaf und Ausscheidung befriedigt sind. Weitergeleitet in die Hirnstruktur des *Nucleus accumbens* werden diese Informationen ausgewertet und die für die Person interessanten Verhaltensweisen ermittelt. Der zentrale Botenstoff Dopamin, der beim Konsum unmittelbar ausgeschüttet wird und einem Lernsignal gleichkommt, sorgt dafür, dass in einer zukünftigen

vergleichbaren Situation erneut nach diesem *erfolgreichen* Verhaltensmuster gehandelt wird. Suchtmittel lösen eine viel höhere Dopaminfreisetzung aus als andere Belohnungen und werden folglich im Gedächtnis immer überbewertet. Von Sucht als gesteigerter Form der Abhängigkeit wird gesprochen, wenn eine anfänglich gewollte in eine automatisierte, zwanghafte und unkontrollierbare Verhaltensweise abgeleitet und trotz Wissen um nachteilige Folgen fortgesetzt wird. Sucht ist demnach eine Krankheit infolge pathologischer Lernprozesse. Menschen können von einer Substanz abhängig sein, ohne süchtig nach ihr zu sein. Anhand typischer Verhaltenssuchte wie dem Glücksspiel zeigt sich umgekehrt, dass Menschen süchtig nach einem Verhalten sein können, ohne von einer Substanz abhängig zu sein. Es wird davon ausgegangen, dass sich eine Abhängigkeit nur bei vulnerablen Menschen zur Sucht entwickelt (vgl. Société Axess 2009: 11–29). Dies erklärt, weshalb es kein generelles *Herauswachsen* aus der Abhängigkeit gibt und etwa dreissig Prozent der Heroinabhängigen ihren Konsum bis ins Alter fortsetzen (vgl. Wolter 2011: 128). Es sind vermutlich die abgespeicherten Reiz-Reaktions-Verbindungen im Gedächtnis und die ähnliche Wirkungsweise aller Suchtmittel, die dazu führen, dass süchtige Menschen meist mehrere Substanzen konsumieren (vgl. Société Axess 2009: 22) und einige der substituierten Klientinnen und Klienten ihre Sucht mit zunehmendem Alter verlagern und neben Substituten zunehmend Alkohol sowie Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumieren (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 138).

In der Wissenschaft liegt keine einheitliche Theorie für die Entstehung von Sucht vor, verschiedene Disziplinen sehen unterschiedliche Ursachen am Werk und liefern entsprechend divergierende Erklärungen (vgl. Schay 2013: 18). Neben genetischen Faktoren wird eine hohe Stressempfindlichkeit, aber auch das Zusammenspiel von biologischen, biografischen, sozialen und kulturellen Faktoren für eine Suchtentwicklung verantwortlich gemacht. Die Betreuung von suchtkranken Menschen muss deshalb mit Berücksichtigung all dieser Aspekte ausgestaltet werden (vgl. Société Axess 2009: 25).

Das auf dem illegalen Markt gehandelte Heroin wird gewöhnlich mit verschiedensten Fremdsubstanzen gestreckt, um gewinnbringend verkauft zu werden. Es ist das *gestreckte* Heroin, welches nicht nur wegen der unbekannt zugefügten Substanzen, sondern auch aufgrund des unbekannt Reinheitsgehalts gefährlich ist (vgl. Schmid 2014: 27). Heroin löst anfänglich eine intensive euphorisierende Wirkung aus, wirkt stark schmerzlindernd, angstlösend und antidepressiv. Es hat ein sehr hohes psychisches und physisches Abhängigkeitspotential, entsprechend schnell lässt die Wirkung bei wiederholtem Konsum nach (vgl. Suchtmonitoring 2013–2016: 10).

Die älteren drogenabhängigen, substituierten Klientinnen und Klienten von HEKS-*Wohnen* konsumierten oder konsumieren auch häufig Kokain, dem ebenfalls ein erhöhtes Suchtpotential zugeschrieben wird (vgl. Société Axess 2009: 19). Kokain wirkt sehr rasch

und löst Glücksgefühle, Stärke und ein erhöhtes Selbstbewusstsein bis hin zu Grössenwahn aus, steigert die Aktivität, den Rededrang, die Kontakt- und Risikofreude, unterdrückt Hunger und Müdigkeit und führt häufig zu optischen Halluzinationen. Bereits nach etwa einer Stunde verflacht die Wirkung und es stellen sich bedrückte Stimmungslagen, Angst, Misstrauen, illusionäre Verkennungen, Wahnideen und häufig auch Aggressivität ein. In einer nächsten Phase folgt das Erschöpfungsstadium mit depressiven Verstimmungen, erhöhtem Schlafbedürfnis und gelegentlich suizidalen Impulsen. In der Drogenszene wird folglich häufig parallel Heroin konsumiert, um diese unangenehmen Auswirkungen des Kokains zu mildern (vgl. Wolter 2011: 130f).

Blickt man auf die Entwicklung des Drogenkonsums in der Schweiz zurück, ging diese im Zeitraum der 1960er bis 1980er Jahre, wie in anderen westlichen Industriestaaten, mit einem tiefgreifenden gesellschaftlichen Umbruch einher (vgl. Schreiber/Keller o.J.: 11). In verschiedenen Schweizer Städten entstanden offene Drogenszenen, in denen sich Elend und Verwahrlosung rasch ausbreiteten. Eine breite Bevölkerungsschicht reagierte betroffen, sei es aus ordnungspolitischer Sicht, aus Mitleid gegenüber den sterbenden Menschen oder aus Sorge wegen der drohenden Ausbreitung des HI-Virus in der Gesamtbevölkerung (vgl. Schmid 2014: 20). Aufgrund des öffentlichen Aufsehens war die Politik zum Handeln gezwungen, reagierte – zuerst zaghaft und nur in den grösseren Städten – mit einem Paradigmenwechsel der bisherigen Suchtpolitik und erweiterte die bisherige Strategie um die vierte Säule der Schadensminderung (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 6). Mit diesem Konzept wurde ein neues Verständnis gegenüber den Drogenkonsumierenden vorausgesetzt. Ihnen sollten von nun an Überlebenshilfe, die Akzeptanz des scheinbar unverständlichen Konsums, das Recht auf menschenwürdige gesundheitliche und soziale Lebensbedingungen, Selbstverantwortung sowie die Freiwilligkeit in Bezug auf Therapien zugestanden werden (vgl. Schmid 2014: 20). Als Ziele definierte der Bund die Verminderung gesundheitlicher Risiken und Schäden für die Betroffenen und ihr Umfeld, die Verhinderung sozialer Marginalisierung der Konsumierenden, eine Reduktion sozialer Folgekosten sowie eine erhöhte öffentliche Sicherheit für die Gesellschaft (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 61–63).

Die Substitutionstherapie wird in den meisten Ländern ebenfalls zum Bereich der Schadensminderung gezählt (vgl. Akeret 2014: 7). Dabei ersetzt das *Substitut*, ein ärztlich verordnetes Medikament, die illegale Droge (vgl. Bregger 2014: 9). In der Schweiz wird die Substitution der Säule der Therapie zugeordnet, weil es sich um eine medizinische Behandlung und psychosoziale Versorgung der Drogenabhängigen handelt. Sie wirkt jedoch schadensmindernd, da neben einer Abnahme von Beschaffungskriminalität und Prostitution positive Auswirkungen auf die gesundheitliche und soziale Situation der Betroffenen zu verzeichnen sind (vgl. Schmid 2014: 21,48).

In der Wohnbegleitung empfinden einige der älteren Klientinnen und Klienten, die am Substitutionsprogramm teilnehmen, die bleibende Abhängigkeit vom Substitut und die damit verbundene Notwendigkeit, regelmässig die Abgabestelle aufsuchen zu müssen, als grosse Einschränkung. Der unvermeidbare Kontakt zu anderen Süchtigen wird häufig als belastend empfunden, da Betroffene dort immer wieder illegale Drogen angeboten bekommen und den Eindruck gewinnen, sich nie wirklich von der Szene distanzieren zu können (vgl. Eppler /Kuplewatzky /Vogt 2011: 179).

2.2 Biografische Erfahrungen und aktuelle Lebenssituationen

In der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* werden aktuell 59 Menschen begleitet (vgl. HEKS-*Wohnen* beider Basel 2016a: o. S.); von diesen sind 21 älter als 45 Jahre und werden substituiert.³ Laut Wolter ist es schwierig, die gesundheitlichen Beschwerden bei älteren Drogenabhängigen einer einzelnen Droge zuzuschreiben, da die meisten mehrere Substanzen konsumieren (vgl. Wolter 2011: 136f.). Es kann davon ausgegangen werden, dass auch die intravenöse Form der Konsumation und die Lebensumstände Einfluss auf die früher auftretenden und ausgeprägten Alterserscheinungen haben (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 105f.). Für die nachfolgende Darstellung habe ich zuerst die aktuelle Lebenssituation der älteren substituierten Klientinnen und Klienten aufgrund der vorhandenen Fakten bei HEKS-*Wohnen* analysiert. In persönlichen Gesprächen erzählten sie mir viel von ihren biografischen Erfahrungen. Die Ergebnisse habe ich in der Folge mit wissenschaftlichen Studien verglichen und sie damit untermauert, die Folgerungen wiederum mittels Studien ergänzt und ausdefiniert. Die Ergebnisse der eigenen Analyse korrespondieren weitgehend mit denjenigen in der konsultierten wissenschaftlichen Literatur. Beschwerden, Einschränkungen und Belastungen, die sich in der ambulanten Wohnbegleitung nicht zeigen, sind entsprechend nicht erläutert.

Der gesundheitliche Allgemeinzustand der Klientinnen und Klienten ist eher schlecht. Bei allen liegt die Infektionskrankheit Hepatitis C vor, eine Person ist HIV-positiv. Als weitere Beschwerden stehen Arthritis, Bluthochdruck, Herzprobleme, Magen-Darm-Erkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen und Diabetes mellitus im Vordergrund (vgl. ebd.: 106). Organische Schmerzsyndrome und eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit (vgl. Wolter 2011: 137), welche häufig mit einer erheblichen Sturzgefahr einhergehen, sind ebenfalls zu verzeichnen. Ein besonderes Problem stellt dabei eine

³ In der Folge bezieht sich die Rede von den Klientinnen und Klienten von HEKS-*Wohnen* jeweils auf diese Gruppe von 21 Personen.

verminderte Knochendichte dar (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 106f.), die in der Untersuchungsgruppe schon häufig zu Knochenbrüchen führte, selbst nach leichten Stürzen. Bei den meisten sind auch die Zähne in äusserst schlechtem Zustand (vgl. Wolter 2011: 137) und nicht wenige sind bereits sehr früh auf eine Zahnprothese angewiesen (vgl. Vogt 2009b: 25). Bei einem grossen Teil der Betroffenen zeigen sich Konzentrations- und/oder Gedächtnisstörungen (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 161), was beispielsweise dazu führen kann, dass die Betroffenen sich nicht an Termine und Abmachungen erinnern können (vgl. Dürsteler/Vogel 2016: 36). Der früh einsetzende Alterungsprozess hat dazu geführt, dass viele auch von Gefässerkrankungen, zunehmender Sehschwäche und dem alterstypischen Zittern (Tremor) betroffen sind (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 107).

Neben körperlichen Erkrankungen leiden die Klientinnen und Klienten der Untersuchungsgruppe an psychischen Störungen. Diese treten laut Hösselbarth et al. bei Drogenabhängigen überdurchschnittlich oft auf und bleiben mit zunehmendem Alter bestehen oder verstärken sich sogar. Gehäuft treten Angst- und Spannungszustände, depressive Verstimmungen und emotionale Belastungen durch Vereinsamung sowie Persönlichkeitsstörungen und Psychosen auf. Auch aggressives Verhalten zeigt sich oft (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 138–148), und nicht selten fühlen sich die Klientinnen und Klienten bei der Erledigung von Angelegenheiten des Alltags überfordert. Wie Westermann und Witzerstorfer berichten, zeigen sich bei ihnen im fortschreitenden Alter auch Bilanzierungskrisen, die mit dem biografischen Rückblick auf ihr Leben verbunden sind und sich häufig in Selbstvorwürfen, Schuldzuweisungen und oft längst vergangenen Verlufterfahrungen äussern (vgl. Westermann/Witzerstorfer 2011: 213).

Die Belastung durch zwei oder mehrere diagnostisch abgrenzbare Störungen wird als *Komorbidität* bezeichnet. Studien zeigen, dass bei Menschen mit einer Suchterkrankung ein hohes Risiko besteht, dass auch eine psychische Störung auftritt. Der Begriff der Komorbidität verweist darauf, dass zwei Störungen sich gegenseitig verstärken. Eine solche Wechselwirkung ergibt ein sehr komplexes Krankheitsbild und erfordert eine sorgfältige Betreuung und Behandlung (vgl. Lojewski/Schay 2013: 134f.). Der ähnliche Begriff *Multimorbidität* bezeichnet das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer oder degenerativer Krankheiten und Behinderungen. Diese Konstellation ist bei Menschen mit zunehmendem Alter häufig anzutreffen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2007: 11). Psychische Störungen wirken sich auf soziale Beziehungen aus (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 108), was sich auch in der Untersuchungsgruppe zeigt. Ihre soziale Lage ist offensichtlich eng mit ihrer Vergangenheit, dem Drogenkonsum und der gesundheitlichen Situation verknüpft.

Viele Klientinnen und Klienten stammen aus belastenden oder gar desolaten Familienverhältnissen, in denen ein oder beide Elternteile krank waren. Die Kindheit war oft

durch Vernachlässigung und sexuelle oder häusliche Gewalt geprägt, welche, je länger und je intensiver sie einwirkten, die Entwicklung von psychischen Störungen begünstigten. Es erstaunt daher nicht, dass einige Betroffene schon in frühester Jugend erste Drogenerfahrungen machten und die wenigsten die Schule oder gar eine Berufsbildung abschlossen. Ein Einstieg in das berufliche Erwerbsleben gelang nur wenigen. Die Jahre zwischen dem Beginn des Konsums harter Drogen bis zum Eintritt in eine Substitutionsbehandlung verliefen in der Untersuchungsgruppe unterschiedlich. Einige der Betroffenen wurden in jungen Jahren Eltern und mussten ihre Kinder in die Obhut von Pflegeeltern oder eines Heims geben, da sie kaum in der Lage waren, für sich selbst zu sorgen. Die Frauen berichten von frühen ersten Erfahrungen mit Prostitution. Wie die meisten männlichen langjährigen Drogenkonsumenten begingen sie schon früh kleinkriminelle Handlungen (vgl. Vogt 2011: 17–20) und blicken auf Strafverfolgungen und belastende Hafterfahrungen zurück (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 138). Einige verfügten zeitweise über eine eigene Wohnung, lebten aber auch bei Freunden oder in Wohngemeinschaften, und viele waren über kürzere oder längere Zeit obdachlos. Lutz und Simon stellen fest, dass mit einem Wohnungsverlust häufig Prozesse der Ausgrenzung und Unterversorgung einhergehen, die zwar schon zuvor begonnen haben, sich dann aber weiter verfestigen und verschärfen (vgl. Lutz/Simon 2012: 99).

Beziehungen zur Familie, zu Freunden und Bekannten sind bei diesen Klientinnen und Klienten kaum vorhanden. Es ist davon auszugehen, dass erlittene Enttäuschungen bei allen Betroffenen Spuren hinterlassen haben (vgl. Eppler et al. 2011: 179). Sie erfuhren auch seitens der bürgerlichen Gesellschaft, verschiedensten staatlichen Behörden und fachlichen Institutionen häufig Ablehnung, Ausgrenzung und Stigmatisierungen und sind solchen noch immer *ausgesetzt* (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 102). Die insgesamt sehr belasteten Lebensläufe führen dazu, dass die Befragten, wie die meisten Drogenabhängigen mit zunehmendem Alter, sehr isoliert leben und kaum Kontakte zur Allgemeinbevölkerung pflegen (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 138). Aufgrund von nicht verarbeiteten emotionalen Verletzungen aus der Vergangenheit sind sie anderen gegenüber tendenziell misstrauisch und es fällt ihnen schwer, Vertrauen aufzubauen und Hilfe zu suchen und anzunehmen (vgl. ebd.: 154f.); ihre Angst, dass sie ihre Eigenständigkeit ganz verlieren könnten, ist gross (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 103). Über Erlebnisse des Alltags und Probleme tauschen sie sich deshalb häufig nur mit anderen Drogenabhängigen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit oder Ärzten aus (vgl. Vogt 2009b: 24).

Mit ihrer sozialen Herkunft, der fehlenden (Aus-)Bildung, der Drogenabhängigkeit und damit einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind die Klientinnen und Klienten der Untersuchungsgruppe von mehreren Faktoren betroffen, welche das Risiko für Armut erhöhen. Ihre finanzielle Lage kann als eher prekär bezeichnet werden und es besteht mit

zunehmendem Alter kaum Aussicht auf eine Verbesserung (vgl. Schuwey/Knöpfel 2014: 101–116). Die Betroffenen leben von Sozialhilfegeldern oder einer IV-Rente und Ergänzungsleistungen. HEKS-*Wohnen* organisiert die Finanzierung der Wohnungsmiete und der Wohnbegleitung, deren Regelung im vierten Kapitel erläutert wird. Nach Abzug der Prämie für die obligatorische Krankenversicherung, Miete und Wohnbegleitungskosten verbleibt nur ein knapp ausreichender Grundbedarf für den Lebensunterhalt (vgl. ebd.: 133). Der Anteil jener, welche mittels einer Erwerbsarbeit, beispielsweise in einer geschützten Arbeitsstätte, ihr Einkommen wenigstens geringfügig aufbessern könnten, nimmt mit dem Alter und zunehmenden gesundheitlichen Beschwerden stark ab. Alle Betroffenen haben Schulden, die einerseits durch das Nichtbezahlen von Rechnungen und häufig auch durch Bussen und Strafverfahren laufend anwachsen (vgl. Vogt 2009b: 23). Die mangelnde Fähigkeit, das vorhandene Geld einzuteilen, oder unvorhergesehene Ausgaben führen zu weiteren materiellen Entbehrungen, zum Ausleihen von Geld oder zu neuen Schulden (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 151f.). Obwohl im Kanton Basel-Stadt die Möglichkeit besteht, vergünstigt Esswaren oder Mittel des täglichen Gebrauchs über Hilfsangebote wie den Caritas-Laden oder die Abgabestelle der *Winterhilfe* zu beziehen, nutzt die untersuchte Gruppe diese Angebote nicht. Diese Tatsache steht wiederum im Zusammenhang mit erlebten Stigmatisierungen und Schuldgefühlen (vgl. Schuwey/Knöpfel 2014: 133–135). Es ist jedoch auch denkbar, dass sie trotz ihrer Hilfsbedürftigkeit ihren Drang nach Selbstbestimmung auch unter diesen Umständen respektiert sehen wollen. Abgesehen von einem eher geringen Bewusstsein für gesunde Kost und häufigem Appetitmangel, verzichten viele Klientinnen und Klienten auch aufgrund fehlender finanzieller Mittel auf Mahlzeiten (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 156f.) oder nehmen vorwiegend Süssgetränke, Joghurt und Biskuits zu sich. Einige Betroffene erhalten im Bereich Finanzen Unterstützung durch eine Fachstelle oder eine Beiständin, einen Beistand der Amtsvormundschaft. HEKS-*Wohnen* versucht, Menschen, bei denen Schwierigkeiten in finanzieller Hinsicht offensichtlich sind, auch an entsprechende Stellen zu vermitteln – einige verweigern eine diesbezügliche Unterstützung jedoch vehement.

Für die Untersuchungsgruppe ist die Gestaltung des Tages durch den Bezug des Substituts schon vorstrukturiert. Bei denjenigen, die Methadon einnehmen, reicht ein Besuch bei der entsprechenden Abgabestelle aus, stabilere Klientinnen und Klienten können das Medikament auch für mehrere Tage beziehen. Personen, welche sich in der heroingestützten Behandlung befinden, müssen sich aufgrund einer strikten Regelung zweimal täglich zur Abgabestelle begeben, um sich die Injektion mit dem pharmazeutischen Heroin zu setzen (vgl. Schmid 2014: 158). Körperliche Einschränkungen und psychische Beeinträchtigungen wie depressive Verstimmungen, Antriebs- oder Lustlosigkeit führen bei den Betroffenen häufig dazu, dass sie die verbleibende freie Zeit kaum aktiv gestalten. Sie

verbringen viele Stunden vor dem Fernseher, hören Musik, wenige lesen, machen kleine Spaziergänge oder sitzen in einer der städtischen Parkanlagen. Einige der Klientinnen und Klienten sind an Kunst und Kultur interessiert, für die Teilnahme an Veranstaltungen oder den Besuch von Ausstellungen fehlen jedoch meist die finanziellen Mittel (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 153).

Die Besuche der Wohnbegleitung führen oft dazu, dass die meisten Klientinnen und Klienten dafür sorgen, dass ihre Wohnung möglichst ordentlich und sauber ist. Einigen gelingt dies sehr gut und sie haben sich eine wohnliche und persönliche Atmosphäre geschaffen, andere benötigen für Reinigungsarbeiten Unterstützung durch die Raumpflegerin von HEKS-*Wohnen* (vgl. ebd.: 151).

Um eine vertrauensvolle Basis für eine Zusammenarbeit mit diesen Menschen herzustellen, braucht es in der Regel viel Zeit. Sie wünschen sich von ihren fachlichen Betreuungspersonen einen respektvollen Umgang, eine empathische Haltung, die Akzeptanz ihrer Person und Situation und ein echtes Interesse für ihre Sorgen und Nöte (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 102). Ist ein gutes Verhältnis zur Fachperson hergestellt, wird diese Person von ihnen als äusserst wichtig eingestuft und sie sind nur ungern bereit, sich auf einen Wechsel einzulassen (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 161f.).

In der Zusammenarbeit mit den 21 Befragten fällt auf, dass die meisten über eine ausserordentlich hohe Reflexivität verfügen und sehr sensibel und treffgenau die Befindlichkeit von anderen Personen wahrnehmen. Ihre Lebenserfahrung kann daher als eine besondere Ressource bezeichnet werden (vgl. Eppler et al. 2011: 199). Bemerkenswert ist ferner, dass sie ausgesprochen gut Auskunft über ihre gesundheitliche Situation geben können und sich für die Details ihrer medizinischen und therapeutischen Behandlung interessieren, was darauf hinweist, dass ihnen ihre Situation nicht gleichgültig ist (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 102). Auch ist eine sehr hohe Bereitschaft vorhanden, sich um andere Menschen zu kümmern oder ihre Hilfe anzubieten; solche Möglichkeiten bestehen aber im Bereich der Allgemeinbevölkerung kaum (vgl. Eppler et al. 2011: 198f.). Einige der älteren Klientinnen und Klienten machen vor allem gegenüber ihren Nachbarn immer wieder kleine Hilfsangebote, wischen zum Beispiel den Korridor im Haus oder sie leihen etwas aus. Das Thema Alter(n) sprechen die Betroffenen kaum von sich aus an, auf Nachfrage wird jedoch meist der Wunsch geäussert, in der eigenen Wohnung verbleiben zu können (vgl. Hösselbarth et al. 2011: 158f.).

2.3 Zusammenfassung

Abhängigkeit verweist auf einen Anpassungsprozess, Sucht auf veränderte Lernmechanismen im Gehirn. Sucht wird im Krankheitsverlauf automatisiert, zwanghaft und

unkontrollierbar (vgl. Société Axess 2009: 11–29). Heroin und Kokain werden häufig konsumiert und besitzen ein hohes Abhängigkeitspotential. Erst mit der Ausbreitung des Drogenproblems erfolgte die politische Reaktion durch die Einführung der vierten Säule Schadensminderung (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2006: 6), die eng mit der Substitutionsbehandlung verbunden ist.  ltere substituierte Klientinnen und Klienten sind in allen Lebensbereichen von erheblichen Schwierigkeiten betroffen und dadurch in ihrer *Handlungsfähigkeit* eingeschränkt. Neben der bleibenden Abhängigkeit durch das Substitut sind sie in den verschiedenen Lebensbereichen auf Unterstützung durch entsprechende Fachstellen und Institutionen angewiesen (vgl. Vogt 2009b: 23). Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass sie häufig von gesellschaftlicher Partizipation ausgeschlossen und mehrfachen Stigmatisierungen *ausgesetzt* waren und sind (vgl. Vogt 2009a: 18). Eine angemessene Betreuung, Begleitung oder gar Integration durch das Helfersystem wird vor diesen biografischen Hintergründen durch den aktiven Rückzug und das Misstrauen der Betroffenen oft erheblich erschwert. Es entsteht ein Dilemma: Die Vermeidung einer Kontaktaufnahme und des Einholens von nötiger Unterstützung verschärfen die Isolation (vgl. Eppler et al. 2011: 190f.).

3. Alter(n)

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die vielfältigen Wahrnehmungen und Bedeutungen von Alter(n), den Alterungsprozess beeinflussende Faktoren sowie im Denken vieler Menschen noch immer vorhandene Stereotypen aufgezeigt. Wie sich diese Lebensphase im Laufe der Zeit entwickelt und verändert hat, verdeutlicht der demografische und strukturelle Wandel, der auch gesellschaftliche Herausforderungen der heutigen Zeit sichtbar werden lässt. Überlegungen zur Bedeutung von *Übergängen* im Leben im Allgemeinen und im Alter sowie zu möglichen Gesundheitsverläufen runden diesen Teil ab. Im zweiten Teil steht die Frage im Zentrum, ab wann beziehungsweise aufgrund welcher Kriterien mit drogenabhängigen Menschen sinnvollerweise das Alter thematisiert werden soll. Unterschiedliche Einschätzungen werden illustriert und die sozialstrukturellen Veränderungen in Bezug zu älteren drogenabhängigen Menschen gesetzt. *Übergangsprozesse* in die Phase des Alters werden von verschiedenen Seiten beleuchtet.

3.1 Alter(n); theoretische Grundlagen und Reflektionen

Alter(n) als Begriff ist in der heutigen Zeit mehrdeutiger und vielschichtiger denn je. Das Alter(n) wird unterschiedlich wahrgenommen und definiert, als Begriff in verschiedensten Kontexten verwendet und mit einer Vielzahl von Konzepten aus den Bereichen der

Soziologie und der Sozialwissenschaften theoretisch dargestellt (vgl. Backes/Clemens 2013: 11–20).

Das Altern ist kein eindimensionaler, sondern ein dynamischer Prozess, der mit immer neuen Herausforderungen verbunden ist. Die Verläufe sind von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst und lebensgeschichtlich geprägt. Ausserdem handelt es sich um einen Vorgang, bei welchem geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich sichtbar werden. Die Verfügbarkeit von Ressourcen wie Beziehungen, finanzielle Mittel und Bildung, führen zu unterschiedlichen Chancen und Risiken in dieser Lebensphase. Obwohl die Endlichkeit des Lebens deutlicher wird, hat das Alter nicht nur eine Vergangenheit, sondern birgt auch aktuelle Lern- und Gestaltungsmöglichkeiten (vgl. Höpflinger 2009: o.S.).

Das Alter kann nach Kalenderjahren gezählt oder – bei andern Menschen – geschätzt werden (vgl. Leyhe 2016: 6). Aufgrund der eigenen Erfahrung oder des Vergleichs mit andern kann sich die Wahrnehmung des Alters und des Alterns verändern. So können zum Beispiel Diskrepanzen zur eigenen körperlichen und psychischen Befindlichkeit entstehen und zu einer unterschiedlichen Bewertung von objektiven Fakten – etwa Beschwerden – und subjektivem Wohlbefinden führen (vgl. Höpflinger 2009: o.S.).

Unzählige Bilder existieren über das Alter, Altwerden und Alt-Sein. Sie beinhalten Aspekte wie Gesundheit, Krankheit und Abhängigkeit, Weisheit, Freiheit, Vergänglichkeit, Sterben und Tod (vgl. Hildebrandt/Kleiner 2012: 15). Altersbilder in Form von Vorstellungen, Informationen, Ansichten und Meinungen beziehen sich meist auf alle Lebensbereiche (vgl. Backes/Clemens 2013: 59) und finden sich auch in andern Kulturen und Zeiten (vgl. Wolter 2011: 29f.). Als kollektive Deutungsmuster werden Altersbilder in öffentlichen Diskursen über das Alter thematisiert und auf organisationaler oder institutioneller Ebene werden damit beispielsweise gesetzlich festgeschriebene Altersgrenzen kommuniziert. Gesellschaftliche Altersbilder basieren auf sogenannten *Alltagstheorien*; persönliche Altersbilder hingegen einerseits auf selbstbezogenen, andererseits auf normativen Überzeugungen. Solche Vorstellungen werden zu Altersstereotypen, wenn alten Menschen bestimmte Eigenschaften, Verhaltens- und Rollenerwartungen zugeschrieben werden, ohne die mannigfaltigen Lebensformen im Alter in Betracht zu ziehen. Diese stereotypen Vorstellungen wiederum wirken stigmatisierend, wenn mit dem kalendarischen Alter weitere gesellschaftlich negativ bewertete Eigenschaften verbunden werden (vgl. Backes/Clemens 2013: 60).

„Der *Stigmatisierungsansatz* wurde im Rahmen der interaktionistischen Theorie zunächst von Erving Goffmann (1997) allgemein rollentheoretisch ausformuliert und dann im *Labeling- oder Definitionsansatz* auf abweichendes Verhalten und Ausgliederungsprozesse hin zugeschnitten.“ (vgl. Backes/Clemens 2013: 147) Stigmatisierungen beziehen sich meist auf sichtbare oder unsichtbare Merkmale wie körperliche Behinderungen, Lebensbedingungen

oder Verhaltensweisen, welche von den vorherrschenden gesellschaftlichen Normen und Werten abweichen. Die mehrheitlich abwertenden Zuschreibungen gründen auf selektiven Wahrnehmungen, die in der Regel von gesellschaftlichen Gruppen mit Abgrenzungs- und Überlegenheitsbedürfnissen interpretiert werden. Stigmatisierungen wirken sich auf Betroffene und deren soziale Umgebung, sowohl auf ihre objektive als auch auf ihre subjektive Lebenssituation aus. Als eine gravierende Folge kann die Übernahme stigmatisierender Vorstellungen in das eigene Selbstkonzept angesehen werden. Von Stigmatisierungen Betroffene handeln mit der Zeit analog zu *Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiungen*, indem sie das entsprechende abweichende Verhalten tatsächlich selbst zu zeigen beginnen und damit zur Bestätigung der stereotypen Vorstellungen beitragen (vgl. Backes/Clemens 2013: 146-148).

Aufgrund der sozialstrukturellen Differenzierung kann heute nicht mehr von einer Randgruppe alter Menschen gesprochen werden kann. Stigmatisierungen sind insbesondere sozial ungleich verteilt und können sich umso besser durchsetzen, je geringer Macht, Status und Bildung der Betroffenen sind. Das Altersstigma kommt in zwei Ausprägungen vor: In einer idealisierenden, welche die mit dem Alter verbundenen Probleme ausblendet, und in einer negativen, welche selbst bei nur geringen Einschränkungen die Person generell pathologisiert. Auch Diskriminierungen finden nicht generell, sondern in Teilbereichen wie auf dem Arbeitsmarkt oder bei medizinischen Behandlungen statt (vgl. ebd.: 149–153).

Historisch gesehen etablierte sich die Vorstellung des Alters als eigenständige Lebensphase als Ergebnis der Industrialisierung; sozialpolitisch wird sie über den Ausstieg aus dem Erwerbsleben und den damit verbundenen *Übergang* ins Rentenalter definiert (vgl. Gasser et al. 2015: 14). Erst mit der Entbindung von der Arbeitspflicht und der ausreichenden finanziellen Absicherung entstand die heutige Bedeutung dieser Lebensphase. Sie gilt normativ und kulturell als Phase der Ruhe und Erholung. Durch die Ausdehnung dieser Phase und die steigende Zahl älterer Menschen wurde diese soziale Gruppe, die über eigene Normen und Werte verfügt, gesellschaftlich relevant und Alter zum gesellschaftlichen Strukturmerkmal (vgl. Backes/Clemens 2013: 11–13). Dieser demografische Wandel führte zu einer sogenannten *Alterung der Gesellschaft* (vgl. ebd.: 321) und damit zur Notwendigkeit verstärkter sozialer Massnahmen, die auf dieses Alterssegment abgestimmt sind. So geht der Bund auf die Lebensphase Alter in seinem „*Strategiebericht für eine schweizerische Alterspolitik*“ ein. Ausgangslage für die Strategie sind die stark veränderten Lebenssituationen und die unterschiedlichen Prozesse des Alterns mit ihren pluralen Formen der Lebensgestaltung. Daraus abgeleitete politische Herausforderungen stellen sich gemäss diesem Bericht auch für die Soziale Arbeit. So sollen die Leistungen und Potenziale der älteren Bevölkerung anerkannt und gefördert und eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht werden. Den individuellen Lebens- und Bedürfnislagen soll Rechnung getragen

und Solidarität gegenüber leistungsfähigen und hilfsbedürftigen älteren Menschen gleichermaßen garantiert werden. Innerhalb der unterschiedlichen Autonomie- und Abhängigkeitsgrade gilt es, die Gefahr von Diskriminierung und geschlechtsspezifischen Unterschieden zu berücksichtigen. Eine Verpflichtung besteht gegenüber gesellschaftspolitischen Zielen wie der Respektierung der Menschenwürde und der Gewährung der freien Entfaltung der Persönlichkeit, wie sie in den allgemeinen Menschenrechten festgehalten sind. Auch im Alter soll Menschen das Recht auf Chancengleichheit und Selbstverantwortung zugestanden werden (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2007: 1–4).

Eng mit dem demografischen Wandel und dessen Herausforderungen zusammenhängend und ebenso zentral für das Verständnis der Lebensphase Alter sind die sozialstrukturellen Veränderungen der letzten Jahrzehnte, die als *Strukturwandel des Alters* bezeichnet werden (vgl. Backes/Clemens 2013: 31). Backes und Clemens beziehen sich auf Hans Peter Tews der 1993 die Merkmale dieses Strukturwandels in fünf Konzepten beschrieben hat. Wenn sich Ältere im Vergleich zu früheren Alterskohorten jünger einschätzen oder ältere Menschen im Arbeitsprozess als *zu alt* bezeichnet werden, subsumiert er diese Phänomene unter dem Konzept *Verjüngung des Alters*. Die *Entberuflichung des Alters* weist auf den veränderten *Übergang* ins Rentenalter hin (vgl. ebd.: 360f.). So ist in den letzten Jahren die berufliche Altersgrenze durch Frühpensionierungen, Arbeitslosigkeit älterer Menschen und Rentenreformen zunehmend zerfasert. Ein klarer Zeitpunkt für den Beginn der Lebensphase Alter kann deshalb nicht mehr allgemeingültig definiert werden (vgl. ebd.: 22). Das Konzept der *Feminisierung des Alters* greift die Geschlechterverteilung auf, die sich durch einen höheren Anteil älterer Frauen auszeichnet und auf charakteristische Merkmale wie Altersarmut und Abhängigkeit verweist. Die *Singularisierung* illustriert den Trend zum Alleinleben mit seinen Konsequenzen, etwa dem erhöhten Risiko von Isolation und Vereinsamung. Das fünfte Konzept der *Hochaltrigkeit* umfasst die Auswirkungen auf die Langlebigkeit, die teilweise bereits in den Konzepten der *Verjüngung* und der *Singularisierung* beschrieben sind. *Hochaltrigkeit* birgt ausserdem erhöhte Risiken wie abnehmende kognitive Fähigkeiten, zunehmende chronische körperliche Erkrankungen und Multimorbidität (vgl. ebd.: 360–362). Menschen werden ab 80 bis 90 Jahren als hochaltrig bezeichnet (vgl. ebd.: 108–110).

Wichtige Umbrüche in einem Lebensbereich, etwa aufgrund einer Ausbildung, einer beruflichen, familiären oder gesundheitlichen Veränderung oder eines Todesfalls, werden als *Übergang* bezeichnet (vgl. Gasser et al. 2015: 20). Ein Übergang beschreibt somit einen Prozess im Lebenslauf, der mit dem Wechsel von Positionen, sozialen Rollen, Beziehungen, Räumen sowie Institutionen und Organisationen verbunden ist (vgl. Karl 2013: 418). Grundsätzlich können Übergänge unterschiedliche Facetten beinhalten, je nachdem ob sie

zeitlich begrenzt oder dauerhaft sind, langsam oder rasch und dicht erfolgen und inwiefern sie die Unabhängigkeit beeinträchtigen (vgl. Karl 2013: 427). Im Alter erleben die meisten Menschen einen solchen Übergang, der oft mit Veränderungen gesundheitlicher Art einhergeht, die entscheidend für einen räumlichen Wechsel sind (vgl. Gasser et al. 2015: 20). Werden dann Hilfe- und Betreuungsleistungen notwendig, müssen sich Betroffene aufgrund der damit verbundenen notwendigen Umstrukturierungen in ihrem Lebenszusammenhang neu orientieren und anpassen. Wie Menschen einen Übergang erleben und bewältigen, hängt neben äusseren Rahmenbedingungen wiederum von ihren individuellen Ressourcen und Voraussetzungen ab (vgl. Karl 2013: 418–423).

Der körperliche Abbauprozess wird als *Fragilisierung* bezeichnet. Forscher vom *Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités* (CIGEV) in Genf haben für diese Prozesse Untersuchungen bei über 80-jährigen Personen vorgenommen, um Veränderungen in Bezug auf Eigenständigkeit und Abhängigkeit einzuordnen. Sie unterscheiden bei den Gesundheitsverläufen im Alter drei *Stati der Gesundheit*. Dabei ist anzumerken, dass nicht alle Menschen sämtliche Phasen durchlaufen und einige wenige bis zum Lebensende nicht von Einschränkungen betroffen sind. Im *Status der Unabhängigkeit* kommen ältere Menschen mit ihren Einschränkungen im Alltag weitgehend alleine zurecht. Im nachfolgenden *Status der Fragilität* sind Einschränkungen in den Bereichen Mobilität, kognitive Kapazitäten, körperliche Beschwerden oder mangelnde Energie vorhanden, die hin und wieder externe Hilfe notwendig machen. Im *Status der funktionellen Abhängigkeit* sind Menschen stark eingeschränkt und von der Hilfe Dritter abhängig, damit sie überleben können. Sie benötigen Unterstützung in den *Aktivitäten des täglichen Lebens*, also beispielsweise bei der Körperpflege, bei der Nahrungszubereitung und -aufnahme und bei der Fortbewegung (vgl. Gasser et al. 2015: 20–22). Die Fragilisierung kann durch kritische Lebensereignisse beschleunigt werden. Solche Ereignisse sind prinzipiell als stressreich anzusehen, weil sie einen Einschnitt im Leben darstellen und zu tiefgreifenden Veränderungen und existentiellen Unsicherheiten führen können. Vulnerable Menschen sind in ihren Möglichkeiten, ein kritisches Ereignis zu bewältigen, eingeschränkt, was wiederum die Fragilisierung begünstigt (vgl. ebd.: 28–32).

Wird im Alter externe Hilfe notwendig, wird am häufigsten Unterstützung im Bereich der Körper- und Wohnungspflege, des Einkaufs, Kochens und der Erledigung von administrativen Aufgaben in Anspruch genommen (vgl. ebd.: 27). Solche Hilfeleistungen werden bei älteren Menschen oft ambulant, von Angehörigen, Haushaltshilfen oder institutionellen Versorgungsketten (vgl. Karl 2013: 420f.) wie Spitex, Mahlzeiten- und Fahrdiensten und von sozialen Beratungsdiensten erbracht (vgl. Backes/Clemens 2013: 314–316). Reicht die ambulante Betreuung nicht mehr aus, müssen sich ältere Menschen mit einem Umzug in die Nähe von Angehörigen oder in ein Heim auseinandersetzen (vgl.

Gasser et al. 2015: 20). Dass Wohnen nicht nur für junge, sondern auch für ältere Menschen von zentraler Bedeutung ist (vgl. Backes/Clemens 2013: 245), zeigt sich auch darin, dass 93 Prozent der über 65-Jährigen und zwei Drittel der über 90-Jährigen noch immer in der eigenen Wohnung leben. Das Wohnen ist für die Erhaltung der menschlichen Identität konstitutiv, weil dieser persönliche Ort Rückzug, emotionalen Schutz und einen eigens gestalteten Alltag ermöglicht (vgl. Hildebrandt 2012: 195–197). Im Alter wird die Wohnung wichtiger, weil die Räume, in denen sich ältere Menschen bewegen, in der Regel kleiner werden, die sozialen Bezüge abnehmen und die körperliche und psychosoziale Beweglichkeit nachlässt (vgl. Backes/Clemens 2013: 246). Somit steigt auch die Bedeutung des Nahraumes mit Nachbarn und der öffentlichen Infrastruktur, etwa Läden, Arztpraxen oder Apotheken. Können diese nicht mehr erreicht werden, birgt dies auch die Gefahr, dass Fähigkeiten verkümmern, die für bisherige Aktivitäten erforderlich waren, und es droht ein Verlust von Selbstvertrauen (vgl. Hildebrandt 2012: 197).

Das Wohnen in einer Institution wird mehrheitlich negativ bewertet. Die Ablehnung resultiert aus Befürchtungen, die zum Beispiel Bevormundung, einen vorgeschriebenen Tagesablauf, zu geringe Rücksichtnahme auf eigene Interessen und Bedürfnisse und den Verlust von Selbständigkeit betreffen können (vgl. Backes/Clemens 2013: 260–262).

3.2 Alter(n) im Kontext von Drogenabhängigkeit

Die Frage, ab welchem Alter bei drogenabhängigen Menschen mit alterstypischen Erscheinungen zu rechnen ist und sich eine entsprechende Auseinandersetzung mit den Betroffenen lohnt, war für mich zu Beginn dieser Arbeit unklar. Eine Anfrage bei Kenneth Dürsteler, der im Forschungsbereich der Universitären Psychiatrischen Klinik in Basel tätig ist und sich intensiv mit substituierten Menschen befasst, ergab keine eindeutige Antwort. Seine Erfahrung, dass alterstypische Einschränkungen ab dem 45. Altersjahr auftreten, deckt sich ziemlich genau mit derjenigen von HEKS-*Wohnen*. Obwohl in der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* durchaus auch jüngere drogenabhängige substituierte Menschen durch gesundheitliche und andere Probleme eingeschränkt sind, zeichnet sich erst bei den über 45-Jährigen eine Übereinstimmung mit typischen Alterungsverläufen ab, was die Notwendigkeit einer entsprechenden Unterstützung impliziert. In der Wissenschaft besteht eine Unklarheit, die daher rührt, dass zu wenig Daten vorhanden sind, um eine klare Einschätzung zu vorzunehmen. So werden in europäischen Studien vorwiegend jene Betroffenen als *älter* bezeichnet, die das 40. Altersjahr erreicht haben, in amerikanischen Studien eher jene ab dem 50. Altersjahr. Der beschleunigte Alterungsprozess steht immer im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen infolge des langjährigen Drogenkonsums (vgl. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010: 7).

Drogenprobleme und -konsum wurden lange Zeit nur mit jugendlichem Leichtsinn assoziiert. So verging in der Praxis und Forschung viel Zeit, bis festgestellt wurde, dass auch Drogenkonsumierende vom demografischen Wandel betroffen sind und entgegen früherer Annahmen auch älter werden (vgl. Vogt 2009b: 20f.). Eine veränderte soziodemografische Klientenstruktur zeigt sich jedoch auch in der *Bedarfsplanung der Behindertenhilfe beider Basel*, auf die im vierten Kapitel noch eingegangen wird. Vor dem Hintergrund der steigenden Zahl älterer Menschen mit einer Beeinträchtigung und/oder einer Suchterkrankung wird ein zunehmender Unterstützungsbedarf ausgemacht, der auf einen zwingend notwendigen Ausbau im Bereich ambulanter Betreuung und stationärer Wohnangebote hinweist (vgl. Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt Basel-Stadt/Bildungs-, Kultur- und Sportdirektion Basel-Landschaft 2013: 19–25).

Das Alter(n) wird von den Befragten der Untersuchungsgruppe je nach persönlicher Situation unterschiedlich wahrgenommen. So äussern viele bereits mit 45 Jahren, dass sie aufgrund starker Müdigkeit nicht mehr arbeiten oder andere Dinge erledigen mögen. Tritt eine weitere gesundheitliche Einschränkung ein und sie werden auf eine daraus resultierende Überforderung in Bezug auf eine bestimmte Tätigkeit angesprochen, winken die Betroffenen gerne ab und geben sich als jung und selbständig aus. Solche Wahrnehmungen verweisen auf eine alterstypische Diskrepanz zwischen dem kalendarischen Alter und der körperlich-psychischen Verfassung (vgl. Höpflinger 2009: o.S).

Vergleicht man die im vorangegangenen Kapitel diskutierten sozialstrukturellen Veränderungen des Alters mit den Verläufen bei diesen Klientinnen und Klienten, fällt auf, dass bei ihnen eine *Entberuflichung* viel früher als in der Allgemeinbevölkerung oder gar nicht stattfindet. Viele von ihnen gingen nie oder schon längere Zeit keiner regulären Arbeit mehr nach. Zur *Feminisierung* kann aufgrund der geringen Anzahl Frauen in der ambulanten Wohnbegleitung keine Aussage gemacht werden, auch die *Verjüngung* ist im untersuchten Zusammenhang schwierig zu beurteilen. Hingegen trifft die *Singularisierung* bei den Betroffenen sowohl im Sinne von *alleinlebend* als auch von *alleinstehend* zu. Erschreckend ist, dass damit wesentliche Merkmale der *Hochaltrigkeit* und die damit verbundenen Risiken bei den meisten dieser Klientinnen und Klienten bereits gegeben sind.

Grundsätzlich beinhaltet der Übergang ins Alter bei älteren drogenabhängigen substituierten Menschen dieselben Aspekte und Herausforderungen wie bei der Allgemeinbevölkerung. Infolge der Substitution, des schneller verlaufenden Alterungsprozesses und der zunehmenden Komplexität ihrer Erkrankungen im Alter ist eine umfassende medizinische Versorgung unabdingbar (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 101). Eine solche Versorgung ist auch nach einem kritischen Ereignis unbedingt angezeigt, beispielsweise zieht ein Sturz in der Regel – auch nach einem Spitalaufenthalt – externe Hilfeleistungen nach sich. In Anbetracht der Lebens- und Bedürfnislage der Klientinnen und Klienten

könnten aus Sicht von HEKS-*Wohnen* Spitexdienste für die Körper- und Wohnungspflege sowie Mahlzeiten und Fahrdienste passende Unterstützung erbringen.

Dass die Gestaltung solcher Veränderungs- und Übergangsprozesse in der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* oft schwierig und mit viel Unzufriedenheit verbunden ist, hat mit verschiedenen Faktoren zu tun. Die Klientinnen und Klienten sind zwar in verschiedene Hilfesysteme eingebunden, haben sich damit mehr oder weniger arrangiert, ein gewisses Misstrauen gegenüber nicht vertrauten Menschen bleibt jedoch spürbar. Wird in einer Übergangsphase aufgrund eines kritischen Ereignisses eine zusätzliche externe Hilfe wie die Spitex notwendig, so lehnen die Betroffenen diese nicht nur ab, sondern leisten aktiven Widerstand. Dieser äussert sich in abwehrendem oder aggressivem verbalem oder körperlich ausfälligem Verhalten, vermehrtem Alkohol- oder Drogenkonsum oder in einem Rückzug. Wie Dürsteler et al. darlegen, steht in solchen Konstellationen der notwendige Hilfebedarf ihren Autonomiebestrebungen diametral entgegen. Auch in der Allgemeinbevölkerung ist die Phase, in der sich die Eigenständigkeit im Alter reduziert, häufig konfliktreich. Dass sich die Abwehrreaktionen in der Übergangsphase bei älteren substituierten Betroffenen verschärft zeigen, kann auf den frühen Unterstützungsbedarf sowie mangelnde soziale Beziehungen zurückgeführt werden. Weitere Gründe sind traumatische Ereignisse, negative Erfahrungen mit dem Helfersystem und die Angst vor neuen Abhängigkeiten (vgl. ebd.: 103). Die Betroffenen stellten in solchen Situationen klar, dass sie selbständig seien und ihre Wohnungen behalten wollten. Konnte in Gesprächen die Notwendigkeit einer Unterstützung durch die Spitex und/oder eines anderen Dienstes aufgezeigt werden, kam es eigentlich immer zu einem Auftrag. Im weiteren Verlauf erinnerten sich die Klientinnen und Klienten aber bald nicht mehr an die vereinbarten Termine mit den neuen Diensten, öffneten ihnen aus Angst oder Scham die Türe nicht und waren auch telefonisch nicht erreichbar. Es folgte meist eine Aufhebung des Vertrages mit dem externen Dienst und die Betroffenen kritisierten nachträglich, dass sie die wechselnden Betreuungspersonen und die Notwendigkeit, immer wieder auf dieselben Fragen antworten und sich erklären zu müssen, nicht ertragen hätten. Eine hohe Beziehungskontinuität in der Betreuung ist für sie ein sehr wichtiger Faktor (vgl. Westermann/Witzerstorfer 2011: 226).

Die Gründe für diese Schwierigkeiten liegen jedoch nicht nur bei den Klientinnen und Klienten von HEKS-*Wohnen*, sondern auch bei verschiedenen Diensten und Einrichtungen. So lässt sich insgesamt feststellen, dass die Betroffenen bei solchen Gelegenheiten häufig mehrfachen Stigmatisierungen, insbesondere aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit, ihres Alters, der Einnahme von Psychopharmaka, Depressionen, der Substitutionsbehandlung und ihrer Armut, *ausgesetzt* sind. Weiter zeigt sich, dass – neben Vorurteilen und diffusen Ängsten – Leistungserbringer wie Pflegedienste oft nicht ausreichend sensibilisiert sind und sich im Umgang und mit dem Verhalten von substituierten Klientinnen und Klienten nicht

auskennen. Dies führt nicht nur zu falschen Erwartungen, sondern auch zu Konflikten und in der Folge häufig zum Abbruch der Dienstleistung (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 112f.).

Kann die notwendige Hilfe deshalb nicht geleistet werden oder verschlechtert sich der Zustand der Betroffenen weiter, ist eine Überweisung in eine enger betreute Wohnform in der Regel unumgänglich. Doch hier setzen sich die Schwierigkeiten fort. Ein Eintritt in eine enger betreute spezialisierte Einrichtung für Drogenabhängige kommt für die Betroffenen häufig nicht in Frage, weil damit negative Erinnerungen und Erfahrungen von früheren Aufenthalten in Institutionen verbunden sind oder sie von anderen nur Schlechtes gehört haben. Auch einen Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim lehnen sie ab. Sie argumentieren, dass sie dort wahrscheinlich kein eigenes Zimmer bekämen und viel jünger als die Heimbewohnerinnen und -bewohner seien – was oft zutrifft und daher nachvollziehbar und verständlich ist. Wie Vogt ausführt, sind Vorurteile und Ängste des Personals gegenüber den Klientinnen und Klienten entscheidende Gründe, warum Eintritte in Alters- und Pflegeheime nicht zustande kommen. Das deutet darauf hin, dass die Betroffenen erfahrene Stigmatisierungen verinnerlicht haben und dem Ausschluss selbst Folge leisten (vgl. Vogt 2009a: 21).

Im Raum Basel liegt auf Seiten von spezialisierten Einrichtungen häufig das Problem vor, dass eine lange Warteliste besteht und selbst für akute Fälle keine Plätze vorhanden sind (vgl. Dürsteler-MacFarland/Schmid/Vogel 2009: 8), während die meisten Alters- und Pflegeheimen weder konzeptionell noch räumlich oder personell auf ältere drogenabhängige substituierte Menschen eingestellt sind (vgl. Vogt 2009a: 21).

Als mögliche Massnahmen werden in der Fachliteratur spezialisierte Wohnformen für ältere Drogenabhängige vorgeschlagen, geleitet von Fachkräften aus dem medizinischen und sozialen Bereich (vgl. ebd.: 21f.). Die Schulung von Pflegepersonal in Bezug auf Vorurteile und den Umgang mit diesen Menschen sowie eine bessere Vernetzung zwischen Betreuungspersonen und verschiedenen Diensten werden ebenfalls gefordert (vgl. DürstelerMacFarland et al. 2011: 114). Solche Lösungsansätze sind unbedingt zu unterstützen und voranzutreiben. Zurzeit sind entsprechende Angebote aber noch ungenügend vorhanden, und bei HEKS-*Wohnen* sind die Möglichkeiten einer erweiterten Begleitung durch die Leistungsvereinbarung beschränkt.

3.2 Zusammenfassung Alter(n)

Das Alter(n) ist als Phänomen sehr vielfältig und in der heutigen Zeit keine aussagekräftige Kategorie mehr (vgl. Backes /Clemens 2013: 18). Als Phase hat es sich in den vergangenen Jahrzehnten ausgedehnt, die Lebenserwartung ist deutlich gestiegen (vgl. Gasser et al.

2015: 14) und auch drogenabhängige Menschen erreichen ein höheres Alter (vgl. Vogt 2009b: 21). Die unterschiedlichen Lebenslagen im Alter ergeben sich nicht nur aus individuellem Verhalten und gesellschaftlichen Verhältnissen, sondern haben auch mit Bedingungen und Ressourcen zu tun, welche im Verlauf des Lebens vorhanden waren und dank denen sich ein Mensch mehr oder weniger entfalten konnte (vgl. Gasser et al. 2015: 34). So altern drogenabhängige Menschen aufgrund ihrer belastenden *Karriere* und deren gesundheitlichen Folgen deutlich schneller als die Allgemeinbevölkerung (vgl. Vogt 2009a: 18). Mit dem demografischen Wandel gingen auch sozialstrukturelle Veränderungen einher und verweisen auf die Unbestimmtheit der Altersphase (vgl. Backes/Clemens 2013: 359). Im Vergleich zur gleichaltrigen *gesunden* Bevölkerung sind die älteren drogenabhängigen substituierten Klientinnen und Klienten von *HEKS-Wohnen* bereits ab dem 45. Altersjahr *entberuflicht*, alleinstehend, alleinlebend und von den Merkmalen und Risiken der *Hochaltrigkeit* betroffen.

Im Alter ziehen meist gesundheitliche oder andere kritische Ereignisse zu bewältigende Übergänge nach sich. Solche Übergänge können mit der Notwendigkeit externer Unterstützungsleistungen oder einem Wechsel im Wohnbereich verbunden sein (vgl. Gasser et al. 2015: 20). In solchen Situationen sind neue Lebensentwürfe gefragt, denn die Autonomie und das Leben in der eigenen Wohnung wird von den meisten älteren Menschen nicht nur gewünscht, sondern auch verteidigt. Lösungen braucht es auch in Bezug auf die soziale Ungleichheit, die sich in unterschiedlichen Handlungsspielräumen zeigt (vgl. Backes/Clemens 2013: 363f.). Diese sind in der Untersuchungsgruppe von *HEKS-Wohnen* stark eingeschränkt. Die Problematik der Stigmatisierung wird im Alter deutlicher sichtbar und wirkt sich negativ auf ihre Versorgung aus (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 113f.). Massnahmen sind auch im Hinblick auf eine verbesserte Zusammenarbeit verschiedener medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienste, den Ausbau spezifischer Wohnmöglichkeiten und die Beachtung der Rechte und Würde aller Betroffenen erforderlich (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2007: 15–52).

4. Ambulante Wohnbegleitung am Beispiel von *HEKS-Wohnen* beider Basel

Ambulante Wohnangebote unterscheiden sich von stationären und bieten für unterschiedliche Bedarfe Wohnmöglichkeiten an. *HEKS-Wohnen* ist ein Angebot von vielen und wird in diesem Kapitel vorgestellt, da es unter anderem Menschen mit einer Drogenabhängigkeit eine professionelle Wohnbegleitung anbietet (vgl. *HEKS-Wohnen* beider Basel 2016g: 1).

4.1 Unterscheidung ambulanter und stationärer Angebote

Obwohl sich wahrscheinlich jeder Mensch wünscht, in einer eigenen Wohnung zu leben, ist dies aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenzen nicht immer möglich. Neben einer Pflegebedürftigkeit können auch körperliche oder psychische Behinderungen eine dauerhafte oder vorübergehende Betreuung und Begleitung erforderlich machen.

Ambulante Wohnangebote beinhalten das betreute Wohnen in einer eigenen Wohnung oder in einer Wohngemeinschaft. Für das Einzelwohnen kommen Personen in Betracht, welche in hohem Masse selbständig sind oder für die ein Leben in einer Wohngemeinschaft nicht geeignet ist. Das Fachpersonal leistet stundenweise Assistenz, welche vorwiegend in organisationalen Belangen des Alltags angezeigt ist. In Wohngemeinschaften verfügen die Bewohnerinnen und Bewohner in der Regel über ein eigenes Zimmer, teilen sich jedoch Küche, sanitäre Einrichtungen und Gemeinschaftsräume. Sie werden vom Fachpersonal auch in hauswirtschaftlichen Belangen unterstützt.

In den Bereich stationärer Angebote fallen Wohnstätten, Wohn- und Pflegeheime. Sie sind auf die speziellen Bedürfnisse der dort lebenden Menschen ausgerichtet, etwa ganz allgemein auf das Leben im Alter, das Leben mit einer Behinderung oder mit einer Suchterkrankung. Betreuungs- und Pflegeleistungen im Lebensalltag werden dort rund um die Uhr angeboten (vgl. Werner 2015: 15–17).

4.2 Rahmenbedingungen und Organisationspraktiken von HEKS-Wohnen

HEKS-Wohnen ist ein Dienstleistungsbetrieb der Stiftung HEKS, des Hilfswerks der Evangelischen Kirchen Schweiz. Es ist Teil der HEKS-Regionalstelle beider Basel, deren Leitung unterstellt, richtet sich nach dessen Leitbild und ist in die Strategie, das Monitoring und die Evaluation von HEKS eingebunden (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016b: 1). Im Leitbild von HEKS werden das Selbstverständnis, Mandate, Arbeitsgrundsätze, Partnerschaften und Werte thematisiert (vgl. HEKS 2003: o.S.). HEKS orientiert sich an christlichen Werten und den universellen Menschenrechten; diese Grundüberzeugungen prägen die Betriebskultur und sind für das Handeln von zentraler Bedeutung (vgl. HEKS 2010: o.S.). In Ergänzung zum Leitbild von HEKS berücksichtigen die Leitsätze von HEKS-Wohnen spezifische Gegebenheiten des Angebotes wie etwa die Arbeitsweise und angestrebte persönliche Haltungen gegenüber den Klientinnen und Klienten (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016e: 1).

HEKS-Wohnen wird im Rahmen der Suchtpolitik der vierten Säule der Schadensminderung zugeordnet, da sie als eine dieser Massnahmen darauf abzielt, die negativen Folgen des

Drogenkonsums in Grenzen zu halten. Die Einschätzung des kantonalen Bedarfs derartiger Wohnangebote sowie das Controlling obliegt der Abteilung Behindertenhilfe (vgl. Abteilung Sucht 2015: 39–49).

Das Angebot von HEKS-*Wohnen* richtet sich an Personen aus der Region Basel, welche das 25. Altersjahr erreicht haben und auf Unterstützung im Bereich Wohnen angewiesen sind, weil sie wohnungslos sind oder in einer unzumutbaren oder gefährdeten Wohnsituation leben. Es ist auch als Nachsorge nach einem Aufenthalt in einer stationären oder therapeutischen Einrichtung anerkannt. Hauptzielgruppe sind Menschen mit einer Suchtproblematik, nach Absprache werden auch Menschen mit andern Beeinträchtigungen aufgenommen. Drogen- und Alkoholabstinenz sind keine Bedingungen, beim Konsum von Heroin ist die Teilnahme an einem Substitutionsprogramm jedoch zwingend. Ziel von HEKS-*Wohnen* ist es, Menschen beim Erhalt der Wohnung und der Vermeidung von Obdachlosigkeit zu unterstützen und ihnen – unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen und Bedürfnisse – zu einer nachhaltigen Gestaltung eines gelingenden und stabilen Lebensalltags zu verhelfen (vgl. HEKS-*Wohnen* beider Basel 2016g: 1).

Das Konzept von HEKS-*Wohnen* beinhaltet die Programme *WohnDomizil*, bei dem neben der Wohnbegleitung eine Wohnung von HEKS-*Wohnen* in Untermiete angeboten wird, und *WohnAssist*, welches eine Wohnbegleitung für Personen mit einer eigenen Wohnung ermöglicht. Die finanzielle Unterstützung, Art, Umfang und Qualität der Leistungen sind mittels Leistungsverträgen mit den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft geregelt (vgl. HEKS-*Wohnen* beider Basel 2016e: 1). Das bedeutet, dass die Anzahl der möglichen Begleitungen von Personen sowie die Kostenansätze für die monatliche Anzahl Begleitstunden und somit die Einstufungen limitiert sind. Auf der höchsten Stufe darf der gesamte Arbeitsaufwand pro Fall maximal sechzehn Stunden pro Monat, auf der niedrigsten Stufe maximal vier Stunden pro Monat betragen. In einem Bedarfsnachweis muss die *Indikationsstelle*, eine anerkannte externe Fachstelle oder Institution, welche mit der Situation der Klientin, des Klienten vertraut ist, die Notwendigkeit einer Wohnbegleitung begründen. Der Bedarfsnachweis gilt somit als Auftrag an HEKS-*Wohnen* und wird mit einem Gesuch um eine Kostenübernahmegarantie an das Amt für Sozialbeiträge beziehungsweise mittels Kostengutsprache gesuch an die entsprechende Sozialhilfebehörde eingereicht. Für die Wohnungsmiete legt das Amt für Sozialbeiträge eine Höchstgrenze fest, die Sozialhilfe definiert eigene Ansätze, welche in der Regel um einige hundert Franken tiefer liegen. HEKS-*Wohnen* muss deshalb bei der Suche nach Wohnungen, die sie für Klientinnen und Klienten in Untermiete zur Verfügung stellt, diesen Kostenrahmen berücksichtigen. Die Klientinnen und Klienten mit einer IV-Rente müssen ihre Ergänzungsleistungen abtreten oder einer Geldverwaltung zustimmen, damit Miete und Begleitungskosten direkt beglichen werden können. Die Sozialhilfe überweist die Gelder für

Miete und Wohnbegleitung direkt an HEKS-Wohnen (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016d: 1–5). HEKS-Wohnen ist den beiden Kantonen gegenüber verpflichtet, Auskunft zu erteilen und jährlich einen Bericht zu erstatten (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016e: 1–3).

Neben diesen Kooperationspartnern ist HEKS-Wohnen auch mit anderen Anbietern im selben Segment, sozialen, gesundheitlichen und medizinischen Fachstellen und Organisationen aller Art, sowie mit Liegenschaftsverwaltungen vernetzt. Die Zusammenarbeit wird für den fachlichen Austausch, für eine optimale Unterstützung der Klientinnen und Klienten und die Gestaltung der eigenen Arbeit intensiv genutzt (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016f: 1f.).

Interessierte Personen müssen sich für eine Wohnbegleitung schriftlich anmelden. Ein Eintritt ist grundsätzlich möglich, wenn eine freie Wohnung zur Verfügung steht beziehungsweise personelle Kapazitäten vorhanden sind. Vor der Aufnahme werden angemeldete Personen zu zwei Vorstellungsgesprächen eingeladen, bei denen es darum geht, ihre Motivation, ihre Ziele und ihre Einschätzung der eigenen Kompetenzen zu klären und die Bedingungen der Wohnbegleitung zu erläutern. Sind die Voraussetzungen von beiden Seiten erfüllt, kann eine Aufnahme erfolgen (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016g: 2). Nach der Aufnahme in *WohnDomizil* erhalten die Klientinnen oder Klienten einen sogenannten *Unterbringungsvertrag*, in welchem das Mietverhältnis mit seinen Rechten und Pflichten festgehalten ist. Im Programm *WohnAssist* wird ein Wohnbegleitungsvertrag über den Rahmen der Begleitung ausgestellt. Eine Fachperson des Teams übernimmt als Bezugsperson die Begleitung der Klientin, des Klienten. Eine weitere vertragliche Regelung erfolgt innerhalb der ersten zwei Monate mittels einer *Vereinbarung*. Diese wird in einem Gespräch mit der Klientin, dem Klienten, der Fachperson der Indikationsstelle und der Bezugsperson von HEKS-Wohnen besprochen und beschreibt Ziele und Erwartungen der Beteiligten, die Zusammenarbeit mit den involvierten Fachstellen und die detaillierte Regelung des Datenschutzes und der Schweigepflicht gegenüber Dritten. Im Verlauf der Wohnbegleitung wird in Standortgesprächen mit denselben Beteiligten die Entwicklung, Zielerreichung und Intensität der Begleitung diskutiert und bei Bedarf angepasst (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016c: 1–4).

Bei den Besuchen der Bezugsperson in der Wohnung der Klientinnen und Klienten geht es inhaltlich um Themen rund ums Wohnen im engeren Sinne wie etwa den Umgang mit der Wohnung, das Zusammenleben im Haus, die Erledigung von persönlicher Administration und Post, um die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben sowie um persönliche Perspektiven und die Übergangs- oder Krisenbewältigung (vgl. HEKS-Wohnen beider Basel 2016g: 1f.). Je nach Bedarf werden Schwierigkeiten mittels Gesprächen oder durch eine Begleitung ausserhalb der Wohnung, etwa durch einen Gang zu einer Behörde, eine

Besichtigung eines Beschäftigungsangebotes oder einen Einkauf, angegangen (vgl. HEKS-*Wohnen* beider Basel 2016c: 2). Die Erfahrung zeigt, dass die Klientinnen und Klienten durch die Wohnbegleitung mehr Stabilität in ihrem Leben erreichen. Dennoch sind nicht alle Betroffenen in der Lage, selbständig zu wohnen, weshalb die Dauer der Wohnbegleitung zeitlich unbegrenzt ist. Beide Parteien können die Wohnbegleitung unter Einhaltung der Kündigungsfrist kündigen. HEKS-*Wohnen* kündigt die Wohnbegleitung und die Wohnung, wenn die Grundvoraussetzungen durch die Klientin, den Klienten, nicht mehr erfüllt werden. Diese beinhalten die Einhaltung der Hausordnung, das Einhalten der vereinbarten Termine mit der Wohnbegleitung, die Absprachefähigkeit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit – bei Bedarf auch mit externen Dienstleistern wie der Spitex (vgl. HEKS-*Wohnen* 2016g: 2f.).

5. Lebensbewältigung

Im ersten Teil dieses Kapitels, das im Wesentlichen den Ansatz von Lothar Böhnisch thematisiert, wird aufgezeigt, welche gesellschaftlichen Veränderungen durch den Individualisierungsprozess als Konsequenz beschleunigter ökonomischer und sozialer Arbeitsteilung in Gang gesetzt wurden. Die Auswirkungen des Individualisierungsprozesses sind nicht nur in allen Bereichen des Lebens, sondern auch in der Sozialen Arbeit spürbar und stellen diese immer wieder vor besondere fachliche Herausforderungen. Die eigentlichen Grundlagen des Konzepts von Lothar Böhnisch werden im zweiten Teil des Kapitels vorgestellt. Die Begriffe der *Betroffenheit* und der *kritischen Lebenssituationen* leiten über zum Konzept der *Lebensbewältigung* mit seinen drei Dimensionen. Das Anschlusskonzept *Lebensalter* ermöglicht es, aus einer weiteren Perspektive Bewältigungsanforderungen abzuleiten und auszuformulieren. Auf dieser Grundlage wird verständlich, wie schwierige Situationen von Betroffenen eingeordnet werden, und wie die beschriebenen Arbeitsprinzipien und Methoden zu einer gelingenden Unterstützung beitragen können.

5.1 Von der Normalisierung zur Entgrenzung – Paradigmenwechsel in der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit hat sich in der sogenannten Ersten Moderne neben der Familie und Schule als dritte Sozialisationsagentur erfolgreich etabliert. Mit dem Ausbau des Sozialstaates konnte sie ihre Infrastruktur ausdehnen und wurde mit ihrem Repertoire für den Umgang mit sozialen Problemen anerkannt und zunehmend sozialstaatlich institutionalisiert. Im Mittelpunkt der Sozialisationskonzepte des 20. Jahrhunderts stand die Konstruktion eines *Normallebenslaufs* mit typischen Entwicklungen und Verlaufsmustern.

Normale Sozialisationsverläufe waren einerseits anhand der Altersphasen von der Kindheit bis ins Alter und andererseits durch funktionelle und geschlechtstypische Zuordnungen strukturiert. Diese rahmenden Erwartungen bildeten die Vorgabe für einen *gelungenen* linearen beziehungsweise für einen *abweichenden* Lebenslauf (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 8–11).

Doch – „Die soziale Welt ist eine andere geworden.“ (Böhnisch 2012: 9) Anstelle von Normalitätsentwürfen stehen seit Beginn des 21. Jahrhunderts *Entgrenzungen* im Zentrum sozialpädagogischer Diskussionen und kennzeichnen, als Merkmal der sogenannten Zweiten gegenüber der Ersten Moderne, die Soziale Arbeit in der heutigen Zeit. „Normalisierte Strukturen lösen sich auf oder vermischen sich mit neuen, Grenzen verschwimmen, neue tun sich auf.“ (Böhnisch 2012: 11). Aus ehemals linearen *Entweder-oder*-Lebensläufen werden nun Lebensläufe, die auf der Grundlage von *Sowohl-als-auch*-Strukturen konstruiert sind. Individualität wird in der Sozialisation der Zweiten Moderne als Chance bezeichnet, und dabei wird verschwiegen, dass sie auch den Zwang zur Selbstorganisation enthält. Entgrenzt sind auch die Bildung, welche zeitlich nicht mehr umrahmt, und die Erwerbsarbeit, die längst nicht mehr dauerhaft gesichert ist, wodurch sich die traditionellerweise mit ihnen verknüpfte lebensgeschichtliche Identität ebenfalls auflöst. Dennoch sind die Normalitätserwartungen und Regulationsformen der Ersten Moderne noch immer präsent (vgl. Böhnisch/Schröer 2013:11f.).

Entscheidend für diese Entgrenzung ist die durch die digitale Revolution angetriebene Globalisierung. Die Zielsetzung des digitalen Kapitalismus bezieht sich auf ökonomische Werte und ein global zirkulierendes Finanzkapital; kulturelle und soziale Traditionen von nationalen Gesellschaften finden darin keinen Platz. Als *Entbettung* wird denn auch der Prozess bezeichnet, in welchem ökonomische Standortentscheidungen im weltweiten Wettbewerb ohne Rücksicht auf lokale Gewohnheiten und soziale Verhältnisse getroffen werden. Machbarkeit, Marktfähigkeit und Mithalten lauten die Slogans. In der bedingungslosen Logik des Kapitals ist die soziale Welt permanent Veränderungen unterworfen, die in einem atemberaubenden Tempo vonstattengehen und die flexible Arbeitskräfte erfordern, die sich dem Produktionsrhythmus in zunehmend prekären Arbeitsverhältnissen unterwerfen, um den Umsatz weiter zu steigern (vgl. Böhnisch 2012: 9–11). Die Grenzenlosigkeit und Unübersichtlichkeit des globalen Kapitalmarktes ist für den sozial eingebundenen Menschen nicht begreifbar, die durch die Marktmechanismen produzierten Krisen jedoch folgeschwer spürbar (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 65). So zeigen sich Paradoxien wie erschwerte Übergänge in das Erwerbsleben nach langjähriger Ausbildung, Armut trotz Erwerbstätigkeit (vgl. ebd.: 14f.) und Unsicherheiten, zum Beispiel darüber, welches Wissen sich anzueignen noch lohnt, in welchen Bereichen überhaupt noch Chancen bestehen und ob man als Mensch noch etwas wert sei (vgl. Böhnisch 2012: 259f.).

Biografische Brüche, Integrationsprobleme und prekäre Lebenssituationen betreffen nicht mehr nur die Ränder, sondern haben die Mitte der Gesellschaft erreicht (vgl. Böhnisch 2012: 13).

Auch die vom Sozialstaat garantierten sozialen Rechte und Leistungen gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern werden zunehmend umgebaut (vgl. Böhnisch/Schröer 2013:12f.). Die Kriterien der Zumutbarkeit werden nicht mehr im Verhältnis zu Ansprüchen, sondern im Verhältnis zu Kosten formuliert. Mit den neoliberalen sozialpolitischen Prinzipien, die davon ausgehen, dass jeder Mensch für sein soziales Schicksal selbst verantwortlich ist und deshalb auch keinen Anspruch auf Hilfe hat, droht die sozialstaatliche Balance aus dem Gleichgewicht zu geraten. Dabei ist keinesfalls zu kritisieren, dass die Fähigkeiten und Kompetenzen von Menschen gefordert und gestärkt werden sollen. Vielmehr soll hier auf die Problematik hingewiesen werden, dass der Anspruch auf die soziale Hintergrundsicherheit durch den Sozialstaat zurückgedrängt wird und diese Sicherheit für viele immer weniger spürbar ist (vgl. Böhnisch 2012: 12). Die von den Menschen gefühlte Ungerechtigkeit führt zu einem Unmut gegenüber der *Gerechtigkeitspolitik* des Sozialstaates, die daraus entstehenden Aggressionen werden jedoch meist auf Menschen mit einem sozial geringeren Status projiziert (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 65–67).

Durch die Entgrenzungen werden laufend neue Orientierungs- und Bewältigungsprobleme für die Menschen *freigesetzt*. Das bedeutet, dass auf gesellschaftliche Sicherheiten und Möglichkeiten kein Verlass mehr ist. Neue Optionen werden zwar eröffnet, aber deren Einlösung bleibt ungewiss. Aus den herkömmlichen Integrationsformen herausgelöst sind die Menschen nun angehalten, selbst Wege zu finden, auf denen sie die Herausforderungen bewältigen und handlungsfähig bleiben können (vgl. Böhnisch 2016: 91).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Soziale Arbeit und Sozialpädagogik ihr Selbstverständnis aus der industriekapitalistischen Arbeitsteilung ableiten. Die ursprünglich eigenständigen Disziplinen sind heute miteinander verbunden und reagieren mit ihren Interventionen auf menschliche Bewältigungsprobleme, die aus gesellschaftlich bedingter Desintegration entstanden sind (vgl. Böhnisch 2012: 31f.). Auch der Sozialbereich gerät zunehmend in den Sog der Entgrenzung, es zeichnen sich Verschiebungen ab und eine neue Ordnung hält Einzug, die mit der geforderten Flexibilität des neuen Kapitalismus kompatibel ist. Effizienz und ökonomische Kriterien sind ebenso gefragt wie innovative passgenaue Handlungsansätze (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 12f.). Die Dienste der Sozialen Arbeit werden für die Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme jedoch nach wie vor benötigt (vgl. Böhnisch 2012: 34). Vor allem gegenüber dem Sozialstaat ist die Soziale Arbeit herausgefordert, ihr berufliches Handeln fachlich und politisch einzubringen und ethisch zu begründen (vgl. ebd.: 13). Die an oberster Stelle stehende Menschenwürde sozialpädagogischen Handelns und auf sie bezogene Menschenrechte reichen für eine

Berufsethik und berufsspezifische Begründung jedoch nicht aus. Um den anvertrauten Klientinnen und Klienten bessere Lebensbedingungen zu ermöglichen, ist die Soziale Arbeit auch herausgefordert, ihr Konzept für eine *erreichbare soziale Gerechtigkeit* zu thematisieren. In einem solchen Konzept sollen nicht nur Zugänge zu Lebenschancen formuliert werden, sondern als Ziel auch die Befähigung von Menschen, sich kommunikativ einbringen zu können, denn nur damit können alle Bürgerinnen und Bürger ihre Rechte und Leistungen einfordern. Um die *soziale Integration*, die Sicherung des sozialen Zusammenhalts der Gesellschaft, zu ermöglichen, ist nicht nur die sozialpädagogische Infrastruktur, sondern auch die aktuell gefährdete, sozialstaatliche Hintergrundsicherheit unentbehrlich (vgl. Böhnisch 2012: 31–43). Nicht vergessen werden darf, dass die sozialen Errungenschaften auch zu den Grundlagen sozialer Nachhaltigkeit gehören (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 68). Wenn diese Errungenschaften nicht mehr gesichert sind, kommt es immer wieder zu Problemen der Desintegration (vgl. Böhnisch 2016: 202).

Die Klientinnen und Klienten von HEKS-*Wohnen* sind von dieser Dynamik nicht ausgeschlossen, sondern mit ihr aufgewachsen; sie haben ihre Folgen in verschiedenen Altersphasen auf unterschiedliche Art und Weise zu spüren bekommen. In ihren jeweiligen Situationen nehmen sie den gesellschaftlichen Erwartungsdruck besonders stark wahr, da sie den gängigen Normen nicht entsprechen können. Immer wieder zeigt sich, dass sie gesellschaftlichen Anforderungen gegenüber hilflos sind und nicht wissen, wie sie darauf reagieren können. Auf die sozialpädagogische Infrastruktur sind sie ebenso angewiesen wie auf Hintergrundsicherheiten.

5.2 Das Konzept der Lebensbewältigung

Das Konzept der *Lebensbewältigung* von Lothar Böhnisch ist von unterschiedlichen Seiten inspiriert. Bezüglich der Geschlechterreflexivität und der sozialen Diagnose war die feministisch orientierte Sozialarbeit wegweisend (vgl. Böhnisch 2012: 24–26). Die Theorie der Abspaltungszwänge von Menschen, die aus Ohnmacht und Hilflosigkeit resultieren, ist den Arbeiten des Psychoanalytikers Arno Gruen entnommen. Eingeflossen sind Erkenntnisse des Kinder- und Jugendtherapeuten Donald W. Winnicott, der aus antisozialem Verhalten verborgene widersprüchliche Botschaften entschlüsselte, welche dem Verstehen dieser psychosozialen Zustände dienen. Die Anregungen zum Gesamtmodell stammen aus der Wiener Individualpsychologie der 1920er Jahre. Der Begriff der Individualpsychologie verweist auf den Menschen als Einheit von Psyche und Sozialität (vgl. Böhnisch 2016: 48f.). Die Individualpsychologie betont, dass sich die psychosozialen Antriebskräfte des Menschen auf den sozialen Austausch und die gesellschaftliche Umwelt auswirken, Menschen also eng mit der Gemeinschaft verbunden sind. Die individualpsychologische Sozialarbeit zeichnete

sich dadurch aus, dass sie die biografischen Erfahrungen der Klientinnen und Klienten in ihre Diagnostik einbezog. Für die Interventionen wurde jeweils eine Matrix aus Biografie und sozialem Umfeld angelegt und daraus eine passende Methode abgeleitet (vgl. Böhnisch 2012: 26f.). Das Konzept der *Lebensbewältigung* integriert diese verschiedenen Ansätze und bezieht die alltäglichen Herausforderungen für Menschen in der heutigen Zeit mit ein (vgl. Böhnisch 2016: 48–54).

Grundlegend für die Soziale Arbeit ist in diesem Konzept der Schlüsselbegriff *Betroffenheit*. Damit ist gemeint, dass die Klientinnen und Klienten von sozialer Benachteiligung, Gewaltverhältnissen, sozialer Ausgrenzung und einem damit einhergehenden Mangel an Ressourcen *betroffen* sind. *Betroffen-Sein* äussert sich bei Menschen als *biografische Befindlichkeit*, durch ein Leiden werden soziale Probleme also verkörpert. *Betroffenheiten* lassen sich nicht einfach schuldhaftem Verhalten des Einzelnen zuschreiben, sondern müssen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Probleme eingeschätzt und sozial zugeordnet werden. Erst dann kann das individuelle *Betroffen-Sein* und der Drang nach *Handlungsfähigkeit* analysiert werden. Handlungsfähig sind Menschen dann, wenn sie sich sozial anerkannt und in ihrem Selbstwert gestärkt fühlen und wenn sie etwas bewirken können (vgl. ebd.: 20). *Betroffen-Sein* und Befindlichkeit sind emotionale Tatbestände, sozial geprägt und beziehen sich auf das Verhalten von Menschen. Sie kommen ethnisch unterschiedlich sowie geschlechtsdifferent zum Ausdruck. Um Klientinnen und Klienten zu verstehen, gilt es, ihre emotionale Befindlichkeit mit den sozialen Hintergründen, die sich im biografischen Lebenslauf finden, zu verknüpfen (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 19).

Mit dem *Biografiekonzept* wird die Einzigartigkeit der *Betroffenheit* erfasst (vgl. Böhnisch 2012: 24). Es zeigt auf, wie ein Mensch, der im individuellen Lebenslauf immer wieder den sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungskonstellationen *ausgesetzt* ist, *biografisch* handelt (vgl. ebd.: 59). Biografien können so als eine Art Aufschichtung von Bewältigungserfahrungen gesehen werden, die durch kritische Lebensereignisse ausgelöst wurden (vgl. ebd.: 46f.). Wie ein Mensch in seinem Lebenslauf und mit zunehmendem Lebensalter *biografisch geworden* ist, stellt die entscheidende Bezugsdimension für das Konzept der *Lebensbewältigung* dar. Im Lebenslauf wird nicht die traditionelle Rollenübernahme, sondern die *Selbstthematizierung*, der biografische Prozess, abgebildet, der folglich als kontinuierliche oder diskontinuierliche Lebensführung im Lebenslauf bezeichnet werden kann. Die Biografie ist mit dem Lebenslauf eng verknüpft. Dies zeigt sich an der Tatsache, dass sich in Lebensläufen, obwohl sie gleichermassen vorgezeichnet wie gestaltbar sind, sozialstrukturelle Hintergründe und soziale Ungleichheiten im Verlauf des Lebens immer wieder durchsetzen, auch wenn sie aktuell-situativ verdeckt sind. Das bedeutet, die soziale Herkunft und der soziale Rückhalt sind entscheidend dafür, wie eine kritische Situation bewältigt wird. Die momentane aktuelle Befindlichkeit eines Menschen gibt

weder darüber Auskunft, noch sagt sie, ob er sich insgesamt in einer riskanten oder gefährdeten Lage befindet. Die biografische Rekonstruktion des Lebenslaufs ist für das Bewältigungskonzept bedeutsam, weil sie wichtige Hinweise zu Lebensthemen und Antrieben gibt, beispielsweise zu Versuchen zur Erlangung von Handlungsfähigkeit. Vorhandene kulturell erworbene Ressourcen und Potentiale sind später für die Unterstützung der Wiedergewinnung von Handlungsorientierung wichtig (vgl. Böhnisch 2012: 59–61).

Betroffen-Sein ist in der Regel in eine *kritische Lebenssituation* eingebettet. Das können Übergänge in einen anderen Lebensabschnitt, Verluste von nahestehenden Menschen, Überforderungen in Beruf und Beziehung, Sucht, Krankheiten und Zustände der Sorge und Ungewissheit sei. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass betroffene Menschen nicht mehr in der Lage sind, Schwierigkeiten im Leben aus eigener Kraft zu bewältigen, ihre bisherigen körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen verloren gegangen oder nicht mehr ausreichend vorhanden sind, um wieder ein Gleichgewicht herzustellen. Ein Ungleichgewicht verweist darauf, dass Betroffene psychisch und sozial desintegriert oder isoliert sind. Dabei fühlen sie sich *ausgesetzt*, also ausgeliefert. Eine kritische Lebenssituation stellt demnach eine Stresssituation dar, in der sich Betroffene unwohl und bedrängt fühlen und dies auch körperlich spüren. Die Situation ist ausser Kontrolle geraten und für Betroffene daher unübersichtlich und rational nicht mehr kalkulierbar. Die im menschlichen Körper von der kognitiven Vernunft relativ unabhängigen Antriebskräfte streben in einer solchen Krisensituation nach einem inneren Gleichgewichtszustand, um die funktionalen Einschränkungen wieder in den Griff zu kriegen. Wird dieses Modell psychosozial erweitert, erscheint die Suche nach einem Gleichgewicht sozial ausgerichtet, jedoch psychosomatisch angetrieben. Es kommt ein Automatismus in Gang, der die Unausgeglichenheit um jeden Preis beheben will (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 19–21).

Das Konzept der *Lebensbewältigung* bezieht sich insbesondere auf Bewältigungsprobleme in kritischen Lebenssituationen (vgl. ebd.: 25). „Die Perspektive Lebensbewältigung mit ihren zentralen Komponenten *Selbstwert, soziale Anerkennung, Selbstwirksamkeit und dem darauf gerichteten Streben nach Handlungsfähigkeit* strukturiert den Alltag und die Biografien aller Menschen.“ (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 25) Übergänge von der sogenannten Normalwelt zu prekären Bewältigungssituationen, wie sie in der Sozialen Arbeit angetroffen werden, sind fließend. In kritischen Lebenssituationen können jedoch Bewältigungssituationen entstehen, welche die Betroffenen selbst nicht mehr steuern können, weil das Bewältigungsverhalten psychodynamisch vielfach zurückgebunden ist. Das Konzept der *Lebensbewältigung* lässt sich in einem Modell mit drei Dimensionen darstellen (vgl. ebd.: 25f.). Böhnisch spricht von der *psychodynamischen, der sozial-interaktiven und der sozialstrukturell-sozialpolitischen* Sphäre.

In der ersten Dimension des Modells, der *psychodynamischen Sphäre*, geht es um das psychosoziale Streben nach Handlungsfähigkeit und die damit verbundene Frage, weshalb die Menschen in einer kritischen Lebenssituation sich so verhalten, wie sie es tun (vgl. Böhnisch 2016: 13–20). Biografische Handlungsfähigkeit will sozial verwirklicht werden, auch wenn sie den gegebenen gesellschaftlichen Rahmen nicht finden kann. Soziale Anerkennung kann im Kontext kultureller gesellschaftlicher Normen jedoch auch in Auffälligkeitsverhalten gesucht werden und Selbstwirksamkeit kann sowohl in sozialer Partizipation als auch in antisozialen Verhalten⁴ bis hin zu Gewalt gleichermaßen gespürt werden (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 26–31). Hinter einem solchen abweichenden Verhalten stehen Botschaften der Hilflosigkeit, des Unvermögens, die eigenen Bedürfnisse zu regulieren und eine Balance herzustellen (vgl. Böhnisch 2016: 21). Dieses Unvermögen entsteht dann, wenn Anpassungserwartungen und -zwänge sehr hoch sind und zugleich von der sozialen Umwelt eigene Bedürfnisse kaum oder nie wahrgenommen wurden und in der Folge unterdrückt und gefürchtet werden (vgl. Böhnisch 2012: 48f.). Gelingt es Menschen nicht, die eigene Hilflosigkeit zu *thematizieren*, weil sie in ihrer bisherigen Biografie nie die Chance hatten und es nicht lernen konnten, entwickelt sich eine massive Selbstwertstörung (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 30). *Thematizieren* von Hilflosigkeit meint dabei nicht nur das Aussprechen, sondern auch den sozial-interaktiven Vorgang des Mitteilens und damit des Anknüpfens von Beziehungen bis zum Herstellen sozialer Netzwerke (vgl. Böhnisch 2016: 21f.). Eine innere Dynamik zwingt Betroffene, denen das Thematizieren nicht gelingt, dazu, ihre Hilflosigkeit auf andere zu projizieren, sie an anderen oder an sich selbst auszulassen. Wird dieses Verhalten zum einzigen Bewältigungsmittel, spricht man von *Abspaltung* (vgl. Böhnisch 2012: 48f.).

Bei der *Abspaltung* stehen Menschen unter einem somatischen Druck, der nach einem Ausgleich verlangt, um die Hilflosigkeit zu kompensieren, die nicht besprochen werden kann. Das in der Folge abgespaltene Verhalten kann sich gegen *aussen* richten und in unterschiedlichen Formen zeigen, die von einer Verweigerungshaltung bis hin zu körperlicher oder psychischer Gewalttätigkeit reichen können. Äusseres Abspaltungsverhalten entzieht sich der Selbstkontrolle, die Handlung geschieht unbewusst. Die Opfer werden zu *Trägern der eigenen Hilflosigkeit* gemacht und deshalb gedemütigt, abgewertet, geschlagen – gemeint ist mit dieser Ausdrucksweise jedoch das eigene Selbst. Die Abspaltungsdynamik ist emotional aufgeladen und führt durch das antisoziale Verhalten

⁴ Böhnisch verwendet in seinem Konzept den Begriff *antisozial* anstelle von *dissozial*. Gemeint ist das Verhalten von Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, nach sozialen Regeln zu leben, sozialen Pflichten nachzukommen, die oft bindungsschwach sind und sich schwer in andere hineinversetzen können. Sie werten andere eher ab und sehen sich dabei nicht im Unrecht. Sie sind teilweise gewalttätig, zeigen eher aggressive Haltungen, oft auch regressives (Rückzugs-)Verhalten (vgl. Böhnisch 2016: 18).

zu einer Entspannung und Entlastung. Es ist oft das letzte Mittel, um Anerkennung, Selbstwirksamkeit und Selbstwert zu erlangen (vgl. Böhnisch 2016: 21–24).

Bei der *inneren Abspaltung* wird die eigene Hilflosigkeit nach *innen* gerichtet. Das abgespaltene Selbst ist von Selbsthass gezeichnet, da die betroffenen Menschen in ihrem Leben meist Abwertung erfahren und keine Anerkennung erhalten haben. Auch hier läuft ein automatisierter unbewusster Projektionsvorgang ab, bei dem Aufmerksamkeit und gefühlte Anerkennung durch extreme Auffälligkeit gesucht wird. Die Betroffenen üben verschiedenen Formen von Gewalt an sich selbst aus: Selbstverletzungen, Ernährungsstörungen, Medikamentenmissbrauch; auch Depressivität kann ein Ausdruck innerer Abspaltung sein. Der Körper kann dabei als äusseres Objekt verwendet werden, um beispielsweise die Erinnerung an in der Kindheit Erlebtes abzutöten. Zur gewünschten Entspannung für die Betroffenen führen die Offenlegung der Selbstverletzung und das damit verbundene Entsetzen und die dramatische Aufmerksamkeit der sozialen Umwelt. In der Sozialen Arbeit begegnen Fachpersonen auch verdeckten, aber nicht minder problematischen Abspaltungsformen: Dem Sich-Entwerten, der erzwungenen Selbstisolation, der Unterwerfung gegenüber anderen, dem Aushalten von Demütigungen und dem Zwang zum Schweigen über die eigene innere Not (vgl. ebd.: 24–26).

Dass antisoziales und selbstdestruktives Verhalten nicht als negativer Akt, sondern als Hilferuf verstanden werden soll, mag paradox erscheinen. Winnicott wies jedoch in den 1980er Jahren darauf hin, dass im abweichenden Verhalten von zurückgewiesenen und überforderten Menschen, denen die legitimen Zugänge zu sozialer Zuwendung verschlossen sind, auch eine Hoffnung enthalten ist. Es ist die unbewusste Hoffnung, durch das Erregen von Aufmerksamkeit auf die eigene Lage hinzuweisen und ein Hilfeangebot zu erhalten (vgl. ebd.: 31f.). Es handelt sich also um ein ambivalent strukturiertes Verhalten, denn hinter abgespaltenen Verhaltensäusserungen kann sich immer auch ein entgegengesetzter Antrieb, die verwehrte Sehnsucht nach gefühlter Geborgenheit, Akzeptanz und Anerkennung verbergen (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 23).

Die zweite Dimension, die *sozial-interaktive Sphäre*, beschreibt die *Bewältigungskulturen* wie Familie, Gruppen, Arbeitswelten, Schulen und Medien. Das Bewältigungsverhalten von Menschen ist durch die sozial vermittelte Bewältigungskultur – und damit durch persönliche und soziale Beziehungen – stark geprägt. Sie gibt die Art und Weise des Umgangs mit Schwierigkeiten und verschiedenen Themen vor und enthält entsprechende Chancen oder Verwehrungen, das bedrohte Selbst zu thematisieren (vgl. ebd.: 31). In diesem Zusammenhang wird auch der Begriff *Milieu* häufig verwendet. Damit ist die soziale Herkunft, die Schichtzugehörigkeit oder das Wohnquartier gemeint, aus dem Menschen stammen und dem sie sich zugehörig fühlen. In der Sozialen Arbeit dient das Erfahrungswissen dazu, Klientinnen und Klienten vorab einzuschätzen und auf ihr Auftreten

und ihre Reaktionen reagieren zu können. Dieses Wissen gründet auch auf der Hypothese, dass die soziale Umgebung, in der Menschen aufwachsen, ihr Verhalten prägt. Die Milieuherkunft äussert sich im Bewältigungsverhalten, also in der Art des Über-Sich-Sprechens, der Körpersprache und des Konfliktverhaltens, das sich in der Hilfebeziehung zeigen und diese auch prägen kann (vgl. Böhnisch 2016: 55).

Nachfolgend wird die Bewältigungskultur der Familie dargestellt, da alle älteren substituierten Klientinnen und Klienten in einer Familie aufgewachsen sind oder zumindest einige Jahre in der Herkunftsfamilie gelebt haben und teilweise auch Eltern sind.

In der Sozialen Arbeit stammen viele Menschen aus Familien, in denen sie immer wieder Gewalt- und Zwangsverhältnissen ausgesetzt waren. Dabei blieb ihnen die Möglichkeit, ihre innere Befindlichkeit, ihre Hilflosigkeit und das Ausgesetzt-Sein auszusprechen, meist verwehrt. Die Gefühle wurden jahrelang unterdrückt, verschwiegen, bis der innere Abspaltungsdruck sie schliesslich in abweichendes Verhalten zwang (vgl. ebd.: 61).

Die Grundprobleme in solchen Familien haben oft mit struktureller Überforderung zu tun. So wird in der zunehmend rationalisierten Arbeitswelt eine hohe Flexibilität gefordert, gleichzeitig schwinden soziale Bindungen, Rückhalt, Gegenseitigkeit und Vertrauen. Der Druck der Gesellschaft auf die Familie hat zugenommen; sie soll ersetzen, was die Gesellschaft nicht mehr leisten kann. Im Zuge der Individualisierung ist die Familie gefordert, die unterschiedlichen Einzelinteressen ihrer Mitglieder zu diskutieren und Kompromisse auszuhandeln; sie ist eine intime Gruppe *Bedürftiger*, die zugleich aufeinander angewiesen und untereinander gespalten sind (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 32).

Demgegenüber besteht in der Öffentlichkeit zum Teil noch immer die Vorstellung einer heilen Familienwelt, die mit der Forderung verbunden ist, dass die in der sozialen Umwelt erlittenen Enttäuschungen und Überforderungen in der Familie auskuriert werden müssten. Alle Mitglieder sollten demnach im familiären Kreis bedingungslos anerkannt und in ihrer Persönlichkeit gestärkt werden. Familien werden so oft zum Gefäss eines *Ausnahmezustandes*: Der eigene private Raum wird mit den Schwierigkeiten der rationalen, rechtsverbindlichen, gesellschaftlichen Aussenwelt durchzogen. Es entsteht ein bis zur Unkenntlichkeit vermisches Verhältnis von Abhängigkeit, Ausbeutung, Übergriffen, Liebe, Nähe, Vertraulichkeit und Bedürftigkeit. Infolge mehrfacher Belastungen wie Arbeitslosigkeit, Armut oder Sucht stehen Familien immer wieder unter dem Druck, nach aussen Normalität herzustellen, obwohl ihnen die Fähigkeit, die Beziehungen unter ihren Mitgliedern zu gestalten, abhandengekommen ist. Dieser Druck besteht auch, wenn Eltern ihre familiäre Rolle nicht ausfüllen oder nicht mehr aufrechterhalten können, weil sie selbst als Erwachsene keine Anerkennung mehr erhalten. Je bedrohter und desolater der Zusammenhalt in der Familie ist, desto mehr klammern sich die einzelnen Mitglieder oft an ihre Vorstellung der heilen Familie. Problematisch wird es, wenn die im privaten Raum der

Familie wahrgenommene Überforderung und die daraus entstandene Bedürftigkeit weder innerhalb noch ausserhalb der Familie besprochen werden kann und sich keine anderen Entlastungsmöglichkeiten anbieten. Die Hilflosigkeit und der Abspaltungsdruck können in solchen Fällen innerfamiliär in unterschiedliche Formen von Hass, Ausgrenzung, Machtmissbrauch und Gewalt umschlagen (vgl. Böhnisch 2016: 57–59).

Die dritte Dimension im Konzept der *Lebensbewältigung* von Lothar Böhnisch umschreibt die *sozialstrukturell-sozialpolitische Sphäre* und verweist mit ihrer Bewältigungsperspektive auf die gesellschaftliche Rückbindung der diskutierten Problematiken. In der Reihenfolge der drei Dimensionen von Böhnischs Konzept, der *psychodynamischen*, der *sozial-interaktiven* und der *sozialstrukturell-sozialpolitischen*, lässt sich so die Ableitungsreihe *Entgrenzung, Freisetzung, Bewältigung* fassen. Damit soll verdeutlicht werden, dass durch den Strukturwandel der modernen Gesellschaft kritische Hintergrundkonstellationen freigesetzt werden, die allgemeine Bewältigungsprobleme und -zwänge entstehen lassen, mit denen individuell-biografisch umgegangen wird (vgl. ebd.: 90–92).

Soziale Arbeit und Sozialpolitik definieren die Verbesserung sozial riskanter Lebensverhältnisse und ungleicher Lebenschancen als gemeinsames Ziel, orientieren sich jedoch unterschiedlich. Die Sozialpolitik verschafft sich ihre Orientierung über soziale Strukturen durch quantitative und qualitative Berichterstattung wie Sozialstatistiken, Armuts-, Gesundheits- und Altersberichte (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 40). In ihnen wird nicht in erster Linie nach der individuellen Situation, sondern nach der *Lebenslage* gefragt und mit Bezug zur Sozialstruktur der Gesellschaft aufgezeigt, wie sich gesellschaftliche Entgrenzungen bei unterschiedlichen Lebensverhältnissen zeigen. Die verfügbaren Ressourcen wie Einkommen, Bildung, Wohnqualität und soziale Vernetzung stellen wichtige Faktoren dar, um das Leben mit seinen Spielräumen – etwa Teilhabechancen – zu bewältigen und zu gestalten. Gleichzeitig werden Grenzen und Risiken dann sichtbar, wenn Ansprüche zurückgedrängt und Zumutbarkeiten erhöht werden. Dass *Lebenslagen* und Bewältigungskulturen miteinander verknüpft sind, zeigt sich daran, dass ein niedriges Einkommen, geringe Bildung und enge Wohnverhältnisse nicht nur die Ressourcen einschränken, sondern sich auch auf das Bewältigungsverhalten negativ auswirken. So wächst in sozial marginalisierten Milieus der Druck zur Abspaltung (vgl. Böhnisch 2016: 93).

Die Soziale Arbeit stellt ähnliche Grundfragen wie die Sozialpolitik, nimmt dabei jedoch die Perspektive ihrer Klientinnen und Klienten mit ihren biografischen Ausformungen sozialer Risiken als Ausgangspunkt ihrer Interventionen. Sie kann rechtliche und ökonomische Verhältnisse nicht direkt beeinflussen, jedoch das sozialpolitische Konzept der *Lebenslage* für die eigene Arbeit nutzen, indem sie dieses Hintergrund- und Bezugswissen in ihre Theorie einbettet. Mit dem Konzept der *Bewältigungslage* lassen sich Spielräume im sozialen und kulturellen Bereich erfassen, die gestaltbar sind und die Handlungsfähigkeit der

Betroffenen verändern können. Als Zugang zu den *Lebenslagen* dienen die Mittel *Sprache*, *Beziehungen*, *Zeit* und *Raum*. Anhand des Modells der *Lebensbewältigung* liess sich erkennen, dass Abspaltungszwänge entstehen, wenn die Möglichkeit fehlt, Hilflosigkeit zu thematisieren. Dies ist aber nur möglich, wenn *Betroffenheiten* als soziale Probleme anerkannt und nicht dem Einzelnen angelastet werden. Betroffene müssen deshalb nach Anerkennung und Unterstützung im sozialen Umfeld sowie nach Abhängigkeitsverhältnissen, in denen Hilflosigkeit und negative Zuschreibungen erzeugt werden, befragt werden. Dabei ist auch die Zeitdauer wichtig, in denen sich Schwierigkeiten verfestigt und die Klientinnen und Klienten sich mit der Situation arrangiert haben. Die sozialräumliche Dimension als eine Bedingung von Handlungsfähigkeit zeigt an, wo Betroffene Chancen hatten oder es ihnen verwehrt war, sich in ihrer sozialen Umwelt einzubringen. Um methodisch die möglichen Spielräume der Betroffenen zu aktivieren und zu erweitern, damit sie ihre Situation bewältigen können, setzt das Modell die vier eng miteinander verknüpften Dimensionen des *Ausdrucks*, der *Abhängigkeit*, der *Aneignung* und der *Anerkennung* ein (vgl. Böhnisch 2016: 92–95.).

Der Begriff *Ausdruck* bezeichnet das soziale Medium der *Sprache*, die dazu dient, eigene *Betroffenheit* auszusprechen, thematisieren zu können. *Sprache* dient auch der Auseinandersetzung mit sich selbst und mit andern, also dazu, Beziehungen herzustellen sowie Rückmeldungen und Anerkennung zu erhalten. *Abhängigkeiten* können überall dort entstehen, wo Menschen aufeinander angewiesen sind. Strukturelles Aufeinander-angewiesen-Sein geht immer mit einer Spannung zwischen sozialer Differenzierung und Integration einher und ist eine zentrale Voraussetzung für die Stabilität der Gesellschaft und ihre sozialen Interaktionen. Solche Strukturen finden sich in der Arbeitswelt, in Familien, in Schulen, aber auch in der Sozialen Arbeit. Um konfliktreiche Spannungen zu vermeiden, ist eine ausgeglichene Balance zwischen Abhängigkeit und Eigenständigkeit notwendig. Abhängigkeiten bestehen auch in Zwangs- und Gewaltverhältnissen, die sich in Entwertung, Stigmatisierung, faktischer Entmündigung, Ausschluss von Teilhabe oder Verlust von Optionen zeigen und damit die *Bewältigungslage* einschränken (vgl. ebd.: 95–101). *Aneignung* bezeichnet den Prozess der sozialräumlichen Integration und ist somit auch identitätsstiftend. In allen Alterslagen suchen Menschen ihnen entsprechende soziale Räume, um Beziehungen zu pflegen und an der Gesellschaft teilhaben zu können (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 51f.). *Anerkennung* durchzieht alle Dimensionen der *Bewältigungslage* und ist im unbedingten Streben nach biografischer Handlungsfähigkeit enthalten. Es geht darum, wahrgenommen und entsprechend integriert zu sein (vgl. Böhnisch 2016: 97–99).

5.2.1 Lebensbewältigung und Lebensalter

Aus der Perspektive des *Lebensalter*-Konzepts können weitere Schlüsse über Faktoren gezogen werden, die den biografischen Lebenslauf beeinflussen, weil lebensalterstypische gesellschaftliche Erwartungen, Abfolgen und Hierarchien für die jeweiligen Altersphasen bestehen, nach denen Menschen ihr Leben in der Kindheit, Jugend, im Erwerbsalter und Alter führen und organisieren sollten. Übergänge und Wendepunkte bei der Einschulung, Arbeitssuche, Verluste und Altersübergänge setzen immer Bewältigungsanforderungen frei. Im Strukturwandel der heutigen Arbeitsgesellschaft erodieren *Normalbiografien* und Übergänge finden nicht mehr in der institutionalisierten Abfolge der Lebensalter statt. Übergänge sind dann kritisch, wenn die gesellschaftlich-normativen Vorstellungen von Lebensalter und Lebenslauf und das subjektive Lebensempfinden in der jeweiligen Lebensphase auseinanderzuklaffen beginnen. Die normative Vorstellung der Lebensalter entgrenzt, Übergänge finden nicht in der vordefinierten Abfolge statt, ihr Ausgang ist offen und es ist nicht absehbar und gesichert, in welche soziale Lage die Entwicklung führt. Übergangsunterstützende Sozialarbeit bedeutet nicht nur Begleitung, wenn die Bewältigungsdynamik einen antisozialen oder selbstdestruktiven Sog erzeugt, sondern erfordert auch eine Auseinandersetzung und Strategien, die der altersspezifischen Lebenslage der Betroffenen entsprechen (vgl. Böhnisch 2012: 61–65).

Für die älteren substituierten Klientinnen und Klienten von *HEKS-Wohnen* steht nach einem kritischen Ereignis ein Übergang in die Lebensphase Alter im Fokus. Die Herausforderungen, die in dieser Lebensphase anstehen, werden nachfolgend mit der *Lebenslage Alter* und der *Bewältigungslage* verknüpft.

Die Bestimmung der *Lebens-* und *Bewältigungslage Alter* ist heute schwieriger geworden, weil diese Lebensphase zwar eine neue gesellschaftliche Bedeutung gewonnen hat, die soziale Wirklichkeit dieser jedoch nicht entspricht. Die *Lebenslage Alter* zeichnet sich durch Diskrepanzen aus, die für viele Menschen einschneidend sind: Das Alter ist noch immer rollenlos, obwohl biografische Optionen vorhanden wären, und eine zunehmende *soziale Spaltung des Alters* verweist darauf, dass ein steigender Anteil älterer Menschen an erweiterten Lebensmöglichkeiten teilnehmen kann, während andere davon ausgeschlossen bleiben (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 127). Zu verweisen ist auch auf das dem Alter anhaftende Stereotyp des zunehmend eingeschränkten Menschen, der vor allem hohe Kosten verursacht und nicht mehr gebraucht wird (vgl. Böhnisch 2012: 262f.). Das Alter ist durch den besonderen Zeitbezug charakterisiert, dass das Leben *endlich* ist, und es wird durch die gelebte Zeit, die Biografie, die prägend weiterwirkt, mitbestimmt. Eine plötzliche gesundheitliche Einschränkung kann den Übergang ins Alter im Zeiterleben besonders abrupt, als *Zeitbruch*, erscheinen lassen. Körperliche und psychische Befindlichkeiten

bestimmen nicht nur das Risiko, in eine pflege- und unterstützungsbedürftige Abhängigkeit zu geraten, sondern auch die Bewältigungsspielräume. Die Gewichtung des Raumes verlagert sich, der Wohnraum wird zum Lebensmittelpunkt, der Zugang zur sozialräumlichen Nahwelt und damit verbundene Beziehungen gewinnen an Bedeutung, wenn es darum geht, Isolation, Vereinsamung und Ausschluss zu vermeiden. Um die *Bewältigungslage* auszubalancieren, gilt es auch hier, die Befindlichkeit zur Sprache zu bringen, und damit dies möglich ist, muss die *Lebenslage* anerkannt werden. Die Soziale Arbeit ist deshalb darauf verwiesen, Möglichkeiten zu schaffen, mithilfe derer alte Menschen Anerkennung erhalten, damit Abhängigkeiten reduziert und der Ausdruck gefördert wird, indem Eigenständigkeit und Mitbestimmung zugelassen werden. In der *Aneignungsdimension* sollen Menschen dabei unterstützt werden, sich wieder zu integrieren und – wo nötig – räumlich neu zu orientieren und im zeitlichen Bezug auch den Lebenssinn zu thematisieren (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 127–130).

5.3 Arbeitsprinzipien und Methoden der Lebensbewältigung

Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind in der alltäglichen Praxis als *ganze Personen* involviert. So sind sie nicht nur in den Hilfeprozess eingebunden und persönlich aufgefordert sich darauf einzulassen, sondern sie werden von den Klientinnen und Klienten auch als Menschen erfahren, die ihnen in ihrer Biografie als etwas Besonderes begegnen. Dadurch entsteht ein emotionales Spannungsfeld, das mit professionellen Distanzierungs- und Kontrolltechniken nicht neutralisierbar ist. Neben der professionellen Rolle, die sich auf Funktionen bezieht, die durch Gesetz, Beruf und Fachlichkeit bestimmt sind, entwickelt sich in der Arbeitsbeziehung auch eine emotionale Gegenseitigkeit von Betroffenheit und *Berührtsein*. Fachpersonen sollten diese Tatsache nicht nur in die eigene Reflektion einbeziehen, sondern müssen sich in der direkten Verständigung mit den Klientinnen und Klienten darüber bewusst sein, *wie* sie sich einbringen. Da sie in der Regel aus einem anderen Milieu stammen, andere Lebensstile und Lebenserfahrungen mitbringen, sollten sie die Betroffenen weder mit ihrem eigenen Persönlichkeitsbild beeinflussen, noch ihre eigenen Verhaltensmassstäbe als Richtschnur verwenden. Denn sie können nie sicher davon ausgehen, dass sie die genauen Umstände kennen und mit dem eigenen Blick der Lebenswelt der Betroffenen gerecht werden. Dennoch müssen sie Klientinnen und Klienten *verstehen* und ihr Verhalten, in seiner Bedeutung für sie, einschätzen (vgl. Böhnisch 2012: 303f.).

Ziel der sozialpädagogischen Intervention ist die Wiederherstellung einer Handlungsfähigkeit, mit der sich die Klientinnen und Klienten psychosozial stabilisieren und

ihren Alltag sozialverträglich und subjektiv befriedigend organisieren können. Dieser *einfachen* steht die *erweiterte Handlungsfähigkeit* gegenüber, mit der die Betroffenen an sozialen Netzwerken partizipieren und Unterstützungsmöglichkeiten aktiv wahrnehmen und einschätzen können. Für den handlungspraktischen Zugang ist in der Perspektive der *Lebensbewältigung* prinzipiell eine *akzeptierende Haltung* angezeigt. Abweichendes Verhalten muss nicht unbedingt gutgeheissen, die Bedeutung ihres Verhaltens jedoch grundsätzlich akzeptiert und ihre Person *als Mensch anerkannt* und wertgeschätzt werden. Sich *verstehend* auf sie einzulassen, gelingt mit Empathie, echtem Interesse für ihre Persönlichkeit und der Annahme, dass in ihnen schlummernde Potentiale vorhanden sind (vgl. Böhnisch 2016: 105f.).

Damit eng verbunden ist die Arbeitsmethode des *Beobachtens*, welche die emotionale Fähigkeit erfordert, den eigenen Stereotypen zu widerstehen und nicht schon im Voraus glauben zu wissen, *was los sei*. Es braucht den Dialog, um das individuelle Bewältigungsverhalten und dessen Hintergründe zu thematisieren, schwierige Bewältigungskonstellationen sowie Stärken und Schwächen zu erkennen (vgl. Böhnisch 2012: 304f.). Wenn Menschen bei zentralen Konfliktthemen und infolge schwerer Traumatisierungen buchstäblich sprachlos sind, können Bilder und Fotos hilfreich sein, damit sie sich ausdrücken können. Brüche, Veränderungen und Überforderungen können oft besser aus der Perspektive der Kindheit dargestellt werden, weil einem Kind ein Schutzbedürfnis eher zugebilligt wird. So wird *verstehen* möglich (vgl. Böhnisch 2016: 111). Indem Fachpersonen an der Situation der Betroffenen *teilnehmen*, kann das für die Arbeitsbeziehung notwendige Vertrauen aufgebaut werden (vgl. Böhnisch 2012: 305f.).

Immer wieder wird davon gesprochen, dass Fachpersonen ihre Klientinnen und Klienten *aushalten* müssen. Gerade in Situationen, in denen Betroffene gegenüber Fachpersonen, die ihnen Hilfe anbieten, aggressiv werden, besteht die Möglichkeit, dass es sich um das Phänomen der *Übertragung* und *Gegenübertragung* handelt, Abspaltung also auf Fachpersonen projiziert wird. Aus der Bewältigungsperspektive ist die Reaktion der Fachpersonen auf solche Aggressionen entscheidend: Sie impliziert, den Betroffenen gegenüber zu signalisieren, dass sie in ihrer Hilflosigkeit nun nicht mehr alleine dastehen und sie – die Fachperson – verspürte Demütigungen nachvollziehen kann. *Aushalten* bedeutet, mit solchen Situationen umgehen zu können, darf jedoch nicht dazu führen, dass sich die Fachperson der Klientin oder dem Klienten ausgeliefert fühlt (vgl. Böhnisch 2016: 110f.). Im persönlich-emotionalen Bezug ist es nicht nur wichtig, *Distanz wahren* zu können, sondern auch *Grenzen zu setzen* (vgl. Böhnisch 2012: 305f.).

Das Prinzip der *Geschlechterreflexivität* ist für das Modell der *Lebensbewältigung* von der Analyse bis zur methodischen Arbeit unabdingbar (vgl. ebd.: 307). Bewältigungsverhalten in kritischen Lebenssituationen sollte geschlechtsdifferent betrachtet und die *soziale* von der

geschlechtstypischen Haltung, dem *Habitus*, unterschieden werden. Der *soziale Habitus* verweist auf das *Diversitätsprinzip* und damit auf die jeweilige soziale Herkunft der Betroffenen, auf ethnische Zugehörigkeit, Alter und Wohnquartier, in aller Vielfalt und Unterschiedlichkeit (vgl. Böhnisch 2016: 32–34). Frauen und Männer können sich also aufgrund ihrer sozialen Herkunft sehr unterschiedlich fühlen und verhalten. Es stehen ihnen daher auch nicht alle Zugänge gleichermassen offen, weil durch die vielfältigen Hintergründe Selbstbestimmung und Zwang unterschiedlich bestimmt sind (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 144f.). Der *Geschlechterhabitus* bezieht sich auf das System der geschlechtshierarchischen Arbeitsteilung, in dem Erwerbsarbeit immer noch höher gewichtet wird als Beziehungsarbeit. Dieses System wird in den alltäglichen Interaktionen zwischen den Geschlechtern symbolisch reproduziert. Frauen nehmen sich in der öffentlichen Sphäre tendenziell zurück, während Männer oft ein bereits in der frühen Kindheit erworbenes Überlegenheitsgefühl und Dominanzstreben mitbringen. Beide Verhaltensweisen sind gesellschaftlich und kulturell tradiert. Diese Typologie soll Frauen und Männern nicht einfach bestimmte Fähigkeiten zuschreiben oder gar Geschlechterstereotypen verstärken. Vielmehr geht es um das Erkennen von weiblichen und männlichen Bewältigungsprinzipien (vgl. Böhnisch 2016: 32–44).

Zahlreiche Befunde zeigen, dass bei der Bewältigung von kritischen Lebenssituationen die Kategorie Geschlecht, quer durch alle Schichten und Ethnien, deutlich hervortritt. Dabei zeigt sich, dass bei Männern die Orientierung am *Funktionierenmüssen* alle Lebensbereiche durchzieht. Sie neigen eher zu rationalen Denkweisen und Erklärungen, definieren sich mehr über Leistungen und Taten: Durch sie erleben sie sich als wirksam, erhalten Anerkennung und stärken ihr Selbstwertgefühl. Da Männer eher aussenorientiert sind, haben sie oft Mühe, Empathie oder Fürsorglichkeit zu zeigen. Ihre Gefühle halten sie aufgrund von Angst vor einem Kontrollverlust häufig zurück, verlieren dadurch jedoch den Bezug zu sich selbst. Die männliche Eigenart der *Stummheit* äussert sich darin, dass Männer zwar über vieles reden, jedoch nicht über die eigene Befindlichkeit. Im Alltag gehört dieses Verhalten zur Normalität; es wird gar gesellschaftlich verlangt. Zum Verhängnis wird es jedoch, wenn Männer mit kritischen Lebensereignissen konfrontiert sind. Wenn mit einem kritischen Ereignis bisherige Unterstützungsmöglichkeiten weggefallen, die Männer im Laufe ihrer Biografie die nötigen Kompetenzen, aus einer Krise herauszufinden, nicht erworben haben, drängen sich ihre Ängste und Empfindungen nach aussen, werden abgespalten. Frauen tendieren in kritischen Lebenssituationen dazu, ihre Probleme nach innen zu projizieren, sie zu *ihrem* Konflikt zu machen und sich die Schuld dafür zuzuschreiben. Frauen fällt es häufig schwer, Grenzen zu setzen. Sie äussern sich erst dann, wenn das *Mass* längst überschritten ist. Dass ihre Reaktionen dann als Kontrollverlust interpretiert, ihr Verhalten als anormal oder krank bezeichnet wird, zeigt, dass auch weibliches Bewältigungsverhalten einem kulturellen Muster

folgt. Die sozialen Erwartungen an Frauen bestehen in Beziehungsfähigkeit, Anteilnahme, Fürsorglichkeit, Verantwortungsbewusstsein anderen gegenüber, im Geben und Helfen ohne zu verletzen und in Zurückhaltung. Die nach innen gerichtete Abspaltung ist dann ihr Mittel der Wahl, um auf Lebensschwierigkeiten aufmerksam zu machen (vgl. Böhnisch 2016: 32–43).

Methodisch eignet sich die Schaffung und Gestaltung *funktionaler Äquivalente*, damit es den Betroffenen besser gelingt, ihre Hilflosigkeit auszudrücken. Dabei werden in Projektsettings, Gruppenarbeiten oder Beratungen Angebote im aktions-, kultur- oder erlebnispädagogischen Bereich gemacht. Aktivitäten, die eine ähnliche Struktur wie das abweichende Verhalten aufweisen, ermöglichen den Betroffenen, Entspannung zu finden und dabei Selbstwert, soziale Anerkennung und Selbstwirksamkeit zu erfahren. Auf diese Weise und mittels einer akzeptierenden Haltung der Fachpersonen können Schwierigkeiten angstfrei thematisiert werden (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 75f.).

Im Rahmen von *Empowerment* können betroffene Menschen weiter gestärkt und befähigt werden, eigene Beiträge für Problemlösungen zu aktivieren und zu nutzen. Aus der Bewältigungsperspektive sind Stärken und Kompetenzen nicht einfach abrufbereit vorhanden, sondern werden idealerweise zuerst mittels *funktionaler Äquivalente* erfahrbar gemacht. Unter diesen Voraussetzungen führen *Empowermentstrategien* nicht zur Überforderung. Das Bewältigungsmodell geht vom Prinzip aus, dass allen Menschen Bürgerrechte zustehen, und zwar auch dann, wenn sie sich in einer Hilfebeziehung und somit in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden. In einem solchen Verhältnis sollen sie prinzipiell auch die Freiheit der Option haben. Ihre Handlungsfähigkeit ist dann erweitert, wenn sie ihre Probleme artikulieren und ihre Werte wahrnehmen und begründen können (vgl. ebd.: 76–79).

Eine weitere Methode stellt die alltagsorientierte, systemische, ressourcen- oder netzwerkorientierte *Beratung* dar, wenn sie geschlechtssensibel ist. Ziel der Beratung ist es, dass Betroffene sich aussprechen, sich von ihrer Ohnmacht und dem Ausgesetzt-Sein lösen und sich nicht mehr durch Abspaltungen ausdrücken müssen. Männer benötigen eine akzeptierende, empathische Haltung der Beratungsperson, um sich mitteilen zu können. Ziel des Prozesses ist es, dass Männer spüren und erkennen können, dass ihr externalisierendes Verhalten letztendlich einem verbissenen Kampf gegen sich und die eigene Hilflosigkeit gleichkommt. Frauen müssen darin unterstützt werden, unübersichtliche Konfliktsituationen zu ordnen. Dadurch sollen sie lernen, sich zu entscheiden, hinter ihrem Handeln zu stehen und sich für das, was sie unterlassen, nicht schuldig zu fühlen. Beim schrittweisen Erlernen neuer Verhaltensweisen benötigen Frauen von der Beratungsperson Rückhalt und Anerkennung (vgl. Böhnisch 2012: 324–333).

Mit *Milieubildung* und *Netzwerkorientierung* ist die sozialräumliche Dimension angesprochen und damit die Aktivierung, sich neue Räume und soziale Kontakte zu erschliessen, sich in diesen sozialen Räumen orientieren und integrieren zu können. Aus der Bewältigungsperspektive benötigen Menschen in kritischen Lebenssituationen sozialen Rückhalt und das Gefühl, der Lage gewachsen zu sein. *Milieu-* und *Netzwerkarbeit* basieren im Kern auf einem geregelten, selbstverständlichen und *verlässlichen Alltag*. Ein fester Ort, feste Zeiten, verlässliche Zuwendungen und basale soziale Dienstleistungen tragen zur Entspannung bei, ermöglichen Vertrauen und gewährleisten Selbstverständlichkeit, Sicherheit und eine Bewältigung des Lebens unter normalisierten Bedingungen. Damit dieser Prozess gelingen kann, müssen Fachpersonen in der Begleitung und Unterstützung verschiedene Dimensionen einbeziehen. Auf der *personal-verstehenden* Ebene muss akzeptiert werden, dass der Milieubezug mit dem darin enthaltenen Bewältigungskontext soziale Orientierungssicherheit bietet. In der *aktivierenden* Dimension geht es darum, sich neue Räume zu erschliessen, in denen sich Menschen geborgen fühlen und sich zurückziehen können. In der *pädagogisch-interaktiven* Dimension steht die Stellung der Fachpersonen im Zentrum, die für Vertrauen und individuelle psychosoziale Sicherheit in einem Milieukontext zuständig sind und somit auch dafür, dass Konflikte friedlich ausgetragen und individuelle Schwierigkeiten abgebaut werden können. In der Dimension des *Ressourcenmanagements* sollen weitere Netzwerke erschlossen werden (vgl. Böhnisch 2012: 337–343).

5.4 Zusammenfassung Lebensbewältigung

Traditionelle Sozialisationsformen und soziale Bindungen sind in Begriff, sich aufzulösen, leitende Normen gehen verloren. Vor dem Hintergrund der Dynamik der Entgrenzung verläuft das Leben nicht mehr in einem verlässlichen Rahmen (vgl. Böhnisch 2012: 44). Dadurch ist die Soziale Arbeit nicht nur herausgefordert, auf menschliche Bewältigungsprobleme durch gesellschaftlich bedingte Desintegration zu reagieren (vgl. ebd.: 31f.), sondern auch, sich fachlich und politisch für den Erhalt der eigenen Infrastruktur sowie der sozialpolitischen Hintergrundsicherheit einzubringen (vgl. ebd.: 13). *Wie Menschen betroffen* sind, welche Bewältigungs- beziehungsweise Lebensthemen im Lebenslauf bedeutsam sind, welche Antriebe bestehen und welche Versuche unternommen wurden, die eigene Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen, erschliesst das *Biografiekonzept* (vgl. ebd.: 59–61). Das Konzept der *Lebensbewältigung* leitet daraus Erklärungen für das individuelle Bewältigungsverhalten in kritischen Lebenssituationen ab. Die wesentlichen Faktoren, die dieses Verhalten beeinflussen, ergeben sich aus der Analyse anhand der

psychodynamischen, der sozial-interaktiven und der gesellschaftlichen Sphäre (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 25f.).

Die Perspektive der *Lebensalter* macht Anforderungen für verschiedene Altersphasen und für Übergangssituationen sichtbar, die besonders dann zu Krisen führen können, wenn sie nicht den Normen entsprechen und ihr Ausgang offen ist (vgl. Böhnisch 2012: 61–65). Ziel der sozialpädagogischen Intervention ist, neben der Integration, die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit, die Stabilisierung und eigenständige Alltagsorganisation der Betroffenen und, in der erweiterten Form, die Entwicklung ihrer Fähigkeit, Netzwerke zu nutzen und Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen zu können. Mit Hilfe des Konzepts der *Bewältigungslage* kann die Soziale Arbeit die Handlungsfähigkeit der Betroffenen verändern, indem sie Spielräume im sozialen und kulturellen Bereich nutzt. Mit dem Hintergrundwissen von *Lebenslagen* kann sie in den Dimensionen *Ausdruck, Abhängigkeit, Aneignung* und *Anerkennung* Verwehungen und Chancen der Betroffenen in den Bereichen *Sprache, Beziehungen, Raum* und *Zeit* herausarbeiten (vgl. Böhnisch 2016: 92–95) und ihnen mittels *funktionaler Äquivalente, Empowerment, Beratung, Milieubildung* und *Netzwerkorientierung* zu einer gelingenden Bewältigung verhelfen. Das *Prinzip der Geschlechterreflexivität* ist dabei in allen Prozessgestaltungsschritten unabdingbar (vgl. Böhnisch 2012: 307). Fachpersonen benötigen eine grundsätzlich akzeptierende Haltung gegenüber ihren Klientinnen und Klienten. Als *ganze Personen* in den Prozess involviert, sind sie aufgefordert, ihr Handeln und ihre Verständigung immer wieder zu reflektieren und sich bewusst zu sein, dass sie die genauen Umstände der Betroffenen nie wirklich kennen (vgl. ebd.: 106f., 303f.).

6. Eine zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung, Schlussfolgerung und Ausblick

Die Frage, wie ältere drogenabhängige, substituierte Klientinnen und Klienten in der ambulanten Wohnbegleitung von HEKS-*Wohnen* im Übergang ins Alter gelingend begleitet und unterstützt werden können, beschäftigt mich seit Monaten. Meine anfängliche Unsicherheit, ob das Konzept der *Lebensbewältigung* von Lothar Böhnisch bei meiner Suche nach Arbeitsprinzipien und methodischen Vorgehensweisen in diesem Kontext hilfreich sein würde, hat sich aufgelöst. Ich kam jedoch zum Schluss, dass nicht einzelne Arbeitsprinzipien und Methoden entnommen werden sollen, sondern nur die Anwendung des ganzen Konzepts sinnvoll ist. Dies, weil ich das Konzept als Handlungsmodell verstehe, in dem Ziele, Inhalte, Methoden und Verfahren in einem begründeten Zusammenhalt stehen. Die individualpsychologische Sozialarbeit, aus der das Konzept der *Lebensbewältigung* inspiriert ist, verwendet eine Matrix, um Diagnosen zu erstellen und Interventionen abzuleiten (vgl.

Böhnisch 2012: 26f.). Die Erstellung eines solchen Schemas sorgt für einen Gesamtüberblick und erleichtert die Ausarbeitung des weiteren Vorgehens.

Analog dazu folge ich nun dem Aufbau des Konzepts *Lebensbewältigung* und betrachte die verschiedenen Themen, die sich bei der Arbeit mit älteren substituierten Klientinnen und Klienten stellen, nacheinander aus dem Blickwinkel der verschiedenen Teilkonzepte. Die am Ende dargestellten Methoden schätze ich als erfolgsversprechend für die Klientinnen und Klienten der ambulanten Wohnbegleitung ein. Die auf die Gesamtsituation bezogene Darstellung bleibt jedoch hypothetisch, denn die professionelle Anwendung des Konzepts in der Praxis bezieht sich jeweils nur auf eine Person. Selbst wenn sich Menschen in scheinbar ähnlichen Situationen befinden, würde man einem Stereotyp verfallen, glaubte man, schon im Voraus zu wissen, *was los sei* (vgl. ebd.: 304f.).

Das Konzept der *Lebensbewältigung* erfordert eine erste Einschätzung anhand des *Biografiekonzepts*. Mit ihm wird die Einzigartigkeit der *Betroffenheit* erfasst, die auf Bewältigungserfahrungen und Lebensthemen im Lebenslauf hinweist (vgl. ebd.: 24, 59–61). Die älteren drogenabhängigen, substituierten Klientinnen und Klienten stammen meist aus belastenden Familienverhältnissen, in denen sie häufig Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung erfahren haben. Vulnerabilität war deshalb in der Regel schon sehr früh gegeben. In der Wissenschaft wird davon ausgegangen, dass sich nur bei vulnerablen Menschen eine Abhängigkeit zur Sucht entwickelt (vgl. Société Axess 2009: 24). Sucht kann mit dem *Bewältigungskonzept* als Abspaltung interpretiert werden, mit der Betroffene ihre Hilflosigkeit zu kompensieren versuchen (vgl. Böhnisch 2016: 21f.).

Betroffen-Sein ist in der Regel in eine kritische Lebenssituation eingebettet. Kritische Lebensereignisse sind bei der Untersuchungsgruppe oft Unfälle, unvorhersehbare Krankheiten oder massive Verschlechterungen des Gesundheitszustands. In der Folge sind sie nicht mehr in der Lage, aus eigener Kraft wieder ein Gleichgewicht zu erlangen. Für die Fachpersonen der Wohnbegleitung wird sichtbar, dass sie sich schlecht erholen, weil sie ihren Wohnalltag offensichtlich nicht mehr selbst bewältigen können. Spätestens dann wird die Hilfe einer Spitex und/oder eines Mahlzeitendienstes angeboten und mit dem Einverständnis der Betroffenen auch organisiert. Traten diese Dienste in Erscheinung, reagierten die Klientinnen und Klienten bis anhin mit antisozialem und//oder selbstdestruktiven Verhalten. Mit dem Bewältigungskonzept betrachtet, kann davon ausgegangen werden, dass sie sich in dieser Situation, deren Ausgang offen ist, ausgesetzt fühlen und unter einem hohen Druck stehen (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 20f.). Im Moment, in dem Hilfe angezeigt ist, geraten ihre vorgangigen biografischen Erfahrungen in ein Spannungsverhaltnis mit den vorgeformten Erwartungen, Normen und Zumutungen (vgl. Böhnisch 2012: 24). Wird an dieser Stelle das Alter und die Perspektive der *Lebensalter* einbezogen, können weitere Hypothesen formuliert werden. Kritische  bergange können

sich auch dadurch auszeichnen, als dass gesellschaftliche Vorstellungen von Lebensaltern und Lebensläufen und das subjektive Lebensempfinden in der jeweiligen Altersphase nicht mehr übereinstimmen. Lebensalter sind heute entgrenzt, weil die Übergänge nicht mehr in der vordefinierten Abfolge stattfinden (vgl. Böhnisch 2012: 61f.). So nehmen die Klientinnen und Klienten möglicherweise einen *Zeitbruch* wahr, das heisst, dass ihre psychosomatische Verfassung nicht der in ihrem kalendarischen Alter *normalen* entspricht, sondern deutlich eingeschränkt ist (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 130). Ängste vor weiteren Abhängigkeiten und Stigmatisierungen und einem drohenden Wohnungsverlust treten hervor, obwohl das Angebot von *HEKS-Wohnen* sehr niederschwellig ausgerichtet ist und andere Wohnlösungen erst dann ins Auge gefasst werden, wenn der Wohnalltag auch mit externer Hilfe nicht mehr bewältigt werden kann (vgl. *HEKS-Wohnen* beider Basel 2016g: 3). Die Betroffenen fühlen sich den möglichen Folgen des Alter(n)s hilflos ausgeliefert und drücken vermutlich *dies* mit ihrem Verhalten aus.

Es hat sich gezeigt, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Lebensphase Alter für die älteren drogenabhängigen, substituierten Klientinnen und Klienten von *HEKS-Wohnen* anwendbar sind: Darauf weisen Übereinstimmungen mit den für das Alter beschriebenen Gesundheitsverläufen, die Fragilisierung, hin. So gehen die Betroffenen bei einem kritischen Ereignis vom Status der *Unabhängigkeit* in jenen der *Fragilität* über und sind, zumindest vorläufig, auf zusätzliche Hilfeleistungen angewiesen (vgl. Gasser et al. 2015: 20–22). Auch die Merkmale des *Strukturwandels des Alters* mit den Konzepten der *Singularisierung*, der *Entberuflichung* und insbesondere der *Hochaltrigkeit* deuten auf ein eher hohes Alter der Klientinnen und Klienten hin (vgl. Backes/Clemens 2013: 360–362).

Was Dürsteler-MacFarland et al. mit dem eigenen Autonomiebedürfnis, welches diametral der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit gegenübersteht, umschreiben (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 103), kann nun mittels des Konzepts der *Lebensbewältigung* in das Modell eingeordnet werden.

Die erste Dimension des Modells verweist darauf, dass die eigenen psychosozialen Antriebskräfte gerade dann nach Handlungsfähigkeit streben, wenn durch ein kritisches Ereignis ein Ungleichgewicht entstanden ist. Dass die Klientinnen und Klienten ihre Hilfsbedürftigkeit in diesem Moment nicht thematisieren, könnte auf die Stresssituation infolge des kritischen Ereignisses zurückgeführt werden (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 20), die zur ohnehin schon schlechten Ausgangslage hinzukommt. Ihr (Abspaltungs-)Verhalten wäre demnach eine Botschaft der Hilflosigkeit (vgl. Böhnisch 2016: 21). Als *äussere* Abspaltung können die Verweigerungshaltung und Gewaltformen wie das Umherwerfen von Gegenständen in der Wohnung, als *innere* Abspaltung ihr Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Depressivität, Rückzug, Selbstisolation und das Schweigen über die innere Not interpretiert werden.

Die zweite, *sozial-interaktive Sphäre* beschreibt Bewältigungskulturen wie die Familie und die Art und Weise, in der in ihnen mit Schwierigkeiten umgegangen und Befindlichkeiten thematisiert wurden. Die Klientinnen und Klienten müssen auch darüber und nach individuellen Chancen und Verwehrungen in diesem Kontext befragt werden.

In der dritten, *sozialstrukturell-sozialpolitischen Sphäre* wird die Bewältigungsperspektive gesellschaftlich situiert, indem Konzepte der *Lebenslage* wie *Armut*, *Sucht* oder *Alter* als Hintergrundwissen genutzt werden. Mit diesen Konzepten lassen sich die Lebensverhältnisse und die darin vorhandenen Spielräume wie Teilhabechancen, Risiken und Grenzen ableiten, mit denen die Klientinnen und Klienten ihr Leben bewältigen mussten. In der Sozialen Arbeit sind die biografischen Ausformungen sozialer Risiken Gegenstand der Interventionen. Für ihr Konzept der *Bewältigungslage* setzt die Soziale Arbeit deshalb die *Lebenslagen-Zugänge Sprache, Beziehungen, Raum* und *Zeit* in Bezug zu den Dimensionen der *Bewältigung*, um daraus Spielräume im kulturellen und sozialen Bereich zu erfassen. Die Handlungsfähigkeit der Betroffenen kann so durch Anpassungen im *Ausdruck*, in der *Abhängigkeit*, in der *Aneignung* und in der *Anerkennung* verändert und idealerweise wiederhergestellt werden (vgl. Böhnisch 2016: 90–95).

Ich gehe aufgrund der Befragungen davon aus, dass die Klientinnen und Klienten in ihrem sozialen Umfeld eher wenig Anerkennung und soziale Unterstützung erhielten und erhalten, sich jedoch in Abhängigkeitsverhältnissen befanden oder noch sind, in denen Hilflosigkeit und negative Glaubenssätze und Überzeugungen durch Stigmatisierungen über einen langen Zeitraum hinweg erzeugt wurden. Es wurde deutlich, dass sie sich ausserhalb der Drogenszene kaum einbringen konnten; sie waren und sind immer noch wenig integriert, wodurch ihr Misstrauen und die Isolation tendenziell zunahm. Je geringer die Chance, *Anerkennung* zu erhalten und die Möglichkeiten von *Ausdruck* und *Aneignung* vorhanden sind und je mehr *Abhängigkeiten* zugleich bestehen, desto regressiver ist die *Bewältigungslage* und desto höher ist der Abspaltungsdruck (vgl. Böhnisch 2012: 56).

Die Arbeitsprinzipien und Methoden der *Lebensbewältigung* zielen darauf ab, die *Bewältigungslagen* der Betroffenen zu entlasten und zu erweitern. Als *ganze Personen* involviert, sind die Fachpersonen im Hilfeprozess herausgefordert, sich nicht nur fachlich, sondern auch sinnlich-emotional einzubringen sowie die eigene Haltung und eingebrachte Interventionen zu reflektieren. In allen Interventions- und Gestaltungskontexten sind die emotionalen Kompetenzen des *Akzeptierens*, *Beobachtens*, *Teilhabe*, *Verstehens*, *Aushaltens*, *Trennens*, *Distanzierens* ebenso erforderlich wie eine geschlechterreflexive Vergewisserung (vgl. ebd.: 303–307). „Durch alle methodischen Zugänge zieht sich das Gebot der *Anerkennung*, das die Betroffenen als Subjekte eigener Würde begreift.“ (vgl. Böhnisch 2012: 303) Die im „*Strategiebericht für eine schweizerische Alterspolitik*“ im Jahr 2007 definierten Herausforderungen können meiner Ansicht nach auch in die

bewältigungsorientierte Soziale Arbeit einbezogen werden. So sollen die Leistungen und Potenziale anerkannt und gefördert, eine selbstbestimmte Lebensführung wie auch Selbstverantwortung ermöglicht und die Menschenrechte beachtet werden. Die Gefahren von Diskriminierung und Stigmatisierung gilt es jedoch nicht nur zu berücksichtigen (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2007: 1-4), sondern es muss solchen Tendenzen aktiv Einhalt geboten werden, denn sie wirken sich nicht nur negativ auf die Lebenssituation der Betroffenen aus (vgl. Backes/Clemens 2013: 148), sondern erschweren auch eine Integration.

Um bei den Klientinnen und Klienten von HEKS-*Wohnen* nach einem kritischen Ereignis zu intervenieren, muss die Soziale Arbeit aus der *Bewältigungsperspektive* beachten, dass für Menschen in Lebensschwierigkeiten immer die Handlungsfähigkeit im Vordergrund steht, auch wenn diese vorerst in antisozialen Verhalten ihren Ausdruck findet (vgl. Böhnisch 2012: 57). Da die Betroffenen im bisherigen Wohnalltag durchaus ihre Stärken und Kompetenzen erfahren hatten und sich unter normalen Umständen auch mehr oder weniger gut mitteilen konnten, der Ausgang der Situation jedoch nach wie vor offen ist und die Überforderung bestehend bleibt, ist aus meiner Sicht eine aktivierende und aktive Methode angezeigt. Die kritische Situation könnte mit den Methoden des *Empowerment* und der *Millieubildung und Netzwerkorientierung* gelingend gestaltet und nachhaltig überwunden werden. Dies schließt nicht aus, dass später, unter normalisierten Bedingungen, mittels *funktionaler Äquivalente* oder *Beratung* Anerkennung und Selbstwirksamkeit gespürt und erfahren werden kann – auch jenseits von antisozialen Verhalten (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 69f.).

Um mit *Empowerment* als *gestaltender Bewältigung* eine Beteiligung an der Problemlösung durch die Klientinnen und Klienten zu erreichen, müsste in einem ersten Schritt die Spannung aus der *Abhängigkeit* zwischen ihnen und den Fachpersonen von HEKS-*Wohnen* reduziert werden. Das bedeutet, dass ihnen als *Rechtssubjekte*, auch wenn sie sich in einer Hilfebeziehung befinden, prinzipiell die freie Wahl eingeräumt wird. Um die *Bewältigungslage* auszubalancieren, sollten sie in der Ausdrucksdimension ihre Befindlichkeit zur *Sprache* bringen können. Ihr regressives Verhalten sollte auch nachträglich akzeptiert werden; die Klientinnen und Klienten sollen sich als Menschen wertgeschätzt fühlen. Fachpersonen können signalisieren, dass sie die Schwierigkeit der Situation erkennen und anerkennen und dass sie ihnen weiterhin beistehen. Gleichwohl müssen die Fachpersonen die Grenzen, die aufgrund des Konzepts von HEKS-*Wohnen* und der Leistungsvereinbarung bestehen, aufzeigen. Möchten die Klientinnen und Klienten trotz ihrer geschwächten körperlichen Befindlichkeit infolge des kritischen Ereignisses in ihrer Wohnung bleiben, müssten in einem zweiten Schritt die Unterstützungsoptionen gemeinsam besprochen und mögliche externe Leistungserbringer wie die Spitex zu einem Abklärungsgespräch eingeladen werden. Bei

dieser Gelegenheit sollten sich die Klientinnen und Klienten einbringen und ihre Bedarfe, Wünsche, Befürchtungen, Ängste und Fragen äussern (vgl. Böhnisch/Schröer 2013: 76–79). Den Fachpersonen fiel in dieser Situation eine eher klärende Rolle zu, indem sie die Äusserungen der Klientinnen und Klienten bei Bedarf ergänzen und fachliche Fragen beantworten, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten klären und Vorurteile gegenüber den Leistungserbringern abzubauen helfen.

Wenn zusätzliche externe Hilfeleistungen nicht mehr ausreichen, um den Wohnalltag zu bewältigen, wenn sie unerwünscht sind oder Klientinnen und Klienten sich nicht mit den Leistungserbringern arrangieren können, ist die Suche nach einer enger betreuten Wohnform angezeigt. Mit Hilfe der Methode der *Milieubildung* und *Netzwerkorientierung* könnten die Betroffenen darin unterstützt werden, den Übergang von der vertrauten Wohnung an einen neuen, anderen Ort zu bewältigen. Auf der *personal-verstehenden* Ebene müssten die Fachpersonen auch hier vermitteln, dass sie um diese Herausforderung wissen, die Dramatik der Situation erkennen. Die Wohnung ist für die Klientinnen und Klienten nicht nur ein wichtiger Ort der Orientierung, Sicherheit und des Rückzugs; der Wohnungswechsel verweist auch auf den oft unvorhergesehenen Übergang ins Alter. In der *aktivierenden* Dimension und der Dimension des *Ressourcenmanagements* müssten passende Wohnmöglichkeiten gesucht und mit den Klientinnen und Klienten gemeinsam besichtigt werden. Im Rahmen eines Austausches mit Fachleuten und Bewohnerinnen und Bewohnern vor Ort, sollten die Betroffenen wiederum die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen, die für sie von Bedeutung sind. Klientinnen und Klienten können von der bisherigen Wohnung *eine Brücke* zu einem neuen Wohnort *schlagen*, wenn für sie spürbar ist, dass sie dort Anschluss zu anderen Menschen finden und ihre noch vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen einbringen können. In der *pädagogisch-interaktiven* Dimension sind die Fachpersonen bei solchen Gesprächen aufgefordert, Sicherheit zu vermitteln und im Gespräch ergänzend zur Verfügung zu stehen. Im gemeinsamen Erfahrungsaustausch können die Betroffenen Ängste und Vorurteile abbauen oder aber zum Schluss kommen, dass ein Angebot ihren Vorstellungen nicht entspricht und die Suche fortgesetzt werden muss (vgl. Böhnisch 2012: 337–343).

Die Fragestellung dieser Arbeit hat sich für mich in zweierlei Hinsicht gelohnt. Zum einen konnte ich durch das Konzept der *Lebensbewältigung* ein ganz neues Verständnis für das Verhalten der Klientinnen und Klienten und ihre schwierige Gesamtsituation entwickeln. Bisher stellten kritische Ereignisse und Übergänge in meinen Augen keine allzu grossen Probleme dar, während die Situation für die Klientinnen und Klienten selbst offensichtlich sehr belastend war und scheinbar ausweglos erschien. So weist Böhnisch darauf hin, dass wir als Fachpersonen nie sicher wissen, ob wir mit unserem Blick der Lebenswelt der Betroffenen gerecht werden (vgl. ebd.: 303f.). Zum andern bin ich zuversichtlich, solche

Veränderungs- und Übergangssituationen zukünftig gelingend begleiten zu können. Für mich bestätigt sich auch die anfangs erwähnte Vermutung, dass Fachpersonen einen vorausschauenden Blick benötigen und in der ambulanten Wohnbegleitung herausgefordert sind, bei älteren, über 45-jährigen, substituierten Klientinnen und Klienten das Alter und seine Folgen sowie diesbezügliche Wünsche und Bedürfnisse frühzeitig zu thematisieren. Ich erkenne aufgrund meiner neuen Erkenntnisse auch, dass die Betroffenen bei Abklärungsgesprächen mit externen Leistungserbringern wie der Spitex durch uns Fachpersonen begleitet werden müssen, um ihnen assistierend beizustehen. Diese Gespräche fanden bis anhin ohne uns statt.

Im Konzept der *Lebensbewältigung* kommt für mich der Aspekt Zeit zu wenig deutlich zum Ausdruck. Die Klientinnen und Klienten haben sich ihre Bewältigungsstrategien über Jahre hinweg angeeignet und benötigen entsprechend auch Zeit, um alte Bewältigungsmuster hinter sich zu lassen. Der Übergang ins Alter beginnt mit einer zusätzlichen Hilfeleistung oder einem Wechsel der Wohnform gerade erst, und die damit verbundenen Auseinandersetzungen benötigen ebenfalls Zeit.

Wie Dürsteler-MacFarland et al. ausführen, sind die Fachpersonen in der ambulanten Wohnbegleitung auch herausgefordert, sich aktiv und frühzeitig mit Fachkräften anderer Leistungserbringer und Institutionen auszutauschen (vgl. Dürsteler-MacFarland et al. 2011: 114). Dabei müsste den Fragen nachgegangen werden, wie die Begleitung der Klientinnen und Klienten zukünftig gemeinsam ausgestaltet werden könnte, wenn sie ein pflegebedürftiges Alter erreichen, und wie die noch immer vorhandenen Vorurteile gegenüber ihnen abgebaut werden können. Schliesslich geht es darum, auch diesen Menschen ein würdevolles Leben im Alter zu ermöglichen.

7. Quellenangaben

7.1 Literaturverzeichnis

Abstein, Hans Joachim (2012). Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit. In: Gastiger, Sigmund /Abstein, Hans Joachim (Hg.) (2012). Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit in verschiedenen Arbeitsfeldern. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag. S. 7–18.

Abteilung Sucht (2015). Suchtpolitik und Monitoring des Suchtbereichs Basel-Stadt. Jahresbericht 2015. Bericht im Auftrag des Interdepartementalen Führungsgremiums Sucht IFS. Basel: Abteilung Sucht, Gesundheitsdienste, Basel-Stadt.

Akeret, René (2014). Schadensminderung! In: SuchtMagazin, Schadensminderung (2). S. 4–7.

Backes, Gertrud M./ Clemens, Wolfgang (2013). Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim und Basel: BELTZ Juventa.

Böhnisch, Lothar (2012). Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: BELTZ Juventa.

Böhnisch, Lothar /Schröer, Wolfgang (2013). Soziale Arbeit – eine problemorientierte Einführung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Böhnisch, Lothar (2016). Lebensbewältigung. Ein Konzept für Soziale Arbeit. Weinheim und Basel: BELTZ Juventa.

Bregger, Andrea (2014). Wohnen im Alter mit einer Substitution. Eine qualitative Untersuchung ambulanter Wohnunterstützungsangebote für Substitutionsklientinnen und –klienten in den Städten Olten und Solothurn. Veröffentlichte Masterarbeit. Bern, Luzern, St. Gallen, Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit. <https://www.hslu.ch/-/.../master%20thesis%20andrea%20bregger.pdf?...> [Zugriffsdatum 14.05.2016]

Bundesamt für Gesundheit (2006). Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). Strategie für eine Schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates Leutenegger Oberholzer (03.3541) vom 3. Oktober 2003.

Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt Basel-Stadt /Bildungs-, Kultur- und Sportdirektion Basel-Landschaft (2013). Bedarfsplanung 2014–2016 der Leistungsangebote der Institutionen für Erwachsene mit Behinderung in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt.

Dürsteler-MacFarland, Kenneth M. /Schmid, Otto /Vogel, Marc (2009). Ältere OpiatkonsumentInnen in Substitutionsbehandlungen. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2009. 41. Jg. (3). S. 1–13.

Dürsteler-MacFarland, Kenneth /Herdener, Marcus /Strasser, Johannes /Vogel, Marc (2011). Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In: Vogt, Irmgard (Hg.) (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 93–136.

Dürsteler, Kenneth M. / Vogel, Marc (2016). Substitutionsbehandlung älterer Patienten. In: ausgesucht.bs. Sucht kennt kein Alter. Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit von älteren Menschen. Informationen für Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen sowie Interessierte. Basel: Abteilung Sucht. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (März 2016). S. 34–37.

Eppler, Natalie /Kuplewatzky, Nina /Vogt, Irmgard (2011). „Aber seelischer Schmerz, der ist schlimmer wie Zahnschmerzen“. Die Sicht von älteren Drogenabhängigen und von Expertinnen und Experten auf die sozialen Beziehungen und die Gesundheit. In: Vogt, Irmgard (Hg.) (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 167–207.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). SELECTED ISSUE 2010. TREATMENT AND CARE FOR OLDER DRUG USERS. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.

Gasser, Nadja /Knöpfel, Carlo /Seifert, Kurt (2015). Erst agil, dann fragil. Studie. Übergang vom „dritten“ zum „vierten“ Lebensalter. 1. Auflage. Zürich: Pro Senectute Schweiz.

Geyer, Dieter (2011). Psychotherapie mit älteren süchtigen Menschen. In: Vogt, Irmgard (Hg.) (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 327-345.

HEKS (2003). Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz. Leitbild. Zürich: HEKS. Geschäftsstelle.

https://www.heks.ch/fileadmin/user_upload/domain1/1_news_and_service/pdf/Materialien/H_EKS_Leitbild.pdf [Zugriffsdatum 23.09.2016]

HEKS (2010). Hilfswerk der Evangelischen Kirchen Schweiz. Unsere Werte und Grundüberzeugungen. Zürich: HEKS.

https://www.heks.ch/fileadmin/user_upload/domain1/1_news_and_service/pdf/Materialien/H_EKS_Wertepapier.pdf [Zugriffsdatum 23.09.2016]

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016a). Jahres-Statistik KlientInnen in 2016. In: Ordner O:/Wohnen/Abteilung/Statistik/Jahres-Statistik, KlientInnen/ KlientInnen in 2016, nach Monaten & Stufen. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016b). Prozessbeschrieb. Aufbau, Struktur und Organisation. In: Ordner O:/Wohnen/Abteilung/Prozessbeschrieb – Aufbau, Struktur und Organisation. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016c). Prozessbeschrieb. Begleitung: Rahmen und Ablauf. In: Ordner O:/Wohnen/Abteilung/Prozessbeschrieb – Rahmen und Ablauf der Begleitung. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016d). Prozessbeschrieb. Finanzierung von Wohnbegleitungen. In: Ordner O:/Wohnen/Abteilung/Prozessbeschrieb – Finanzierung von Wohnbegleitungen. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016e). Prozessbeschrieb. Leitbild, Strategie, Planung und Auswertung. In: Ordner O:/Wohnen/Abteilung/Prozessbeschrieb – Leitbild, Strategie, Planung und Auswertung. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016f). Prozessbeschrieb. Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. In: Ordner O:/Wohnen/Abteilung/Prozessbeschrieb – Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

HEKS-*Wohnen* beider Basel (2016g). WohnDomizil – Begleitung in einer Wohnung von HEKS. Basel: HEKS-*Wohnen* beider Basel.

https://www.heks.ch/fileadmin/user_upload/domain1/3_schweiz/Wohnen_bei_der_Basel/Konzept_WohnDomizil.pdf [Zugriffsdatum 23.09.2016]

Hildebrandt, Johanna (2012). Lebenswelt im Wohnkontext. In: Kleiner, Gabriele (Hg.) (2012). *Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 195–204.

Hildebrandt, Johanna /Kleiner, Gabriele (2012). Altersbilder und die soziale Konstruktion des Alters. In: Kleiner, Gabriele (Hg.) (2012). *Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. Wiesbaden: Springer VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 15–34.

Hochuli Freund, Ursula /Stotz, Walter (2013). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch*. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Hösselbarth, Susann /Stöver, Heino /Vogt, Irmgard (2011). Lebensweise und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In: Vogt, Irmgard (Hg.) (2011). *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 137–166.

Höpflinger, Francois (2009). Konzeptuelle Grundsätze und essentielle Elemente einer modernen Altersforschung. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter11.html> [Zugriffsdatum 01.04.2016]

Karl, Ute (2013). *Alter(n) als Übergangsprozess*. In: Schröer, Wolfgang /Stauber, Barbara /Walther, Andreas /Böhnisch, Lothar /Lenz, Karl (Hg.) (2013). *Handbuch Übergänge*. Weinheim und Basel: BELTZ Juventa. S. 415–431.

Leyhe, Thomas (2016). Altern und Sucht im Alter. In: *ausgesucht.bs. Sucht kennt kein Alter. Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit von älteren Menschen. Informationen für*

Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen sowie Interessierte. Basel: Abteilung Sucht. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (März 2016). S. 6–7.

Lojewski, Ilona /Schay, Peter (2013). Komorbidität im Kontext Sucht. In: Schay, Peter /Lojewski, Ilona /Siegele, Frank (Hg.) (2013). Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. 1. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 134–143.

Lutz, Ronald /Simon, Titus (2012). Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: BELTZ Juventa Verlag GmbH.

Schay, Peter (2013). Integrative Therapie in der Drogenhilfe. In: Schay, Peter /Lojewski, Ilona /Siegele, Frank (Hg.) (2013). Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation. 1. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG. S. 18–29.

Schmid, Otto (2014). Einfluss Substitutionsbehandlung auf die Lebensqualität. München: Herbert Utz Verlag.

Schmidt, Torsten /Jörden-Thamm, Werner (2011). In die Jahre gekommen...Aus Betreutem Wohnen wird „Intensiv Betreutes Wohnen“ – Zur Auseinandersetzung um zukünftige Betreuungsformen von älteren Menschen mit einer HIV-Infektion und einer Drogenbiografie. In: Vogt, Irmgard (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 251–262.

Schreiber, Hans-Peter /Keller, Esther (Hg.) (o.J.). Auch Junkies haben Würde. Die Pionierleistungen der Stiftung Sucht. Basel: Verlag Johannes Petri.

Schuwey, Claudia /Knöpfel, Carlo (2014). Neues Handbuch Armut in der Schweiz. Luzern: Caritas Verlag.

Société Axess (2009). Neurowissenschaften und Sucht. Herausgeber: CoRoMA. Collège romand de médecine de l'addiction.

<http://www.bag.admin.ch/shop/00010/00509/index.html?lang=de> [Zugriffsdatum 10.06.2016]

Suchtmonitoring Schweiz (2013–2016). Glossar. Opioide. Lausanne: Sucht Schweiz
<http://www.suchtmonitoring.ch/de/page/2.html> [Zugriffsdatum 15.07.2016]

Vogt, I. (2009a). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. In: Suchttherapie 2009. 10. Jg. (1). S. 17–24.

Vogt, Irmgard (2009b). Ältere Drogenabhängige in Deutschland und anderen europäischen Ländern. Sachstand und Ausblick. In: Lebensabend Sucht? Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe. Berichte zur Suchtkrankenhilfe. 19. Niedersächsische Suchtkonferenz (09.2009). Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit.

Vogt, Irmgard (2011). Altern und Gesundheit: Eine kurze Einführung. In: Vogt, Irmgard (Hg.) (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 9–25.

Werner, Sylke (2015). Praxishandbuch Alltagsbegleitung. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen im Alltag begleiten und entlasten. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Westermann, Bernd /Witzerstorfer, Dagmar (2011). Substitutionssenioren. Was sie brauchen und wie sie es bekommen. In: Vogt, Irmgard (Hg.) (2011). Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag. S. 209–227.

Wolter, Dirk K. (2011). Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

7.2 Abbildungsverzeichnis

Goldsworthy, Andy (o.J.). Land Art.

https://www.google.ch/search?q=goldsworthy&client=safari&rls=en&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiX9-Lmo7rQAhVMVhoKHTtJD_EQ_AUICCGB&biw=1045&bih=764#tbn=isch&q=andy+goldsworthy+land+art&imgsrc=LvyIdeewFBF5KM%3A

Fotografie auf Titelblatt. [Zugriffsdatum 18.11.2016]