

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Alkoholismus im Alter

Herausforderungen für die Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis
Sarah-Maria Geiser
18-175-612

eingereicht bei
Prof. Felix Wettstein
Olten, 01. Juli 2022

Abstract

Die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe in der Schweiz stellen ältere Menschen dar. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts leben Menschen nicht nur länger, sondern bleiben auch länger gesund. Das Altern ist mit verschiedenen Veränderungen verbunden. Nicht jeder Mensch verfügt über ausreichend Ressourcen, um die Herausforderungen im Alter erfolgreich zu bewältigen. In unserer Gesellschaft ist der Alkoholkonsum beliebt und weitgehend akzeptiert. Der Übergang vom Genuss zur Abhängigkeit ist fließend, weshalb die Erkrankung oftmals übersehen wird. Insbesondere erschweren die altersbedingten Veränderungen eine Unterscheidung von alkoholbedingten Folgeschäden. Eine Alkoholabhängigkeit hängt mit sozialen Problemen zusammen, die sowohl in der Lebenswelt des Betroffenen selbst, dessen Umfeld wie auch auf gesellschaftlicher Ebenen Auswirkungen mit sich bringt. Durch den steigenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung wird erwartet, dass auch Alkoholerkrankungen im Alter deutlich zunehmen. Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist daher, Herausforderungen für die Soziale Arbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen darzustellen und daraus Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage und Herleitung der Fragestellung	1
1.2	Forschungsfrage und Unterfragen	2
1.3	Methodisches Vorgehen.....	3
1.4	Relevanz für die Soziale Arbeit	3
1.5	Zielsetzung	4
1.6	Überblick über den Aufbau der Arbeit	5
2	Das Alter und der Prozess des Alterns.....	6
2.1	Demografische Entwicklung	6
2.2	Alter und Altern.....	7
2.2.1	Dimensionen des Alters	9
2.2.2	Die Phasen des Alterns.....	11
2.3	Struktur- und Generationenwandel	13
2.4	Herausforderungen und Veränderungsprozesse	15
2.4.1	Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen im Alter.....	15
2.4.2	Psychische Einschränkungen und Erkrankungen im Alter.....	16
3	Sucht, Abhängigkeit und Alkoholismus	17
3.1	Sucht	17
3.1.1	Sucht und Abhängigkeit	17
3.1.2	Sucht in der Schweiz.....	18
3.2	Alkoholismus	18
3.2.1	Alkoholabhängigkeit	19
3.2.2	Alkoholmissbrauch oder schädlicher Gebrauch.....	20
3.3	Formen des Alkoholkonsums	20
3.3.1	Risikoarmer Alkoholkonsum.....	20
3.3.2	Riskanter Konsum	21
3.4	Typologie der Alkoholikerinnen und Alkoholiker.....	21
3.4.1	Konflikttrinkerin/Konflikttrinker (Alpha)	21
3.4.2	Gelegenheitstrinkerin/Gelegenheitstrinker (Beta)	22
3.4.3	Süchtige Trinkerin/süchtiger Trinker (Gamma)	22
3.4.4	Gewohnheitstrinkerin/Gewohnheitstrinker (Delta).....	22
3.4.5	Quartalstrinkerin/Quartalstrinker (Epsilon)	22
3.5	Verlauf der Alkoholkrankung	23
3.5.1	Voralkoholische Phase	23
3.5.2	Anfangsphase	24

3.5.3	Kritische Phase	24
3.5.4	Chronische Phase	24
3.6	Folgen durch Alkoholismus	24
3.6.1	Körperliche Folgeschäden.....	25
3.6.2	Psychische Folgeschäden.....	25
3.6.3	Soziale Auswirkungen.....	26
4	Alkoholismus im Alter	27
4.1	Ursachen der Alkoholabhängigkeit im Alter	27
4.1.1	Allgemeine Entstehungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit.....	27
4.1.2	Entwicklungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter	29
4.2	Klassifikation älterer, alkoholabhängiger Menschen	30
4.2.1	Early-onset-Alkoholismus.....	30
4.2.2	Late-onset-Alkoholismus	31
4.3	Wirkung des Alkohols auf ältere Menschen	31
4.4	Folgen von Alkoholismus im Alter	32
4.4.1	Körperliche Folgen im Alter	32
4.4.2	Psychosoziale Folgen im Alter	33
5	Lebensweltorientierung älterer, alkoholabhängiger Menschen	34
5.1	Konzept der Lebensweltorientierung.....	34
5.2	Der gelingendere Alltag.....	35
5.2.1	Alltagsnähe.....	35
5.2.2	Regionalisierung/Sozialraumorientierung.....	36
5.2.3	Prävention	36
5.2.4	Integration und Inklusion	36
5.2.5	Partizipation.....	36
5.3	Dimensionen der Lebensweltorientierung	37
5.3.1	Erfahrene Zeit.....	37
5.3.2	Erfahrener Raum.....	38
5.3.3	Soziale Beziehungen.....	39
5.3.4	Alltägliche Bewältigungsaufgaben.....	39
5.3.5	Hilfe zur Selbsthilfe.....	39
5.3.6	Gesellschaftliche Bedingungen	40
6	Synthese	41
6.1	Herausforderungen für die Soziale Arbeit	41
6.1.1	Mikroebene.....	41
6.1.2	Mesoebene.....	43

6.1.3	Makroebene	44
6.2	Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit	46
6.2.1	Aufklärungs- und Präventionsarbeit	46
6.2.2	Erweiterung und/oder Entwicklung niederschwelliger Angebote.....	46
6.2.3	Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren.....	47
6.2.4	Überblick Handlungsempfehlungen	48
7	Schlusswort.....	49
8	Quellenverzeichnis	52
8.1	Literaturverzeichnis	52
8.2	Abbildungsverzeichnis.....	57

1 Einleitung

In der Einleitung der vorliegenden Bachelorarbeit wird zuerst die Ausgangslage sowie die Begründung der Themenwahl aufgezeigt. Nach der Formulierung der Forschungsfrage und Unterfragen befasst sich die Einleitung weiter mit der Methodik des Erkenntniswegs, der Zielsetzung dieser Arbeit sowie der Relevanz des Themas für die sozialarbeiterische Praxis. Zum Schluss wird der Aufbau der Arbeit dargestellt.

1.1 Ausgangslage und Herleitung der Fragestellung

Die ständige Wohnbevölkerung in der Schweiz nimmt kontinuierlich zu. In der Schweiz leben heute zirka 8,7 Millionen Menschen, von denen 1,6 Millionen Menschen – also rund 17,4 % – 65 Jahre und älter sind (vgl. Bundesamt für Statistik 2022: 7 f.). Es besteht ein Ungleichgewicht zwischen Jung und Alt, was eine stetige Alterung der Bevölkerung zur Folge hat (vgl. ebd.: 5). Das Bundesamt für Statistik (BFS) geht von einer steigenden demografischen Alterung aus, in der besonders eine starke Zunahme der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr erwartet wird (vgl. BFS 2020: o.S.; Höpflinger 2020b: 166).

Eine allgemeingültige Definition von «Alter» gibt es nicht, da bei Menschen in der gleichen Altersgruppe unterschiedliche Formen des Alters erscheinen können (vgl. Pohlmann 2011: 106; Kruse/Wahl 2010: 5). Die Prozesse des Alterns sind verschieden, mehrdimensional und treffen nicht auf alle alternden Menschen gleich zu (vgl. Höpflinger 2009: 16). Gerade das Alter bringt viele Veränderungen mit sich, die bewältigt werden müssen. Ein INTEREGG-Forschungsprojekt der Fachambulanz für Suchtkranke und der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Salzburg weisen in einer statistischen Erhebung auf, dass die Neuorganisation in die Rentensituation, Verluste, Einsamkeit, chronische Schmerzen und körperliche Schwächen zu den einschneidendsten Veränderungen im Alter zählen (vgl. Fachambulanz für Suchtkranke et al. 2012: 6). Die Kompensation dieser Alltagsbelastungen und Schmerzen können ein Motiv für den Alkoholkonsum sein. Trotz des erheblichen Suchtfaktors gilt Alkohol in der Gesellschaft als Genussmittel, wird weitgehend akzeptiert und ist einfach erhältlich.

Doch stellt sich unabhängig von der gesellschaftlichen Toleranz die Frage, wo genau die Abhängigkeit beginnt beziehungsweise was Gewohnheit oder Genuss und was bereits Sucht ist (vgl. Gross 2016: 16). Der Übergang von einem unproblematischen Gebrauch bis zur Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch ist oftmals fließend, weswegen sich das Konsumverhalten in der Praxis nicht leicht erkennen lässt (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 14). Durch die selbstverständliche Verfügbarkeit und die Legalität des Genussstoffes wird die Entwicklung einer Abhängigkeit, besonders bei älteren Menschen, oft nicht wahrgenommen und kann lange geheim gehalten beziehungsweise vom Umfeld häufig stillschweigend angenommen werden (vgl. Bojack/Brecht/Derr 2010: 34).

Laut Bundesamt für Statistik (2019: 3 f.) haben 5 % der Frauen und Männer ab 65 Jahren einen chronisch riskanten Alkoholkonsum. In der Schweiz ist die Kohorte der 55- bis 74-Jährigen gesundheitlich am stärksten durch den Konsum von Alkohol betroffen. Der tägliche Alkoholkonsum nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu: Ab 75 Jahren trinken 20 % der Frauen und 40 % der Männer täglich Alkohol (vgl. ebd.). Im Alter verändert sich die Reaktionsweise des Körpers auf den Alkohol, weshalb bei alternden Menschen ein erhöhtes Risiko für eine Abhängigkeit besteht (vgl. Hoff 2018: 64 f.). Die Zahl der Alkoholabhängigen wird heute auf 250'000 bis 300'000 Personen geschätzt (vgl. Bundesamt für Gesundheit o.J.: o.S.). Der Alkoholismus ist eine Krankheit, die unabhängig vom Geschlecht und der sozialen Schicht in allen Altersstufen in unserer Bevölkerung vorkommt (vgl. Soyka 2009: 32).

Die Mehrheit der Studien zum Thema Alkoholkonsum beschäftigen sich nicht mit Menschen im höheren Lebensalter (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 5). Der Schwerpunkt liegt vor allem im Bereich der Aufklärung und Prävention in Bezug auf Suchtgefahren bei Kindern und Jugendlichen. Die älteren Menschen blieben als Zielgruppe weitgehend unberücksichtigt und sogar die Tatsache, dass ältere Menschen an einer Suchterkrankung leiden, wurde tabuisiert (vgl. ebd.). Doch gerade ältere und alte Menschen stellen aufgrund vieler Faktoren und Veränderungsprozesse in ihrer fortgeschrittenen Lebensphase eine potenzielle Risikogruppe für Abhängigkeitserkrankungen dar (vgl. ebd.: 5 f.). Erst in den letzten Jahren erhielt das Thema Sucht im Alter verstärkt Aufmerksamkeit von der Öffentlichkeit, da stationäre und ambulante Einrichtungen der Altenpflege sowie andere soziale Institutionen Handlungsbedarf feststellten (vgl. Hoff et al. 2017: 2). Durch die hohe Anzahl der alkoholabhängigen Menschen sowie die sich ändernde Bevölkerungsstruktur mit einem immer grösseren werdenden Anteil an älteren Menschen ist Sucht im Alter kein Randphänomen, sondern gewinnt zunehmend an Bedeutung.

1.2 Forschungsfrage und Unterfragen

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Autorin dieser Arbeit folgende Forschungsfrage:

Welche Herausforderungen für die Soziale Arbeit ergeben sich in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen und welche Handlungsempfehlungen lassen sich daraus ableiten?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden folgende Unterfragen betrachtet:

- Unterfrage 1: Welche typischen Veränderungsprozesse sind mit einem höheren Lebensalter verbunden?
- Unterfrage 2: Was sind typische Erscheinungsformen und Folgen von Alkoholismus im Alter?

Unterfrage 3: Welchen Herausforderungen hat sich die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen zu stellen?

Unterfrage 4: Welche Handlungsempfehlungen, gestützt auf das Konzept der Lebensweltorientierung, lassen sich aus den gewonnenen Erkenntnissen für das professionelle Handeln als Fachkraft der Sozialen Arbeit ableiten?

1.3 Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Zur Beantwortung der Fragestellung wurde vorwiegend Literatur aus der nationalen Plattform Swiscovery recherchiert, die wissenschaftliche Informationen aus zahlreichen Bibliotheken der Schweiz vereint. Zusätzlich dienten die Fachdatenbanken WISO und PubPsych für eine umfassende Literaturrecherche. Diese Datenbanken legen den Fokus auf sozialarbeiterische und gesundheitliche Fachartikel, welche für die formulierte Fragestellung relevant sind.

Für die Ausführung der Literaturrecherche wurden zunächst die Schlagwörter «Alter», «Sucht» und «Soziale Arbeit» verwendet. Bei der Recherche mit diesen Schlagworten fiel auf, dass die Suche noch nicht genügend eingegrenzt war, um passende Ergebnisse bezüglich der Fragestellung zu finden. Die Booleschen Operatoren «AND», «OR», «NOT» sowie Trunkierungen (*) halfen, die erweiterte Suche zu präzisieren, um die Trefferzahl an adäquater Literatur zu erhöhen. Weitere Schlagwörter waren «Alkohol», «Abhängigkeit» und «Lebensweltorientierung».

1.4 Relevanz für die Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit setzt sich für die Verbesserung der Lebensbedingungen von Betroffenen ein und unterstützt diese zu einem «gelingenderen Alltag» (vgl. Sommerfeld 2016: 30). Die zentralen Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitssystem liegen nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch in der sozialen Dimension (vgl. ebd.: 29 f.). Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit bringen einerseits Leiden und psychosoziale Probleme für die Betroffenen selbst, andererseits auch für deren Angehörige mit sich. Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) sind Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überwiegend von Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, Armut, Verschuldung und instabilen Wohnsituationen betroffen, wobei sich diese Faktoren gegenseitig verstärken und bedingen können (vgl. BAG 2015: 40; Gremminger 2021: 18). Alkoholismus soll demnach ebenso als ein soziales Problem zu verstehen und zu behandeln sein (vgl. Sommerfeld 2016: 29 f.). Professionelle der Sozialen Arbeit sind in den verschiedensten Arbeitsfeldern mit dem Thema Sucht konfrontiert. Aufgrund dessen ist es wichtig, dass sie über genügend Fachwissen verfügen, um Suchtprobleme frühzeitig erkennen und Interventionen angemessen gestalten zu können (vgl. Gremminger 2021: 17).

Des Weiteren hat die Soziale Arbeit einerseits – gemäss dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle – den Auftrag, die Folgen einer Alkoholproblematik einzudämmen oder zu verhindern sowie deren Auftreten präventiv zu mindern. Andererseits ist sie durch gezielte Unterstützung von betroffenen Menschen und zielgerichtete Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen für die Reduktion der negativen gesellschaftlichen Auswirkungen zuständig (vgl. AvenirSocial 2010: 7, 15).

Das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen gilt in der Schweiz als «Sonderfall» (vgl. Schroeter und Knöpfel 2020: 95). Aufgrund der langsamen Entwicklung zum Sozial- und Wohlfahrtsstaat und des dezentral-föderalistischen Aufbaus der Schweiz haben die soziale gerontologische Altenforschung sowie die Professionalisierung der Altersarbeit im Vergleich zu anderen Ländern in Europa erst spät begonnen. Die Zuständigkeit für die Alters-, Gesundheits- und Sozialpolitik in der Schweiz liegt bei den Kantonen oder Gemeinden. Infolgedessen werden jeweils auch eigene Lösungen für ähnliche Probleme entwickelt, weshalb viele unterschiedliche Massnahmen existieren (vgl. ebd.). Es entstanden hierzulande zwar bereits früh altersgerechte Angebote sowie Betreuungseinrichtungen, welche sich aber mehrheitlich unabhängig von einer fachlich-wissenschaftlichen Perspektive entwickelten (vgl. ebd.: 97). Nach Schroeter und Knöpfel ist es der Sozialen Arbeit bislang nicht gelungen, ihr Aufgabenfeld in der Arbeit mit alten Menschen hinreichend zu definieren (vgl. ebd.: 104).

1.5 Zielsetzung

Die demografische Entwicklung und der Strukturwandel des Alters wirken sich auf die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit aus. Die Menschen werden im Durchschnitt immer älter und die Lebenserwartung steigt kontinuierlich, was zu einem steigenden Bedarf für ältere und alte Menschen führen kann (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 13, 21). Es ergeben sich in der Zusammenarbeit mit dieser Anspruchsgruppe verschiedene neue Herausforderungen für die Soziale Arbeit auf der Mikro-, Meso- und der Makroebene, die differenziert und multiperspektivisch betrachtet werden sollten (vgl. ebd.: 21). Ältere Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit müssen in Zukunft verstärkt vom Suchthilfesystem erreicht werden können. Die Lebenssituation sowie die körperliche und seelische Gesundheit sollen verbessert werden, wodurch die Möglichkeit für eine selbstbestimmte Lebensführung sowie die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben erhöht werden kann (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 87 f.). Daher ist das Ziel dieser Bachelorarbeit, die gewonnenen Erkenntnisse aus der Literaturrecherche mit dem Konzept der Lebensweltorientierung zu verknüpfen und so Antworten auf die Fragestellung zu entwickeln.

1.6 Überblick über den Aufbau der Arbeit

Im Rahmen der Einleitung wurde mit der Ausgangslage, der Forschungsfrage, dem methodischen Vorgehen sowie der Zielsetzung und der Relevanz für die Soziale Arbeit in die Thematik eingeführt. Das **zweite Kapitel** beginnt mit der demografischen Entwicklung. Anschliessend wird das Alter und der Alterungsprozess differenziert dargestellt sowie den daraus resultierenden Struktur- und Generationenwandel des Alters erläutert. Herausforderungen und Veränderungsprozesse, die sich alternden Menschen stellen müssen, schliessen das Kapitel ab. Im **dritten Kapitel** erfolgt zuerst die Unterscheidung zwischen Sucht und Abhängigkeit. Danach richtet sich der Fokus des Kapitels auf Alkoholismus. Es folgt eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Formen des Alkoholismus, Typologien der Alkoholikerinnen und Alkoholiker, Verlauf der Alkoholikerkrankung sowie die Auswirkungen des Alkoholismus. Darauf aufbauend umfasst das **vierte Kapitel** Alkoholismus im Alter. Es werden spezifische Ursachen und Entstehungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter aufgezeigt. Des Weiteren wird die Unterscheidung zwischen «early-onset» und «late-onset» Alkoholismus erläutert. Die Wirkung des Alkohols auf ältere Menschen sowie die Folgen der Alkoholabhängigkeit im Alter schliessen das Kapitel ab. Nach der Auseinandersetzung mit den Grundlagen zum Thema Alter, Abhängigkeit und Alkoholismus im Alter eröffnet die Erläuterung des Konzepts der Lebensweltorientierung im **fünften Kapitel** einen sozialarbeiterischen Zugang. Es beleuchtet die wichtigsten Aspekte des Konzepts und stellt eine Verknüpfung zu den alternden, alkoholabhängigen Menschen her. Die Synthese im **sechsten Kapitel** stellt die direkte und ausführliche Bearbeitung der Forschungsfrage dar. Die Bachelorarbeit schliesst mit dem **siebten Kapitel** ab, indem die Fragestellungen reflektiert sowie weiterführende Überlegungen erläutert werden.

2 Das Alter und der Prozess des Alterns

«Die Suche nach einem Verstehen von Alter ist so alt wie die Menschheit.» (Kruse/Wahl 2010: 10) Bereits sehr lange beschäftigen sich die Menschen mit der Thematik des Alterns. In der Sprachwissenschaft leitet sich das Wort «alt» aus dem indogermanischen Wortstamm «al» ab, was als einen Prozess des Wachstums und der Reifung beschrieben werden kann (vgl. ebd.: 10 f.). Heute hat die Jugendlichkeit in Bezug auf Attraktivität, Gesundheit und Leistungsfähigkeit einen hohen Stellenwert, während hingegen das persönliche Altern eher mit negativen Veränderungen, Verfall und Degeneration insbesondere der körperlichen Fähigkeiten assoziiert wird (vgl. Schnoz et al. 2006: 10). Bis heute gibt es Auseinandersetzungen mit der Frage, was eigentlich unter Altern zu verstehen ist und wann das Alter beginnt (vgl. Kruse 2017: 19). Gleichzeitig beeinflussen verschiedene Faktoren die demografische Alterung, weshalb die Auswirkungen auf die Gesellschaft und deren Altersstruktur immer bedeutsamer werden (BFS 2022: 38 f.).

2.1 Demografische Entwicklung

Die demografische Alterung wird als Zunahme des Anteils älterer Menschen mit gleichzeitiger Abnahme des Anteils der Kinder und Jugendlichen definiert (vgl. BFS 2022: 37). Die Fakten zum demografischen Wandel sind deutlich: Während aktuell knapp 19 % der in der Schweiz lebenden Bevölkerung über 65 Jahre alt sind, werden es im Jahr 2050 über 25 % sein (vgl. ebd.). Die steigende Lebenserwartung zählt zu einem weiteren zentralen Aspekt, der die demografische Alterung beeinflusst. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt hat sich seit dem Jahr 1876 sogar verdoppelt (vgl. ebd.: 21). Heute werden in der Schweiz Frauen durchschnittlich 85,4 Jahre und Männer 81,7 Jahre alt, wobei gemäss den Szenarien des Bundesamtes für Statistik ein erneuter Anstieg der Lebenserwartung wahrscheinlich ist (vgl. ebd.: 17).

Jedoch ist nicht allein die gesteigerte durchschnittliche Lebenserwartung der Hauptgrund für die beschriebene demografische Entwicklung, sondern auch die niedrige Geburtenrate seit den sogenannten Babyboomer-Jahren¹. Die Schweiz gehörte bis in die 1930er Jahre weltweit zu den Ländern, die am wenigsten Geburten verzeichnen konnten. Obwohl die Geburtenhäufigkeit nach dem zweiten Weltkrieg anstieg, kam es ab dem Jahr 1965 erneut zu einem erheblichen Rückstand von Geburten (vgl. Höpflinger 2020a: 4 f.). Die Gründe für das niedrige Geburtenniveau liegen auch im Zusammenhang mit veränderten Lebensentwürfen und Wertvorstellungen der Babyboomer-Generation im Vergleich mit jenen ihrer Eltern. So beeinflussen beispielsweise andere Faktoren – wie etwa die ausgeprägte Familienplanung, späte Familiengründung, weni-

¹ In der Schweiz gelten die Jahrgänge 1946 bis 1965 als die Babyboom-Generation (vgl. Höpflinger 2020a: 4).

ger Kinder sowie die Zunahme der Scheidungen, nichtehelichen Lebensgemeinschaften, Alleinerziehenden oder Kinderlosen – die Geburtenhäufigkeit (vgl. ebd.; BFS 2022: 37). Die veränderten Lebensentwürfen und Wertvorstellungen, die niedrige Geburtenziffer, der Rückgang der Sterblichkeit sowie die damit verbundene höhere Lebenserwartung haben bis heute Auswirkungen auf den Altersaufbau in der Schweiz, was in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich wird (vgl. BFS 2022: 37).

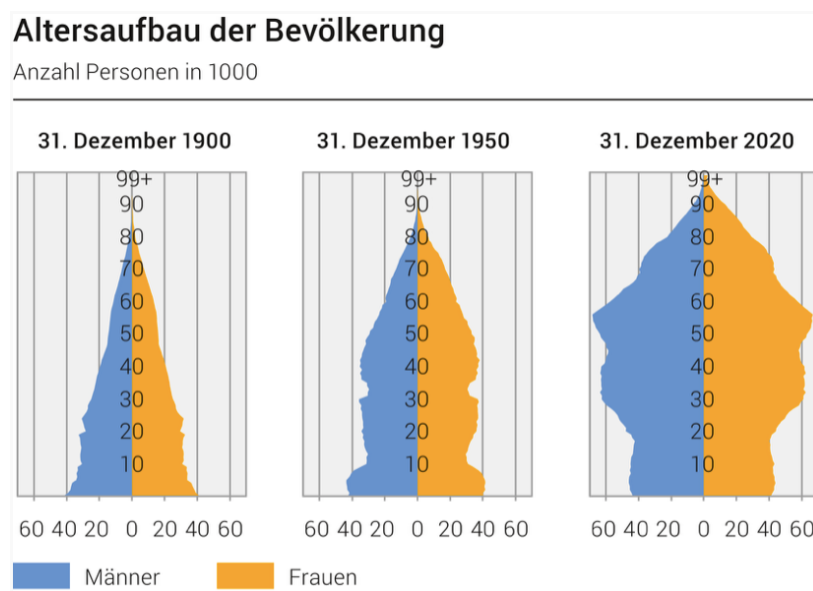


Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung (in: BFS 2022: 37)

Die Grafik zeigt, dass die Babyboomer in der aktuellen Alterspyramide des Bundesamtes für Statistik die stärkste Kohorte sind (vgl. ebd.). Die demografische Alterung ist jedoch kein neues Phänomen, sie beschleunigt sich bereits seit über hundert Jahren und wird die Altersstruktur auch in Zukunft verschärfen: Durch die Verschiebung der Altersstruktur nach oben stehen immer mehr ältere, immer weniger jungen Menschen gegenüber (vgl. ebd.; Höpflinger 2009: 22). Es ist eine «Alterung an der Spitze» festzustellen, während sich die Basis nicht verändert (vgl. BFS 2022: 38). Laut Bundesamt für Statistik (2020: o.S.) nimmt besonders der Anteil der über 80-Jährigen stark zu. Die Zahl der Rentnerinnen und Rentner ab 80 Jahren wird sich mehr als verdoppeln und im Jahr 2050 gemäss statistischen Berechnungen 10 % der Gesamtbevölkerung ausmachen. Hochaltrigkeit und Langlebigkeit sind und bleiben auch in Zukunft von hoher Relevanz und haben bedeutsame Auswirkungen auf Rentensysteme, Pflegeaufwendungen und Alterswohnformen (vgl. Höpflinger 2020a: 6; Höpflinger/van Wezemaal 2014: 41).

2.2 Alter und Altern

Nach Höpflinger (2009: 16) ist «Alter nicht gleich Alter». Das Phänomen des «Alterns» und des «Alters» kann von unterschiedlichen Perspektiven aus betrachtet werden, weshalb keine universell gültige Altersdefinition existiert (vgl. Pohlmann 2011: 106).

Das *Altern* ist ein natürlicher Prozess, den jeder Mensch von seiner Geburt an durchläuft und der mit dem Tod endet (vgl. Kruse/Wahl 2010: 7). Backes und Clemens (2013: 14) beschreiben Altern als einen Prozess, der von körperlichen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Aspekten beeinflusst wird. Die Prozesse des Alterns sind verschieden und mehrdimensional und betreffen nicht alle Menschen gleichermassen (vgl. Höpflinger 2009: 16). Daher können Menschen unterschiedliche Alterungsprozesse durchlaufen, wobei deren Gestaltbarkeit von genetischen Anlagen, der Gesundheit, der Offenheit des Individuums sowie von den sozialen und ökonomischen Bedingungen abhängig ist (vgl. Backes/Clemens 2013: 14). Das heisst, dass Entwicklungsprozesse bis zum Tod im Rahmen der vorgegebenen Kapazität gestaltbar sind (vgl. Kruse/Wahl 2017: 19). Es gibt keinen Abschnitt im Leben eines Menschen, der für seine Entwicklung eine besonders bedeutsame Stellung einnimmt. Jede Altersstufe bringt Entwicklungsgewinne und -verluste mit sich, wobei im zunehmenden Alter mehr Entwicklungsverluste erfahren werden (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 40). Dennoch können Verluste gerade im seelisch-geistigen Bereich zu Gewinnen führen, indem sie den Menschen die Möglichkeiten eröffnen, neue Perspektiven auf sich selbst und die Welt zu entwickeln (vgl. Kruse/Wahl 2010: 19). Alterungsprozesse sind demnach als lebenslang verlaufender Entwicklungsprozess zu verstehen, in denen Menschen selbst im hohen Alter noch fähig sind, sich zu verändern (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 39, 41).

Der Begriff *Alter* hingegen ist eine biometrische Messgrösse, die für eine Lebensphase ab der Geburt steht. Der Beginn dieser Phase hängt sowohl vom Verlauf des Alterungsprozesses wie auch von der individuellen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ab. Zudem spielen gesellschaftliche Vorstellungen und Zuschreibungen eine Rolle. Oftmals wird das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und der Eintritt in den Ruhestand als Beginn des Alters angesehen (vgl. Kruse 2017: 20). Aus dieser Perspektive können in der Schweiz Frauen ab 64 Jahren und Männer ab 65 Jahren als «alt» bezeichnet werden. Es ist jedoch bekannt, dass heute ältere Menschen einen besseren Gesundheitszustand, eine höhere Selbstständigkeit sowie eine höhere körperliche und geistige Leistungsfähigkeit als in der Vergangenheit aufweisen. Ausserdem sind auch nach Beginn des Ruhestands viele alte Menschen nicht bereit, sich als «alt» zu definieren. Für den Alterungsprozess sind demnach die gesamte Biografie und die Veränderung in unserem Organismus massgeblich (vgl. ebd.).

Zusammengefasst beschreibt demnach das Altern einen dynamischen Prozess von Veränderungen, während das Alter ein statischer Moment ist sowie Ergebnis des Alterungsprozesses (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 28). Um den Prozess des Alterns genauer zu betrachten, werden

nachfolgend zum einen die in der Gerontologie² verwendete mehrdimensionale Veränderungsstruktur des Alterns und zum anderen die Phasen des Alterns nach François Höpflinger genauer erläutert.

2.2.1 Dimensionen des Alters

Die Alterungs- und Entwicklungsprozesse eines Menschen sind auf verschiedenen Dimensionen erkennbar, jedoch stark vom jeweiligen Kontext abhängig. So zählt beispielsweise ein Leistungssportler mit 30 Jahren schon zu den Alten, während ein 65-jähriger Kardinal als jung bezeichnet wird (vgl. Pohlmann 2011: 106). Menschen mit zunehmendem Alter werden zwar aufgrund der Veränderung ihres Organismus und zentralen Nervensystems vulnerabel, doch gerade im Alter zeigt sich auch Stabilität und Wachstum. Neben Verlusten steht das Alter ebenso für umfangreiches Wissen, Erfahrungen, Umgang mit Anforderungen des Lebens sowie der Persönlichkeit (vgl. Bojack et al. 2010: 17 f.). Laut Kühnert und Ignatzi (2019: 42) ist das Altern ein individueller Prozess, der verschiedene Dimensionen einschliesst, die sich gegenseitig beeinflussen und bei der Ermittlung von Problemlagen zu berücksichtigen sind. Es wird zwischen folgenden Altersdimensionen differenziert, die jeweils unterschiedliche Aspekte fokussieren:

Kalendarisches Alter

Das Geburtsdatum einer Person wird im Alltag häufig verwendet, um zwischen Jung oder Alt zu unterscheiden und eine Zuordnung zu einer bestimmten Altersgruppe zu ermöglichen (vgl. Pohlmann 2011: 106). Das kalendarische Alter – auch chronologisches Alter oder Lebensalter genannt – eignet sich jedoch nicht als Variable, um eine Prognose des Erlebens und Verhaltens einer Person und ihrer funktionalen Leistungen vorzunehmen, denn dafür sind Alterungsprozesse und Altersverläufe zu unterschiedlich (vgl. ebd.). Beim Vergleich zweier gleichaltriger Menschen werden Unterschiede im Gesundheitszustand, in den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie in den Interessen klar ersichtlich, weshalb aus dem kalendarischen Alter nicht auf das subjektive Altersgefühl geschlossen werden kann (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 40). Das kalendarische Alter wird häufig verwendet, um gesellschaftliche oder politische Grenzen zu ziehen und diese zu legitimieren. So entscheidet beispielsweise das Lebensalter über das Ausüben des Wahlrechts, die Erreichung des Rentenalters oder über den gesetzlich erlaubten Konsum von Alkohol (vgl. Pohlmann 2011: 106 f.). Hier wird besonders deutlich, was für einen einflussreichen Stellenwert das kalendarische Alter in unserer Gesellschaft hat.

² Gerontologie ist die Wissenschaft vom Prozess des Alterns sowie des Alters als Lebensphase (vgl. Pohlmann 2011: 17).

Biologisches Alter

Das biologische Alter beschreibt den Alterungszustand des Organismus eines Menschen zwischen Geburt und Tod. In diesem Prozess zeigen sich unterschiedliche Entwicklungsverläufe, weshalb das biologische Alter nicht identisch mit dem kalendarischen Alter sein muss (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 41). Mit zunehmendem Alter nehmen unweigerlich die Funktionsfähigkeit des Körpers und seiner Organe ab, weshalb die Verletzlichkeit oder die Anfälligkeit für Erkrankungen steigt. Obwohl der körperliche Abbauprozess genetisch bestimmt ist, hängen beispielsweise Umwelteinflüsse oder eine gesunde Lebensweise mit dem gesamten Alterungsprozess zusammen (vgl. ebd.). Laut Pohlmann (2011: 106) weist das biologische Alter nicht ausreichend auf eine Altersgruppenzugehörigkeit hin und kann demnach nicht das Alter eines Menschen einschätzen. Das biologische Alter ist dann hilfreich, wenn es um Massnahmen geht, mit denen Gesundheitsrisiken vorbeugend erkannt und dadurch altersbedingte Krankheiten und Beeinträchtigungen verhindert oder abgemildert werden können (vgl. ebd.: 109).

Soziales Alter

Das soziale Alter bezieht sich auf die Position eines Menschen in einer Gesellschaft, welche sich oft am kalendarischen Alter orientiert (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 41). Die soziale Dimension enthält gesellschaftliche Einstellungen und Etikettierungen, die einer bestimmten Gruppe zugeschrieben werden (vgl. Pohlmann 2011: 107). Durch die gesellschaftliche Prägung des Alters werden soziale Anforderungen in den individuellen Lebensverläufen und damit verbundene Entwicklungsaufgaben bestimmt, wodurch wiederum definiert wird, ob sich eine Person altersgerecht verhält oder nicht (vgl. ebd.). Dies kann zu einer wesentlichen Neuausrichtung führen, wobei eine Gefahr für vorübergehende Fehlanpassungen besteht (vgl. Kruse 2001: o.S.). Ebenso beeinflussen kulturelle, historische oder meinungsbildende Prozesse innerhalb einer Gesellschaft die soziale Kategorie des Alters. Die damit verbundenen Werte bilden Altersnormen, was eine Zuordnung des sozialen Alters ermöglicht. Diese basieren beispielsweise auf dem Erscheinungsbild, dem Familienstand, dem Status oder der Sprache (vgl. Pohlmann 2011: 108).

Psychisches Alter

Das psychische Alter beschreibt das subjektive Altersempfinden einer Person und entspricht dadurch keiner konstanten Grösse. Das Selbstbild ist – bewusst oder unbewusst – von der Beurteilung des eigenen Alters geprägt (vgl. ebd.). Dabei spielt der gesamte Lebenslauf eine wesentliche Rolle, da besonders körperliche und kognitive Einschränkungen, Verluste von nahestehenden Menschen und die daraus resultierende Einsamkeit die Leistungsfähigkeit sowie das hohe Alter als Lebensabschnitt beeinflussen (vgl. Kruse 2017: 28). Die subjektive Altersbeurteilung ist abhängig von der individuellen Tagesform, vom persönlichen Krankheitserleben sowie von der jeweiligen Situation, in der sich eine Person befindet (vgl. Pohlmann 2011: 108). Infolgedessen kann das subjektive Alter stark schwanken und wird von persönlichen, sozialen

und gesundheitlichen Aspekten mitbestimmt (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 42). Weiter kann sich das gefühlte Alter und das von Anderen zugeschriebenen Alter deutlich unterscheiden, weshalb sich die Altersgrenze, was noch als jung und was bereits als alt zu bezeichnen ist, immer mehr nach hinten verschoben hat. Das individuelle Altsein beginnt im höheren Lebensalter entsprechend immer später (vgl. Pohlmann 2011: 108).

Funktionales Alter

Eine Unterteilung anhand des Gesundheitszustandes und den Fähigkeiten wird den Menschen und deren Lebenssituation eher gerecht, weshalb sich die Gerontologie seit längerem weg vom chronologischen Alter, hin zu einer funktionalen Definition des Alters wendet (vgl. Gasser/Knöpfel/Seifert 2015: 15). Das funktionale Alter nimmt die Leistungsfähigkeit einer Person in den Fokus und konzentriert sich allein auf eine aufgabenbezogene Zuschreibung des Alters (vgl. Pohlmann 2011: 110). Die Definition des funktionalen Alters beinhaltet auch wichtige und alltägliche Aufgaben, die Menschen im hohen Alter zu bewältigen haben. Dadurch werden Stärken und Schwächen älterer Menschen in Bezug auf vertraute Anforderungen sichtbar (vgl. ebd.). Die Leistungsfähigkeit bei Personen gleichen Lebensalters kann jedoch eine hohe Varianz aufweisen. So können sich Menschen im kalendarischen, biologischen, sozialen und psychischen Alter deutlich unterscheiden, während sie aus der Perspektive des funktionalen Alters gleich alt sind (vgl. ebd.). Zudem weist Pohlmann (2011: 110) auf die Wichtigkeit hin, dass unabhängig vom Lebensalter, die individuellen Bedürfnisse und Potenziale älterer Menschen stärker zu berücksichtigen sind.

Induziertes Alter

Das induzierte Alter umfasst die Aspekte und Faktoren, die den Alterungsprozess durch äussere Einflüsse – wie beispielsweise die Gesundheitsversorgung, soziale Unterstützung, Bildungschancen oder finanzielle Absicherung – oder den individuellen Lebensstil beeinflussen (vgl. ebd.). Aspekte wie saubere Luft, ausreichende Hygiene sowie hinreichende Vorsorge verlangsamen den Alterungsprozess. Ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, psychische und physische Belastungen sowie Alkohol- und Drogenkonsum bringen hingegen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko mit sich und führen eher zu einer vorzeitigen Alterung (vgl. ebd.: 111).

2.2.2 Die Phasen des Alterns

Durch den Wandlungsprozess im Alter entspricht die übliche Zweiteilung zwischen der Phase der Erwerbstätigkeit als erste Lebenshälfte und der Phase des Rentenalters als zweite Lebenshälfte nicht mehr der Realität (vgl. Höpflinger 2011: 11). Die Hochaltrigkeit hat zur Folge, dass sich die nachberufliche Lebensphase immer mehr ausweitet. Die zweite Lebenshälfte kann in weitere Lebensphasen unterteilt werden, weshalb heute oft zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter differenziert werden kann. Nachfolgend werden die Phasen älterer werdender Erwachsener genauer beleuchtet (vgl. ebd.).

Höheres Erwachsenenalter beziehungsweise Seniorenalter (50+)

In dieser Phase sind die meisten Menschen noch erwerbstätig, jedoch nähert sich das Pensionsalter (vgl. ebd.). Vielfach erfolgt der Wegzug der Kinder sowie die Geburt erster Enkelkinder. Diese Phase zieht für Menschen im höheren Erwachsenenalter bedeutsame familiäre Herausforderungen mit sich: Sie erleben einerseits die erste Altersrolle als Grossmutter oder als Grossvater, andererseits werden sie mit dem Altwerden, der Pflegebedürftigkeit und dem Sterben der eigenen Eltern konfrontiert (vgl. ebd.).

Gesundes Rentenalter / Drittes Lebensalter (ab 63 Jahre)

In dieser Phase sind die Menschen aufgrund ihrer Pensionierung damit beschäftigt, ihr Leben neu und attraktiv einzurichten (vgl. ebd.). Dank dem Ausbau der Altersvorsorge ist diese Phase durch eine gute finanzielle Absicherung gekennzeichnet. Immer mehr Rentnerinnen und Rentner können von einem länger andauernden und gesunden Alter profitieren. Dies erlaubt ihnen, die erste Phase ihres Rentenalters autonom nach eigenen Bedürfnissen zu gestalten und noch alle Freiheiten des späten Lebens zu geniessen (vgl. ebd.). Die älteren Menschen von heute sind oftmals gesünder, dynamischer, aktiver und selbstbewusster als frühere Generationen (vgl. Höpflinger 2014: 1). Die subjektive Gesundheit wird von der Mehrheit als gut bis sehr gut eingeschätzt. Obwohl in dieser Phase das soziale Alter beginnt, fühlen sich Menschen erst alt, wenn sie zum Beispiel in ihrer Mobilität eingeschränkt werden, in eine altersgerechte Wohnform eintreten müssen oder sie von Hilfe und Pflege abhängig sind (vgl. ebd.).

Hohes Lebensalter mit verstärkter Fragilität / Viertes Lebensalter (ab 80 Jahren)

Der Übergang vom «dritten» in das «vierte» Lebensalter bezeichnet der Prozess der Fragilisierung (vgl. Gasser et al. 2015: 30). Ab dem 80. Lebensjahr zeigen sich vermehrt körperliche und psychische Defizite, funktionale Einschränkungen sowie chronische Beschwerden, da sich im vierten Lebensalter – auch bei gesunder Lebensführung – die biologischen Abbauprozesse verstärken (vgl. Höpflinger 2014: 6; Höpflinger 2009: 27). So beispielsweise nimmt die Hör- und Sehfähigkeit ab, es besteht ein erhöhtes Sturzrisiko sowie dauernde Schmerzen an Gelenken, Gliedern oder Rücken nehmen zu (vgl. Höpflinger 2014: 6). Mit steigendem Alter erhöht sich das Risiko, kritische Lebensereignisse erleiden zu müssen, die den Prozess der Fragilisierung beeinflussen (vgl. Gasser et al. 2015: 4). Es kommt dabei nicht darauf an, ob es sich um ein positives oder negatives Ereignis handelt, denn kritische Lebensereignisse werden im hohen Alter prinzipiell als stressreich angesehen. Neben den plötzlichen körperlichen Ereignissen stellen auch Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit des Partners oder der Partnerin, Rollenwechsel oder Abschiede aus Rollen sowie Verluste von Angehörigen und Freunden einschneidende und radikale Veränderungen der Lebenssituation älterer Menschen dar (vgl. ebd. 30 ff.).

Das hohe Lebensalter ist sowohl für Einzelne wie auch für die Gesellschaft herausfordernd: Für die einzelnen Menschen geht es um soziale und wirtschaftliche Sicherung, gesellschaftliche Teilhabe, Persönlichkeitsentwicklung, Ausgleich von Einschränkungen sowie Bewältigung von Verlusten. Auf der gesellschaftlichen Ebene steht die Herstellung eines alters- und generationengerechten Lebensraums, Fürsorge und soziale Verantwortung im Fokus (vgl. Höpflinger 2014: 9). Im fragilen Alter zeigen sich – oft bei noch guten geistigen und kognitiven Fähigkeiten – Grenzen des Machbaren und Einschränkungen eines alternden Körpers müssen bewältigt werden (vgl. ebd.). Dadurch bilden und festigen sich oftmals negativ empfundene Defizitvorstellungen der Hochaltrigkeit. Dieser Rückgang der Entwicklung hat zur Folge, dass sich viele Menschen in dieser Phase ebenso subjektiv alt fühlen (vgl. Niekrens 2012: 32). Das hohe Lebensalter setzt keine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit voraus, jedoch ist diese Phase durch reduzierte Leistungsfähigkeit und erhöhte Vulnerabilität gekennzeichnet (vgl. Höpflinger 2014: 6).

Pflegebedürftiges Alter und Lebensende

Gegen Lebensende steigt das Risiko, auf Pflege und Hilfe von Anderen angewiesen zu sein – selbst für einfache Aktivitäten im Alltag (vgl. Höpflinger 2009: 29). Durch die steigende Lebenserwartung tritt zwar heutzutage die Pflegebedürftigkeit später ein, trotzdem bleibt es ein Schicksal, das mit sozialen Folgen verbunden ist. Dies können beispielsweise der Wechsel in eine altersgerechte Betreuungseinrichtung oder der Umgang mit dem Rückgang der eigenen Selbstständigkeit sein (vgl. Höpflinger 2014: 17). Der Verlust an Selbstständigkeit wirkt sich auf das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl aus. Die Belastung ist besonders gross, wenn körperliche Pflege notwendig wird. Nach der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) stehen damit oftmals tiefe Schamgefühle und die Sorge, anderen zur Last zu fallen, in Verbindung (vgl. DHS: o.J.: 13). Die Menschen müssen zum Lebensende immer mehr Verluste ertragen, weshalb diese Phase besonders durch Merkmale wie Solidarität, Unterstützung und Rücksichtnahme aber auch durch die Anerkennung der Endlichkeit des Lebens charakterisiert ist (vgl. Höpflinger 2011: 12). Dadurch ergeben sich jedoch auch unweigerlich ethische Dilemmas, etwa zwischen Unterstützung und Selbstständigkeitserhalt, zwischen Autonomie und Sicherheit oder zwischen medizinischen Interventionen und würdevollem Sterben (vgl. ebd.).

2.3 Struktur- und Generationenwandel

Die demografische Alterung wird zusätzlich durch zentrale Wandlungsprozesse des Alters beeinflusst (vgl. Höpflinger 2020a: 7). Die neueren Generationen von alternden Menschen wuchsen unter anderen gesellschaftlichen Verhältnissen auf, weshalb sie nicht über die gleichen Wertvorstellungen verfügen und folglich ihr Alter auch anders erleben (vgl. Höpflinger 2009: 30 f.). Die Möglichkeiten einer langen, gesunden und behinderungsfreien Lebenserwartung nach dem 65. Lebensalter sind gewachsen. Die Wissenschaft und die Forschung der Gerontologie tragen zu einer verstärkten Dynamik des Alterns bei, indem sie aufzeigen, dass das Alter innovativ und aktiv gestaltet werden kann. Dadurch werden die Prozesse des Alterns nicht mehr

passiv akzeptiert, sondern vielmehr als beeinflussbar angesehen (vgl. Höpflinger 2020a: 7 ff.). Die gesellschaftlichen Prozesse der Individualisierung, Pluralisierung und Dynamisierung betreffen nicht nur junge Erwachsene, sondern beeinflussen auch zunehmend ältere Generationen und deren Lebensvorstellungen und Lebensverläufe (vgl. Höpflinger 2009: 35). Die Pensionierung wird heute nicht mehr primär mit Ruhestand und Rückzug in Verbindung gesetzt, sondern es gibt vielfältige Möglichkeiten, die zweite Lebenshälfte zu gestalten (vgl. Höpflinger 2020a: 9). Die Phase ist demnach nicht nur von Defiziten und Verlusten geprägt, sondern es ergeben sich durch die neu gewonnene Zeit auch Chancen und vernachlässigte Kompetenzen können ausgelebt werden (vgl. ebd.).

Das «Alter» und «Altern» ist geprägt durch viele negative Merkmale und wird oft mit Verlusten, Abbau und Defiziten in Verbindung gesetzt: Verluste von körperlichen und geistigen Kräften, Vitalität, Vergesslichkeit und Einbußen an äußerer Attraktivität (vgl. Backes/Clemens 2013: 95). Ebenso kommen diesem Alter zugeschriebene Abbauerscheinungen von Vorstellungen über Verluste von sozialen Rollen, Angehörigen und Freunden sowie Einsamkeit, Isolation und allfällige Depressionen vor (vgl. ebd.). Als Gegenpol zu dieser Abwertung des Alters wird heute deshalb vermehrt vom «produktiven» und «erfolgreichen» Altern gesprochen (vgl. ebd.: 196 f.). Das erfolgreiche Altern fokussiert die individuelle Lebenszufriedenheit, die mit Selbständigkeit im Alter, Langlebigkeit, Gesundheit und erfolgreicher Bewältigung von Problemen im Alter verbunden wird (vgl. ebd.: 186). Menschen wollen immer länger jung und später alt sein (vgl. Höpflinger 2009: 36). Jedoch kann dadurch auch der Druck steigen und soziale Zwänge können entstehen, das sichtbare körperliche Altern zu verdrängen und diesem entgegenzuwirken. Lebenslanges Lernen sowie möglichst langer Erhalt der körperlichen Gesundheit und Fitness zählen heute zu den neuen üblichen Vorstellungen eines erfolgreichen Alterns (vgl. Höpflinger 2020a: 9). Mit dem produktiven Altern ist gemeint, dass sich alte Menschen durch Erwerbs-, Familien- oder Freiwilligenarbeit zum Wohle der Gesellschaft einsetzen können (vgl. Gasser et al. 2015: 16).

Die Gerontologie betont bereits seit einiger Zeit, dass Menschen mit steigendem Lebensalter nicht gleicher, sondern ungleicher werden. Ein Grundsatz aus der modernen Alternsforschung ist, dass Altern ein lebenslanger und lebensgeschichtlich verankerter Prozess ist (vgl. Höpflinger/van Wezemaal 2014: 20). Daher beeinflussen die bisherigen Lebenserfahrungen den Prozess des Alterns und prägen – abhängig von beruflichen, familiären und sozialen Erfolgen beziehungsweise Misserfolgen – die zweite Lebenshälfte (vgl. Höpflinger 2009: 37).

2.4 Herausforderungen und Veränderungsprozesse

Neben den persönlichen Merkmalen bestimmen auch die biografischen Erfahrungen den Alterungsprozess und die Lebenssituation im Alter. Menschen in der zweiten Lebenshälfte haben differenzierte Altersbilder³. Das Älterwerden ist demnach nicht allein durch körperliche Verluste charakterisiert, sondern beinhaltet auch Möglichkeiten einer lebenslangen Entwicklung (vgl. Tesch-Römer/Motel-Klingebiel/Wurm 2010: 289). Menschen im hohen Alter können ihre Zukunft gestalten – auch wenn sich mit steigendem Alter Herausforderungen und Grenzen ergeben (vgl. Höpflinger/van Wezemaal 2014: 20).

Gesundheit setzt sich als Verbindung von körperlicher Integrität, Adaptionfähigkeit des Organismus und Wohlbefinden zusammen (vgl. Backes/Clemens 2013: 214). Demgegenüber stellen Krankheiten Störungen dieses Systems dar, auf welche der Körper reagiert und versucht, die Balance zwischen Gesundheit und Krankheit wieder herzustellen (vgl. ebd.). Das Alter bringt sowohl Gewinne als auch Verluste mit sich (vgl. Kruse 2017: 21 f.). Als Gewinn zählen alle mit dem höheren Lebensalter verbundenen Ressourcen wie beispielsweise Reife, Weisheit und komplexes Lebenswissen. Verluste beschreiben hingegen alle Belastungen wie zum Beispiel die Umstellung der Identität durch die Pensionierung, Verluste von nahestehenden Personen sowie finanzielle Probleme (vgl. ebd.). Wenn in einer subjektiven Gegenüberstellung die positiven Aspekte dominieren, kann es zu einer Steigerung des Wohlbefindens im Alter führen. Wenn aber die Verluste überwiegen, kann dies bei mangelnden Kompensationsmöglichkeiten zu einer psychischen Störung führen (vgl. ebd.: 24 f.).

2.4.1 Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen im Alter

Altern ist nicht immer gleich mit Krankheit und schlechtem Befinden gleichzusetzen, jedoch steigt mit zunehmendem Alter das Risiko, zu erkranken (vgl. Gasser et al. 2015: 25). Zum Älterwerden gehören biologische Abbauprozesse, die wiederum zu einer erhöhten Krankheitshäufigkeit im Alter führen (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 3). Gefässerkrankungen, chronische körperliche sowie hirngorganische Erkrankungen nehmen zu und es besteht ein erhöhtes Risiko für Multimorbidität⁴. Das Leiden an mehreren chronischen Krankheiten wirkt sich negativ auf die Selbstständigkeit und Funktionsfähigkeit sowie die Schwere der Erkrankungen aus (vgl. ebd.: 4; Backes/Clemens 2013: 109). Es gibt einerseits Krankheiten, deren chronischer Verlauf den Menschen bis ins hohe Alter begleiten oder im Alter sogar gravierender verlaufen. Dies können beispielsweise Infektionen, Entzündungen oder Knochenbrüche sein. Andererseits treten gewisse Erkrankungen auch erst im Alter auf, wie etwa die Altersdiabetes, Arteriosklerose oder degenerative Veränderungen des Bewegungsapparats. Grundsätzlich besteht bei alten Menschen die Gefahr, dass Erkrankungen schwerwiegender verlaufen und eine

³ Das Altersbild ist die Vorstellung davon, wie ältere Menschen sind oder sein sollen (vgl. DHS o.J.: 14).

⁴ Multimorbidität beschreibt das gleichzeitige Leiden an zwei oder mehr chronischen Krankheiten (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz 2016: 4).

längere Zeit zur Genesung beanspruchen als bei jüngeren Menschen (vgl. Backes/Clemens 2013: 215).

2.4.2 Psychische Einschränkungen und Erkrankungen im Alter

Wie körperliche Erkrankungen, können auch psychische Erkrankungen im Alter das eigene Wohlbefinden stören (vgl. ebd.: 217). Problemlagen wie Pensionierung, Verwitwung, Isolation und Kontaktmangel können zu Depressionen, demenziellen Syndromen und chronischen Schmerzzuständen führen (vgl. ebd.: 218). Laut Gesundheitsförderung Schweiz (2016: 5) ist bei 15 bis 25 % der Rentnerinnen und Rentner das Auftreten einer psychischen Erkrankung wahrscheinlich. Demenz, Depressionen, soziale Isolation und Einsamkeit im Alter sind Herausforderungen mit erheblichen gesundheitlichen Folgen, die sowohl die Lebenslage alter Menschen wie auch die ihrer Angehörigen einschränken (vgl. ebd.). Ältere Menschen müssen sich dem Alter anpassen (vgl. Schnoz et al. 2006: 10). Wenn dieser Anpassungsprozess misslingt, kann dies eine Abhängigkeitserkrankung begünstigen (vgl. ebd.).

3 Sucht, Abhängigkeit und Alkoholismus

In diesem Kapitel werden zuerst die Begrifflichkeiten «Sucht» und «Abhängigkeit» definiert. Da sich die vorliegende Arbeit mit dem Alkoholkonsum im Alter befasst, folgt anschliessend eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Hintergründen und Folgen des Alkoholismus. Laut BAG (2015: 32) gilt Alkohol in der Schweiz als die häufigste konsumierte psychoaktive Substanz, weshalb die Thematik von Bedeutung ist.

3.1 Sucht

Dem Suchtbegriff wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen eine andere Bedeutung zugeschrieben und andere Erklärungsmuster für die Entstehung von Sucht verwendet, was eine allgemeingültige Definition von Sucht erschwert (vgl. Ullrich 2018: 208). Der Ausdruck «Sucht» stammt ursprünglich vom altgermanistischen Wort «siech» ab, was krank sein bedeutet. Der Begriff wurde anfänglich für körperliche Krankheiten wie Fallsucht oder Gelbsucht verwendet. Im 19. Jahrhundert stand der Suchtbegriff eher mit negativ bewerteten Verhaltensweisen wie beispielsweise Herrschsucht, Geltungssucht oder Gewinnsucht in Zusammenhang (vgl. ebd.). Heute ist Sucht auch im allgemeinen Sprachgebrauch weit verbreitet und findet sich beispielsweise in den Wörtern Sehnsucht oder Eifersucht wieder (vgl. Soyka/Küfner 2008: 7).

3.1.1 Sucht und Abhängigkeit

Aus psychiatrischer Sicht beinhaltet Sucht nicht nur bestimmte Stoffe, sondern auch jegliches menschliche Verhalten, was ein Suchtpotenzial aufweisen kann (vgl. ebd.: 8). Sucht ist gekennzeichnet durch ein «unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand.» (Gross 2016: 6) Diese Erweiterung des Suchtbegriffes umfassten die unterschiedlichsten Formen menschlichen Fehlverhaltens, weshalb die Weltgesundheitsorganisation bereits im Jahr 1964 empfahl, den Begriff Sucht als unwissenschaftlich aufzugeben und ihn durch den Begriff der Abhängigkeit zu ersetzen (vgl. Soyka/Küfner 2008: 8). Eine Abhängigkeit ist durch ein zwanghaftes Verhalten charakterisiert, dass trotz negativen gesundheitlichen und sozialen Folgen für die betroffene Person und sein Umfeld weiter existiert (vgl. BAG 2015: 11).

Durch die Heterogenität der Formen von Sucht sind keine klaren Grenzen ersichtlich, weshalb der Begriff weit gefasst werden kann (vgl. Bell 2015: 21). In der Medizin gilt Sucht als eine Krankheit. Expertinnen und Experten sprechen daher von Abhängigkeit (vgl. BAG 2015: 13). Derzeit wird der Begriff Sucht wieder häufiger verwendet, besonders bei einer stoffungebundenen Sucht beziehungsweise Verhaltenssucht wie beispielsweise Spielsucht, Kaufsucht oder Arbeitssucht (vgl. Soyka/Küfner 2008: 7 f.). Suchtformen und Suchtgewohnheiten stehen im stetigen Wandel und passen sich dem gesellschaftlichen Kontext an (vgl. BAG 2015: 11).

Sucht kennt kein Alter und kann sich unabhängig von der Herkunft, Kultur und dem sozialen Status entwickeln (vgl. ebd.: 13).

Trotz dieser Präzisierungen wird in der Fachliteratur der Begriff Sucht auch für stoffgebundene Süchte verwendet, weshalb in der vorliegenden Arbeit die beiden Begrifflichkeiten Sucht und Abhängigkeit synonym verwendet werden.

3.1.2 Sucht in der Schweiz

Verhaltenssüchte gewinnen in unserer Gesellschaft zunehmend an Bedeutung, dennoch liegen in der Schweiz nur begrenzt verlässliche Zahlen vor, wie viele Menschen von einer stoffgebundenen Sucht betroffen sind (vgl. Fischer/Mäder/Telser 2021: 26). Primär bringt die öffentliche Wahrnehmung eine Suchterkrankung mit dem Gebrauch von illegalen Drogen in Verbindung. Alkohol, Tabak und Medikamente zählen zu den häufigsten substanzbezogenen Süchten (vgl. Marschall/Ullrich/Sievers 2010: 252). Laut BAG (2015: 32 f.) trinken neun von zehn Personen Alkohol, rund 25 % der Schweizer Bevölkerung raucht Tabak und eine halbe Million Menschen haben mindestens einmal Cannabis konsumiert. Im Jahr 2013 hing jede vierte Hauptdiagnose mit einer Substanz zusammen. Davon wiesen 5.5 % der stationär behandelten psychiatrischen Patientinnen und Patienten einen schädlichen Gebrauch auf und nahezu bei 65 % wurde eine Abhängigkeitsstörung diagnostiziert (vgl. ebd.: 35). Im Jahr 2017 verursachte der Suchtmittelkonsum insgesamt 101'271 stationäre Fälle in Spitälern, Psychiatrien und Rehakliniken. Darunter standen 66 % mit dem Konsum von Tabak, 27 % mit dem Alkoholkonsum und 7 % mit dem Drogenkonsum in Verbindung (vgl. Fischer et al. 2021: 55 f.).

3.2 Alkoholismus

Zwei führende Fachinstanzen der USA haben im Jahr 1992 eine Definition von Alkoholismus formuliert, die von Soyka und Kufner (2008: 9 f.) folgendermassen übersetzt wurde:

Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst werden. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.

Eine weitere mögliche Definition von Alkoholismus bietet das weltweit anerkannte Klassifikationssystem «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)». Neben der Alkoholabhängigkeit nennt das ICD-10 zusätzlich als unabhängige Störung auch den schädlichen Gebrauch.

3.2.1 Alkoholabhängigkeit

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfAM) umschreibt das Abhängigkeitsyndrom nach ICD-10 als «eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, bei denen der Konsum einer Substanz eine hohe Priorität hat.» (BfAM 2022: F10.2)

Eine Alkoholabhängigkeit wird dann diagnostiziert, wenn im letzten Jahr mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt waren (vgl. ebd.; Bojack et al. 2010: 39):

- Ein starkes Verlangen, Alkohol zu konsumieren
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren (Kontrollverlust)
- Entwicklung einer Toleranzerhöhung (Gewöhnung)
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung des Konsums oder Reduktion der Menge
- Unverhältnismässig viel Zeit wird für die Beschaffung, den Konsum und die Erholung der Folgen des Konsums verwendet
- Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben
- Einengung der Interessen zugunsten des Konsums und/oder Vernachlässigung anderer wichtigen Aktivitäten und Verpflichtungen
- Fortsetzen des Substanzgebrauchs, obwohl bereits erhebliche Folgeerscheinungen auftreten

Entgegen einer weitverbreiteten Meinung sind daher beim Absetzen von Alkohol nicht zwingend körperliche Entzugerscheinungen vorhanden (vgl. Schumacher/Marthaler 2017: 15).

Bei einer bestehenden Alkoholabhängigkeit kann zwischen einer physischen und psychischen Abhängigkeit unterschieden werden (vgl. Soyka 2009: 16). Die *physische* beziehungsweise körperliche Abhängigkeit ist das Resultat eines langjährigen, übermässigen Alkoholkonsums, weshalb der Körper eine Toleranz⁵ entwickelte. Ein typisches Merkmal für die physische Abhängigkeit sind zudem die Entzugerscheinungen bei der Absetzung der Substanz (vgl. ebd.). Die *psychische* Abhängigkeit spielt sich im subjektiven Befinden einer Person ab. Es beschreibt den anhaltenden Wunsch und das unwiderstehliche Verlangen nach dem Alkoholkonsum. Dieses in der Fachsprache genannte «craving» kann das Leben des Betroffenen und dessen Persönlichkeit massgeblich beeinflussen (vgl. Bojack et al. 2010: 36 f.). Es treten Eigenschaften wie beispielsweise Geheimhaltung, Unzuverlässigkeit, sozialer Rückzug, Kritikschwäche oder Konzentrationsschwierigkeiten auf. Auch kann es zu einem sozialen Abstieg kommen, denn oftmals ergeben sich weitere Probleme, insbesondere Spannungen in der Partnerschaft, Familie oder Schule sowie im Wohnumfeld oder am Arbeitsplatz. Die Interessen drehen sich nur noch um den Alkohol, was die psychische Belastung sowohl bei der betroffenen Person als auch seines Umfelds erhöht (vgl. ebd.). Gemäss Soyka (2009: 16) handelt es sich um einen

⁵ Eine Erhöhung der Toleranz zeigt sich dann, wenn eine süchtige Person immer eine höhere Dosis des Suchtmittels konsumieren muss, um die angestrebte Wirkung zu erreichen (vgl. Ullrich 2018: 210).

Teufelskreis: Die physische Abhängigkeit zeigt sich dann, wenn aufgrund sinkendem Alkoholspiegel Entzugserscheinungen auftreten. Sobald die betroffene Person eine bestimmte Alkoholmenge konsumiert hat, bessern sich oder verschwinden die Entzugserscheinungen wieder.

3.2.2 Alkoholmissbrauch oder schädlicher Gebrauch

Ein schädlicher Gebrauch infolge des Alkoholkonsums liegt vor, wenn fortgeschrittenes Trinken zu einer Gesundheitsschädigung oder einer psychischen Störung führt (vgl. BfAM 2022: F10.1). Ebenso deutet der weitere regelmässige Konsum von Alkohol – trotz negativer Folgen auf psychischer und körperlicher Ebene – auf einen schädlichen Gebrauch hin. Darunter fallen auch Beeinträchtigungen bei der Arbeit, im Haushalt oder in der Schule (vgl. Lützenkirchen 2010: 14). Die Kriterien für eine Abhängigkeit sind noch nicht erfüllt, allerdings besteht das Gebrauchsmuster seit mindestens einem Monat oder trat in den letzten zwölf Monaten wiederholt auf (vgl. IFT Institut für Therapieforschung 2021: o.S.).

Die Diagnosekriterien liefern zwar wichtige Hinweise und bieten Orientierung, trotzdem gibt es auch abhängige Personen, die nicht anhand der Symptome nach ICD-10 zugeordnet werden können (vgl. Bojack et al. 2010: 41). Laut Sucht Schweiz (2018: 5) gibt es schätzungsweise über eine Viertelmillion Alkoholabhängige und jede fünfte Person konsumiert regelmässig in einem schädlichen Ausmass. Bei diesen Konsummustern steht nicht der Genuss im Vordergrund, sondern der Alkoholkonsum dient vielmehr als Mittel zum Zweck, um so beispielsweise Probleme zu verdrängen, soziale Hemmungen zu überwinden oder Einsamkeit zu bekämpfen. Allerdings spielen neben der Orientierung an der Trinkmenge auch individuelle Faktoren und die Lebenssituation eine wichtige Rolle für die Beurteilung des Konsumverhaltens (vgl. Schumacher/Marthaler 2017: 15).

3.3 Formen des Alkoholkonsums

Bereits bei einem regelmässigen Konsum von Alkohol in einer bestimmten Menge können körperliche, seelische und soziale Folgen auftreten (vgl. Bojack et al. 2010: 35). Die Nationale Strategie Sucht unterscheidet aufgrund der Intensität und den damit verbundenen Risiken für das Individuum und die Gesellschaft zwischen einem risikoarmen und risikohaften Konsum (vgl. BAG 2015: 12).

3.3.1 Risikoarmer Alkoholkonsum

Es handelt sich um einen normalen Gebrauch, wenn in einer begrenzter Menge Alkohol zum Durstlöschen oder in einer geselligen Runde getrunken wird (vgl. ebd.). Unter einem risikoarmen Konsum versteht sich jener Konsum, der innerhalb der jeweiligen vorgegeben Richtlinie liegt.

Für gesunde Erwachsene bedeutet dies, wenn pro Tag folgende Trinkmenge nicht überschritten wird:

- Frauen: 12 Gramm reiner Alkohol = 1 Standardglas = 1 Deziliter Wein, 3 Deziliter Bier oder 4 Zentiliter Schnaps
- Männer: 24 Gramm reiner Alkohol = 2 Standardgläser = 2 Deziliter Wein, 6 Deziliter Bier oder 8 Zentiliter Schnaps

Zudem sollte an mindestens zwei Tagen pro Woche auf Alkohol verzichtet werden, um eine Toleranzentwicklung zu vermeiden und damit das Trinken nicht zur Gewohnheit wird (vgl. Schumacher/Marthaler 2017: 15).

3.3.2 Riskanter Konsum

Der riskante Alkoholkonsum wird in exzessiven, chronischen und situationsunangepassten Konsum unterteilt (vgl. BAG 2015: 12). Der *exzessive Konsum* meint den übermässigen, innerhalb kurzer Zeit wiederholten Alkoholkonsum in grosser Menge. Wenn über eine längere Zeitspanne erhöht und regelmässig konsumiert wird, beschreibt dies einen *chronischen Konsum*. Der Alkoholkonsum in Situationen, die besondere Gefahren oder bewusst negative Folgen für sich selbst und/oder andere mit sich ziehen, gilt als *situationsunangepasstes Verhalten*. Dazu zählen beispielsweise Autofahren oder Arbeiten an einer laufenden Maschine (vgl. ebd.).

Ein täglicher Verzehr von mehr als zwei Gläsern Alkohol bei Frauen und mehr als vier Gläsern Alkohol bei Männern zählt zu einem chronisch risikoreichen Konsum. Ab dieser Menge besteht ein erhöhtes Risiko für gänzlich oder teilweise alkoholbedingte gravierende Gesundheitsfolgen sowie weitere einschneidende negative Auswirkungen (vgl. Schumacher/Marthaler 2017: 15).

3.4 Typologie der Alkoholikerinnen und Alkoholiker

Es gibt unterschiedliche Gründe, warum Menschen einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen. Eine typische «Trinkpersönlichkeit» gibt es nicht, denn der Grad der Abhängigkeit, das Trinkverhalten sowie die Anlässe, um zu konsumieren, sind individuell verschieden. Eine der bekanntesten Typologien von Menschen mit Alkoholproblemen wurde von Jellinek im Jahr 1960 entwickelt. Er unterscheidet zwischen fünf Untergruppen von «Trinkern» (vgl. Kruse/Körkel/Schmalz 2001: 69). Dabei handelt es sich bei Alpha- und Betatypen um eine Vorstufe, weshalb sie als Abhängigkeitsgefährdete eingestuft werden. Die letzten drei Typen erfüllen die Kriterien der Alkoholabhängigkeit und gelten somit als krankhaft (vgl. ebd.).

3.4.1 Konflikttrinkerin/Konflikttrinker (Alpha)

Der Alpha-Typ nutzt das Rauschmittel vorwiegend, um Spannungen wie Ärger, Stress und Unlustgefühl abzubauen (vgl. Soyka 2009: 20). In diese Typologie fallen auch Menschen, die an körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen leiden und versuchen, ihre Situation durch den Alkoholkonsum erträglicher zu machen. Konflikttrinkerinnen und Konflikttrinker leiden

meist (noch) an einer geringen psychischen Abhängigkeit und zeigen grundsätzlich keine Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit. Sie trinken nur so viel, dass sie nicht die Kontrolle verlieren und jederzeit mit dem Alkoholkonsum aufhören können. Bei Alpha-Typen ist das Risiko hoch, dass sie sich zu Gamma-Typen entwickeln (vgl. ebd.).

3.4.2 Gelegenheitstrinkerin/Gelegenheitstrinker (Beta)

Der Beta-Typ beschreibt eine Gesellschaftstrinkerin oder einen Gesellschaftstrinker. Soziale Umstände begünstigen den Alkoholkonsum, weshalb diese Typen bei gesellschaftlichen Anlässen exzessiv trinken. Es lässt sich weder eine psychische noch eine physische Abhängigkeit beobachten, jedoch zeigen sich bereits körperliche und geistige Folgeschäden des Alkoholkonsums, die im Unterkapitel 3.6 näher erläutert werden (vgl. Soyka 2009: 21).

3.4.3 Süchtige Trinkerin/süchtiger Trinker (Gamma)

Beim Gamma-Typ besteht eine starke psychische, in fortgeschrittenen Stadien auch eine physische Alkoholabhängigkeit. Dieser Typ ist durch Kontrollverlust, bei bestehender Fähigkeit zur Abstinenz, gekennzeichnet: Sie können Tage und Wochen ohne Alkohol auskommen. Sobald sie jedoch ein wenig Alkohol trinken, kommt es wieder zu massivem Alkoholkonsum. Ebenso können kritische Lebensereignisse wie beispielsweise eine Scheidung, der Tod einer nahestehenden Person oder die Kündigung des Arbeitsverhältnisses bei Personen, die schon immer viel Alkohol konsumiert haben, ein süchtiges Trinkverhalten begünstigen. Gamma-Typen werden aufgrund ihres starken Alkoholkonsums oft mit Delta-Typen verwechselt (vgl. ebd.).

3.4.4 Gewohnheitstrinkerin/Gewohnheitstrinker (Delta)

Der Delta-Typ trinkt gewohnheitsmässig grössere Mengen an Alkohol. Es besteht aufgrund des jahrelangen massiven Alkoholkonsums eine starke körperliche Abhängigkeit. Der Körper wird von der konsumierenden Person unter ständigen Alkoholeinfluss gesetzt, um Entzugserscheinungen zu vermeiden und die Funktionsfähigkeit zu erhalten. Gewohnheitstrinkerinnen und Gewohnheitstrinker sind oftmals in der Lage, ihren Alkoholkonsum zu kontrollieren. Sie werden auch Spiegeltrinkerinnen oder Spiegeltrinker genannt, denn sie trinken täglich und konstant Alkohol, um ihren Pegel zu halten (vgl. ebd.: 22).

3.4.5 Quartalstrinkerin/Quartalstrinker (Epsilon)

Der Epsilon-Typ kann als Unterform des Gamma-Typus bezeichnet werden. Die Phasen der Abstinenz oder des unauffälligen Trinkens werden durch Phasen exzessiven Trinkens unterbrochen. Epsilon-Typen trinken dann über mehrere Tage, bis es zum körperlichen Zusammenbruch kommt. In diesen exzessiven Trinkepisoden kommt es zu einem völligen Kontrollverlust, woraus schwere soziale Folgen und/oder körperliche Schädigungen resultieren (vgl. ebd.).

Nicht jede alkoholranke Person lässt sich klar einem Typus zuordnen. Es gibt zahlreiche Mischformen und Übergänge, die oft fließend erfolgen. Für die Behandlung einer alkoholranke Person liefert die Typologie von Jellinek nur wenige Anhaltspunkte, jedoch ist sie hilfreich, um eine Alkoholproblematik zu erkennen (vgl. ebd.).

3.5 Verlauf der Alkoholerkrankung

Aus klinischer Sicht handelt es sich bei einer Alkoholabhängigkeit um eine chronische Krankheit, die wechselhaft verlaufen kann (vgl. Soyka/Küfner 2008: 258 f.). Entwicklungsprozesse und Veränderungen einer Alkoholabhängigkeit können sich auf die ganze Lebenszeit erstrecken. Sowohl Forschende aus der Theorie wie auch der Empirie versuchten, die Alkoholerkrankung in Phasen oder Stadien einzuteilen (vgl. ebd.). Jellinek entwickelte im Jahr 1952 ein Phasenmodell für die Entwicklung des Alkoholismus, welches bis heute Bestand hat. Die einzelnen Phasen können unterschiedlich lang andauern und Symptome können gleichzeitig auftreten. Im Verlauf der Erkrankung nehmen Folgeschäden immer stärker zu (vgl. ebd.: 257 f.). Die voralkoholische als auch die Anfangsphase werden selten von Betroffenen selbst oder deren Umfeld wahrgenommen und erkannt (vgl. Soyka 2009: 23).

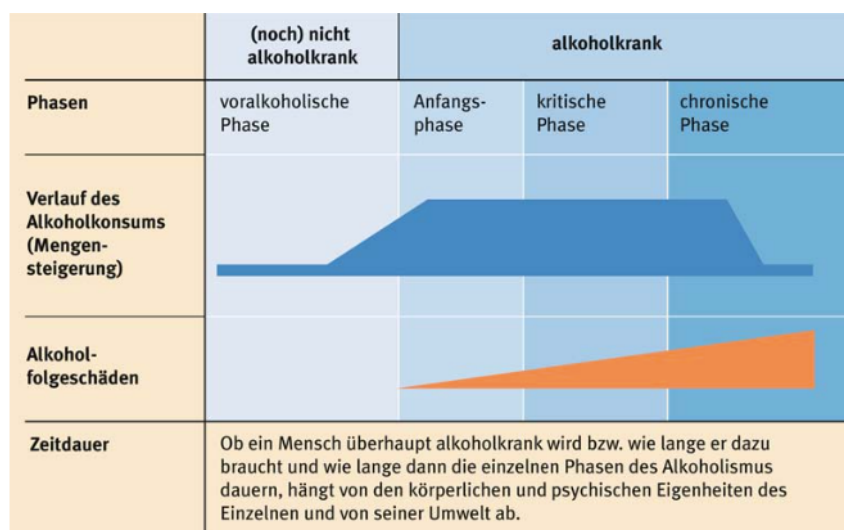


Abb. 2: Das Phasenmodell nach Jellinek (in: Soyka 2009: 23)

3.5.1 Voralkoholische Phase

Die voralkoholische Phase beschreibt den genussvollen Umgang mit dem Alkoholkonsum (vgl. ebd.: 24). Das Bundesamt für Statistik (2019: 2) zeigt auf, dass im Jahr 2017 82 % der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Alkohol getrunken hat. Die Mehrheit dieser Bevölkerungsgruppe konsumierte Alkohol risikoarm und befand sich daher in der voralkoholischen Phase (vgl. Sucht Schweiz 2018: 5). Wer in dieser Phase vermehrt Alkohol trinkt, die Menge erhöht sowie Alkohol konsumiert, um Probleme zu vergessen oder Gefühle zu verdrängen, nimmt das Risiko auf sich, in die Anfangsphase der Alkoholerkrankung überzutreten (vgl. Soyka 2009: 24).

3.5.2 Anfangsphase

In dieser Phase treten aufgrund des steigenden Alkoholkonsums bereits Warnsignale wie beispielsweise Gedächtnislücken, heimliches Trinken oder Schuldgefühle auf. Die betroffene Person beginnt zunehmend die Kontrolle über ihren Alkoholkonsum zu verlieren (vgl. ebd.).

3.5.3 Kritische Phase

Die kritische Phase ist durch den Kontrollverlust über das Trinken charakterisiert. Die betroffene Person rechtfertigt ihren Konsum, vernachlässigt andere Interessen zugunsten des Alkohols und es entstehen erste Konflikte in der Familie und/oder am Arbeitsplatz (vgl. ebd.). In der Folge kommt es zu sozialem Rückzug. Weiter wird die Ernährung vernachlässigt und bereits am Morgen Alkohol konsumiert. Neben einer psychischen Abhängigkeit entwickelt sich auch eine physische Abhängigkeit: Wenn nicht getrunken wird, treten Entzugserscheinungen wie beispielsweise Zittern oder Schweissausbrüche auf (vgl. ebd.: 24 f.).

3.5.4 Chronische Phase

In der letzten Phase ist die betroffene Person oft tagelang im Rausch oder hat einen permanent hohen Alkoholspiegel. Es treten organische Schädigungen und schwere Gedächtnisstörungen auf und die Persönlichkeit verändert sich. Ein Toleranzverlust oder gar -bruch setzt ein: Die Alkoholverträglichkeit bricht fast völlig zusammen, da geringe Mengen ausreichen, um betrunken zu werden. Personen, die sich in dieser fortgeschrittenen Phase befinden, sind im sozialen Leben stark beeinträchtigt und meist nicht mehr arbeitsfähig (vgl. ebd.: 25). In der Schweiz konsumieren rund 100'000 Menschen zwischen 55 und 75 Jahren chronisch zu viel Alkohol (vgl. BAG 2015: 32).

3.6 Folgen durch Alkoholismus

In der Gesellschaft gilt Alkohol als wichtiges Kulturgut und ist Bestandteil vieler religiöser Rituale. Doch Alkohol ist äusserst giftig, wenn er in grösseren Mengen und innerhalb kurzer Zeit konsumiert wird (vgl. Soyka 2009: 48). Der Körper kann den Alkohol nicht mehr verarbeiten und abbauen, was zu einer zunehmenden Blutalkoholkonzentration führt. Eine Blutalkoholkonzentration von über vier Promille kann bereits tödlich wirken (vgl. ebd.: 56). Laut Sucht Schweiz (2018: 5) sterben in der Schweiz pro Tag mehr als vier Personen an missbräuchlichem Alkoholkonsum. Der Alkoholkonsum wirkt zerstörerisch unter anderem auf das Gehirn, die Leber und das Herz sowie auf die Psyche. Gesundheitsschäden treten nicht nur bei abhängigen Personen auf, sondern auch wer nur geringe Mengen konsumiert, schädigt seinen Körper und senkt die Lebenserwartung deutlich (vgl. Soyka 2009: 48, 55). Nachfolgend werden mögliche Auswirkungen von Alkoholkonsum dargestellt. Die Liste kann nicht als abschliessend betrachtet werden. Allerdings soll sie einen Überblick über die umfassenden körperlichen Erkrankungen sowie psychische und soziale Folgen geben, die der Alkoholkonsum mit sich bringt.

3.6.1 Körperliche Folgeschäden

Der Konsum von Alkohol wirkt sich auf den gesamten Körper aus. Je nach Dauer der Einnahme und je nach Trinkverhalten verursachen alkoholische Getränke Veränderungen aller Organsysteme, was eine Vielzahl schwerwiegender körperlicher Krankheiten verursacht (vgl. Lesch et al. 2020: 142). Darunter fallen besonders schwere Leberschäden bis hin zur irreversiblen chronischen Hepatitis oder Leberzirrhose (vgl. Gross 2016: 55). Allein die alkoholbedingte Leberzirrhose führt in der Schweiz zu mehr als 600 Todesfällen pro Jahr (vgl. BAG 2015: 36). Weiter kann es zu Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes sowie zu Störungen der Bauchspeicheldrüse kommen, was wiederum das Immunsystem schwächt und zu einer erhöhten Anfälligkeit für andere Krankheiten führt (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 26). Verschiedene Krebsarten, Erkrankungen des Nervensystems, allgemeine Hirnveränderungen sowie Fehl- und Unterernährung können als Folgeerscheinung eines akuten und/oder chronischen Alkoholkonsums auftreten. Es kann zur Beeinträchtigung der Herzfunktion, Gefässschädigungen, erhöhten Verletzungen aufgrund von Unfällen, Bluthochdruck und Stoffwechselstörungen kommen. Eine weitere Folge zeigt sich in sexuellen Funktionsstörungen, was hingegen wiederum zu psychischen Folgen führen kann (vgl. ebd.: 26 f.).

3.6.2 Psychische Folgeschäden

Alkoholkonsum kann ein breites Spektrum an möglichen psychischen Auswirkungen mit sich bringen: Einerseits führt eine geringe Alkoholmenge zu leichter Benommenheit und Glücksgefühlen sowie der Verminderung von Ängsten und Hemmungen. Andererseits kann Alkoholkonsum schweren Schwindel, Desorientiertheit, unkontrollierte Motorik und Erbrechen verursachen (vgl. Gross 2016: 56). Der Fakt, dass Alkohol alle Organsysteme schädigt, führt zu negativen Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 27). Bei dauerhaftem, übermässigem Konsum können Angstzustände, erhöhte Depressivität, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsverluste sowie soziale Rückzugstendenzen auftreten. Auch kann es zu einer Veränderung der Persönlichkeit kommen (vgl. Soyka/Küfner 2008: 235). Dies zeigt sich beispielsweise durch ein geringes Selbstwertgefühl, eine geringere Frustrationstoleranz, Stimmungsschwankungen, Aggressivität, eine zunehmende Gleichgültigkeit und Apathie oder eine Einengung der Interessen zugunsten des Alkoholkonsums (vgl. ebd.; Soyka 2009: 58 f.). In einem fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeit können zudem psychische Störungen wie Psychosen, Alkoholhalluzinose oder das Korsakow-Syndrom⁶ auftreten (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 27).

⁶ Das Korsakow-Syndrom ist eine Schädigung des Gehirns, die oft Folge eines langjährigen, starken Alkoholkonsums ist. Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit und der Orientierung sind Anzeichen für das Korsakow-Syndrom (vgl. Soyka 2009: 60).

3.6.3 Soziale Auswirkungen

Die Alkoholauswirkungen betreffen nicht nur die Gesundheit, sondern auch das soziale Umfeld der alkoholkranken Person. Gerade nahe Familienmitglieder, wie Kinder und Partnerinnen oder Partner, leiden oft unter den negativen Folgen des Alkoholkonsums (vgl. Soyka 2009: 65). Durch die veränderte Persönlichkeit der alkoholkranken Person kommt es vermehrt zu Konflikten und aggressivem Verhalten. Familie und Freunde werden vernachlässigt und Beziehungen gehen in die Brüche, was zur sozialen Ausgrenzung führt (vgl. ebd. 65 ff.). Alkoholranke Personen sind irgendwann nicht mehr in der Lage, ihre alltäglichen Aufgaben zu erfüllen, was sich auch auf das Berufsleben auswirkt (vgl. ebd.: 68). Die berufliche Leistung wird durch den Alkoholkonsum negativ beeinflusst, was zu Problemen am Arbeitsplatz bis hin zum Jobverlust und damit zu finanziellen Schwierigkeiten führt (vgl. ebd.: 68-71). Alkohol belastet ebenso unsere Gesellschaft: Rund die Hälfte aller Straftaten stehen mit Alkoholkonsum in Verbindung. Im Jahr 2015 wurden fast 500 Verkehrsteilnehmende bei Alkoholunfällen schwer oder tödlich verletzt (vgl. BAG 2015: 39; Beratungsstelle für Unfallverhütung 2016: 68). Im Jahr 2017 beliefen sich die alkoholbedingten Kosten in der Schweiz auf vier Milliarden Franken, was 0,6 % des Bruttoinlandproduktes entspricht (vgl. Fischer et al. 2021: 79).

Nicht jeder Mensch reagiert gleich auf den Konsum von Alkohol. Neben der Alkoholmenge sind auch Faktoren wie Genetik, Geschlecht, Rasse, körperliche und psychische Verfassung, Gewöhnung, Alter sowie situative Faktoren ausschlaggebend für die individuelle Verträglichkeit des Alkohols (vgl. Soyka 2009: 49). Frauen vertragen normalerweise weniger Alkohol als Männer, Menschen aus Asien weniger als Menschen aus Europa. Personen, die regelmässig Alkohol trinken, weisen eine höhere Verträglichkeit auf als Menschen mit sporadischem Konsum. Ebenso verarbeiten ältere Menschen den Alkohol deutlich schlechter, denn mit steigendem Alter verändert sich die Reaktionsweise des Körpers, was neue Risiken mit sich bringt (vgl. ebd.). Das folgende Kapitel stellt eine Verbindung zwischen den Phänomenen «Alter» und «Alkoholismus» dar und beleuchtet spezifische Aspekte von Alkoholismus im Alter.

4 Alkoholismus im Alter

Lange Zeit galten Suchterkrankungen als ein Phänomen des jungen und mittleren Erwachsenenalters (vgl. Wolter 2018: 758). Es bestand die verbreitete Auffassung, dass sich Suchtprobleme im Alter «auswachsen» oder die Betroffenen aufgrund der gravierenden Folgeschäden das höhere Alter gar nicht erst erreichen (vgl. ebd.). Durch die steigende Lebenserwartung sowie die vermehrt aktive, relativ gesunde Lebensphase nach dem Pensionierungsalter gewinnt der Konsum von Alkohol zunehmend an Bedeutung (vgl. Hoff 2018: 56). Im folgenden Kapitel werden die Ursachen der Alkoholabhängigkeit im Alter erläutert und es folgt anschliessend eine Unterteilung in zwei Kategorien von alten, alkoholabhängigen Menschen. Die Wirkung des Alkoholkonsums auf ältere Menschen sowie die Auswirkungen von Alkoholismus im Alter schliessen das Kapitel ab.

4.1 Ursachen der Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Ursache von Abhängigkeit und Missbrauch ist nicht nur in der Wirkung verschiedener Suchtmittel, sondern insbesondere auch in der Vulnerabilität von Menschen zu sehen. Suchtmittel werden demnach oftmals als Coping-Strategie zur Bewältigung des Lebens eingenommen (vgl. Lesch/Walter 2020: 9 f.). Die beiden folgenden Unterkapitel befassen sich sowohl mit den allgemeinen Entstehungsbedingungen und Ursachen einer Suchterkrankung als auch mit den Entwicklungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter.

4.1.1 Allgemeine Entstehungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit

Obwohl einige klassische Erklärungsversuche für die Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit existieren, wurde keine von diesen als allgemeingültige Theorie anerkannt (vgl. Bojack et al. 2010: 43). Eine körperliche Abhängigkeit kann zwar monokausal begründet werden, dennoch zeigten sich in verschiedenen Erklärungsmodellen, dass eine Suchterkrankung mehrere Ursachen hat, die jeweils notwendig, aber nicht unbedingt zwingend für den Ausbruch der Erkrankung sind (vgl. Bell 2015: 54). Kielholz und Ladewig stellten bereits im Jahr 1973 eine Verbindung mit den Faktoren Mensch, Mittel und Milieu her, wodurch das «Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig» entstanden ist. Laut diesem Modell entsteht Sucht durch ein Zusammenwirken der psychischen Disposition des Betroffenen, der Griffnähe zur Substanz und der sozialen Umgebungsbedingungen (vgl. ebd.: 55). Auch Bojack et al. (2010: 43) verstehen die Suchtentwicklung nicht im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Mechanismus. Vielmehr fördert ein individuelles Wechselspiel zwischen den Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen, Umweltmerkmalen sowie spezifischen Besonderheiten des Suchtmittels die Entstehung von Sucht. Dieses biopsychosoziale Krankheitsmodell umfasst nahezu alle Dimensionen und konkretisiert die multiplen möglichen Ursachen von Sucht im Dreieck von Individuum, Substanz und Umwelt (vgl. Sucht Schweiz 2013: 4).

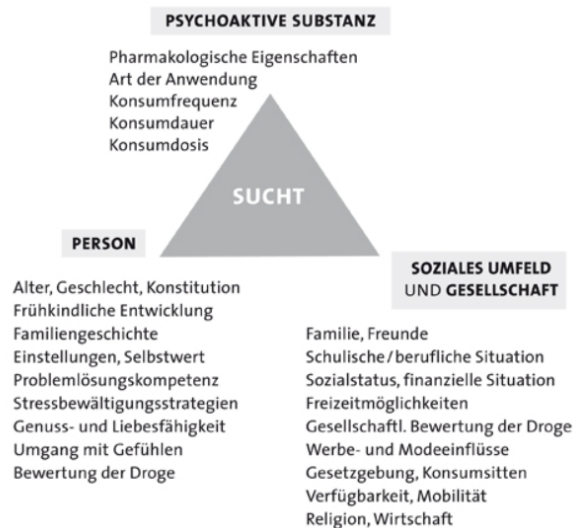


Abb. 3: Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig (in: Institut Suchtprävention 2016: o.S.)

Gemäss Wolter (2018: 758) ist das Zusammenspiel von den drei Faktoren sowohl für die Entstehung wie auch für die weitere Entwicklung der Suchterkrankung entscheidend. Er beschreibt folgende Dynamik:

Je anfälliger die Persönlichkeit, je grösser das Suchtpotenzial der Droge und je ungünstiger die sozialen Kontextbedingungen, um so früher beginnt eine Suchterkrankung. Je länger ein Suchtmittel missbräuchlich konsumiert wird, je weniger die Persönlichkeit reifen und das Individuum funktionale Problembewältigungsstrategien erwerben kann und je ungünstiger die sozialen Kontextbedingungen auf Dauer sind, desto grösser werden die somatischen, psychischen und sozialen Folgeschäden.

Nicht alle Suchtmittel weisen das gleiche Abhängigkeitspotential auf (vgl. Soyka/Küfner 2008: 22). Alkohol ist einer der meistkonsumierten psychoaktiven *Substanz* und besitzt ein hohes Suchtpotential (vgl. Soyka 2009: 78 ff.). Wenn Alkohol exzessiv und kontinuierlich konsumiert wird, entwickelt sich schnell eine Toleranz und führt sowohl zu einer psychischen wie auch zu einer physischen Abhängigkeit (vgl. ebd.: 16 ff.). Zu den *sozialen Umgebungsbedingungen* zählen einerseits der Einfluss der Familie und des direkten sozialen Umfeldes einer Person wie auch deren Trinkverhalten, andererseits auch die Verfügbarkeit des Suchtmittels, die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber psychoaktiven Substanzen sowie kulturelle und strukturelle Bedingungen in der Gesellschaft (vgl. Gross 2016: 8 f.). Jeder Mensch ist einzigartig, weshalb auch die konsumierende *Person* mit all ihren körperlichen und psychischen Eigenschaften betrachtet werden muss (vgl. ebd.: 7). So sind verschiedene Faktoren wie das Lebensalter, das Geschlecht, die Persönlichkeitsstruktur, die familiäre Prädispositionen, die Erfahrungen und Erlebnisse, die persönliche Einstellung zum Alkoholkonsum, Konfliktlösungsstrategien sowie der eigene Lebensstil ausschlaggebend in der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. ebd.; Fachambulanz für Suchtkranke et al. 2012: 6).

4.1.2 Entwicklungsbedingungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter

Alte Menschen stellen aufgrund des demografischen Wandels sowie der Veränderungen und Herausforderungen im Alter eine Risikogruppe für eine Abhängigkeitserkrankung dar (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 38). Eine Alkoholabhängigkeit kann sich auch im höheren Alter entwickeln beziehungsweise verfestigen und zu weiteren schweren gesundheitlichen Schäden führen (vgl. ebd.). Nach dem Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (GBS) trinkt in der Schweiz jede vierte Person ab 64 Jahren mindestens einmal pro Tag Alkohol, weshalb der tägliche Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe zu den höchsten zählt. Zu Beginn des Rentenalters trinken 8 % chronisch Alkohol, ab 75 Jahren sind es noch 5 % (vgl. GBS 2016: 9). Allerdings unterscheiden sich die Konsummuster von älteren Menschen stark von denen der jüngeren Generationen, denn sie trinken oft allein zuhause und über den Tag verteilt (vgl. Bojack et al. 2010: 58). Sucht im Alter wird oft nicht erkannt, da die Symptome unspezifisch sind und nicht selten anderen Alterskrankheiten zugeordnet werden (vgl. Ruhwinkel/Wieser 2014: 905).

Wie bei jüngeren Menschen gibt es auch bei älteren Menschen keine allgemeine Erklärung dafür, warum sich eine Alkoholabhängigkeit entwickelt (vgl. DHS o.J.: 24). Da die Prozesse des Alterns mehrdimensional sind, spielen sowohl biologische, psychologische und soziale Faktoren als auch lebensgeschichtliche Einflüsse eine wesentliche Rolle für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. ebd.; Höpflinger/van Wezemaal 2014: 19). Folglich gibt es verschiedene Ursachen und auslösende Faktoren für eine Abhängigkeit im Alter. Es handelt sich um einen schleichenden Prozess, indem mehrere einschneidende Faktoren und Lebensveränderungen oder -krisen aufeinandertreffen können (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 43). Gerade das Alter bringt viele Veränderungen mit sich, die für viele Rentnerinnen und Rentner nicht einfach zu bewältigen sind (vgl. Fachambulanz für Suchtkranke et al. 2012: 6). Ab dem dritten Lebensalter nimmt die physiologische Leistungskapazität ab und das Risiko für chronische Erkrankungen steigt. Trotzdem weisen viele Menschen im hohen Lebensalter einen guten Gesundheitszustand auf und können altersbedingte Belastungen und Einschränkungen verarbeiten oder durch Gewinne des Alters kompensieren (vgl. Kruse 2017: 31 f.; Niekrens 2012: 37 f.). Das vierte Lebensalter ist jedoch verstärkt durch körperliche, kognitive, emotionale und soziale Verletzlichkeit gekennzeichnet, weshalb in diesem Lebensabschnitt häufig Verluste überwiegen (vgl. Kruse 2017: 31 f.). Der Konsum von Alkohol kann durch altersspezifische Entwicklungsaufgaben und Anpassungserfordernisse begünstigt werden, da er für die Betroffenen kurzfristig eine Erleichterung in einer belastenden Situation darstellen kann (vgl. Niekrens 2012: 38). Wenn ältere Menschen Schwierigkeiten haben, altersbezogene soziale, psychische und physische Veränderungen anzunehmen und nicht über genügend Bewältigungsstrategien verfügen, stellt dies ein Risikofaktor für eine Alkoholabhängigkeit im Alter dar (vgl. ebd.: 38 f.).

4.2 Klassifikation älterer, alkoholabhängiger Menschen

In der Fachliteratur werden oftmals die alkoholbezogenen Störungen unter Älteren in zwei Gruppen eingeteilt, welche sich am Beginn des problematischen Trinkverhaltens orientieren. Es wird zwischen älteren alkoholkranken Menschen mit einem frühen Beginn vor dem 60. Lebensjahr («early-onset») und einem späteren Beginn nach dem 60. Lebensjahr («late-onset») differenziert (vgl. Hoff 2018: 59). Etwa zwei Drittel aller Alkoholikerinnen und Alkoholiker entwickeln bereits früher oder im mittleren Erwachsenenalter eine Abhängigkeit, hingegen wird der Anteil der Menschen, die erst nach dem 60. Lebensjahr einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen, auf ein Drittel geschätzt (vgl. ebd.).

Ob eine Erkrankung früher oder später beginnt, hängt mit unterschiedlichen Schutz-, Risiko- und Belastungskonstellationen zusammen (vgl. ebd.). Es werden sowohl die konstitutionell-genetischen Faktoren wie auch die individuellen Sozialisations- und Lerngeschichten berücksichtigt, was zu deutlichen gruppenstatistischen Unterschieden zwischen den beiden Prototypen führt (vgl. Wolter 2018: 759). In der nachfolgenden Tabelle über die Merkmale der «early-onset» und «late-onset» wird ersichtlich, dass es Abweichungen zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich Vorbelastungen, Sozial- und Gesundheitsstatus sowie Therapiestatus gibt.

Tab. 1 Early-onset- und Late-onset-Alkoholabhängigkeit. (Nach [1, 9, 13–16], [e14–e18])		
	„Early onset“ (EO)	„Late onset“ (LO)
Alter (Jahre) bei Beginn des Alkoholproblems	<60	≥60
Geschlecht	Eher männlich	Eher weiblich
Häufigkeit	Zwei Drittel der Prävalenz	Ein Drittel der Prävalenz
Persönlichkeit	Eher instabil	Eher stabil
Wohnsituation	Häufig wechselnd	Eher konstant
Soziales Netzwerk	Häufig alleinstehend, geschieden	Häufig familiäre Bindung
Sozioökonomischer Status	Häufiger niedriger Status	Häufiger höherer Status
Bildungsniveau	Eher niedrig	Eher höher
Konfliktverhalten	Eher vermeidend	Eher problemlösend
Probleme mit der Justiz	Häufiger	Selten
Familiäre Erfahrung mit Alkoholmissbrauch	Häufig	Selten
Intoxikationstage	Häufig	Seltener
Raucherstatus	Meist Langzeitraucher	Häufiger Nichtraucher
Kognitive Beeinträchtigungen	Eher ausgeprägt	Eher gering
Therapieadhärenz und -prognose	Mäßig	Gut

Abb. 4: Alkoholabhängigkeit im Alter - Prototypen (in: Wolter 2018: 761)

4.2.1 Early-onset-Alkoholismus

Early-onset-Alkoholabhängige sind Menschen mit einem langjährigen Abhängigkeitsverlauf und ausgeprägten Anzeichen von Alkoholmissbrauch. Der problematische Alkoholkonsum beginnt bereits im jüngeren oder mittleren Lebensalter und kann bis ins hohe Alter anhalten (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 22). Menschen mit early-onset-Alkoholismus wurden bereits früh in ihrem Leben mit mehreren, schweren Belastungen konfrontiert. Diese konstitutionell-genetischen

und psychosozialen Risikofaktoren können für die Entstehung einer early-onset-Alkoholabhängigkeit verantwortlich sein (vgl. Wolter 2015: 560). Menschen aus dieser Gruppe weisen mehr chronische und somatische Erkrankungen sowie komorbide psychische Störungen auf als Menschen mit late-onset-Alkoholismus (vgl. Wolter 2018: 759). Durch den beständigen Alkoholkonsum kumulieren sich körperliche und psychische Folgeerkrankungen sowie soziale Folgeschäden, die sich im Alter massiver und schwerwiegender äussern als bei late-onset-Alkoholabhängigen (vgl. ebd.).

4.2.2 Late-onset-Alkoholismus

Late-onset-Alkoholabhängige beginnen erst im fortgeschrittenen Alter risikohaft Alkohol zu konsumieren (vgl. DHS o.J.: 24). Als Auslöser für den late-onset-Alkoholismus werden häufig alterstypische Belastungen, Lebenskrisen oder mangelnde Bewältigungsstrategien bei kritischen Lebensereignissen genannt (vgl. Hoff 2018: 59 f.). Allerdings können auch Menschen eine alkoholbezogene Störung mit einem late-onset entwickeln, wenn sie ihre Trinkmenge nicht der mit dem Älterwerden nachlassenden Alkoholtoleranz anpassen (vgl. Wolter 2015: 560). Oftmals verfügen late-onset-Alkoholabhängige im Vergleich zu early-onset-Alkoholabhängigen über eine höhere soziale und psychische Stabilität, mehr Lebenszufriedenheit, eine geringere somatische und psychiatrische Komorbidität sowie weniger kognitive Beeinträchtigungen (vgl. Hoff 2018: 59). Menschen mit late-onset-Alkoholismus erinnern sich positiv an ihren früheren Lebensabschnitt, weshalb sie insgesamt mehr psychosoziale Ressourcen als Menschen mit early-onset-Alkoholismus besitzen. Aufgrund dieser vorhandenen Ressourcen werden Menschen, die erst im hohen Alter eine Abhängigkeit entwickeln, bessere Behandlungserfolge zugeschrieben und haben somit eine optimistischere Therapieprognose (vgl. ebd.).

4.3 Wirkung des Alkohols auf ältere Menschen

Es gibt, unabhängig vom Alter, alkoholbedingte Risiken und Schädigungen mit steigender Menge des Alkoholkonsums. Durch den risikohaften Alkoholkonsum sind besonders ältere Menschen stark betroffen und gefährdet, denn die altersbedingten körperlichen Veränderungen sowie die alterstypischen Erkrankungen führen zu einer abnehmenden Alkoholtoleranz (vgl. ebd.: 64). Mit zunehmendem Alter können die Körperzellen das Wasser nicht mehr so gut speichern, weshalb der Flüssigkeitsgehalt des Körpers sinkt. Der geringere Körperwasseranteil führt bei gleicher Trinkmenge zu einer höheren Blutalkoholkonzentration und somit zu einer stärkeren Wirkung als im jungen oder mittleren Erwachsenenalter (vgl. DHS o.J.: 21). Im höheren Lebensalter werden die Nerven im Gehirn zunehmend sensibler gegenüber Alkohol und alkoholischer Wirkung, sodass bereits bei einer geringen Menge die Gefahr verstärkt wird, das zentrale Nervensystem zu schädigen. Des Weiteren verlangsamt die reduzierte Regenerationsfähigkeit der Leberzellen im Alter den Abbau des Alkohols. Es kann bereits bei einer geringen

Menge von Alkohol zu einer erhöhten Wirkkonzentration kommen (vgl. GBS 2016: 29). Gleichzeitig können dadurch schädliche Folgen weniger gut kompensiert werden (vgl. Wolter 2015: 559).

Die Richtwerte für einen risikoarmen Konsum können aufgrund der altersbedingten körperlichen Veränderungen nicht auf ältere Menschen übertragen werden (vgl. Bojack et al. 2010: 61). Folglich müssten die Grenzwerte für einen riskanten Alkoholkonsum von 12 Gramm reinem Alkohol bei Frauen oder 24 Gramm bei Männern für Menschen im höheren Lebensalter verringert werden (vgl. Hoff 2018: 60).

4.4 Folgen von Alkoholismus im Alter

Obwohl leere Alkoholflaschen, der Geruch von Alkohol, Torkeln oder Lallen wichtige Hinweise für einen riskanten Alkoholkonsum sind, werden Alkoholprobleme bei älteren Menschen von Aussenstehenden häufig übersehen (vgl. DHS o.J.: 25). Menschen im hohen Lebensalter zeigen ein weniger auffälliges Konsummuster, sie konsumieren seltener exzessiv Alkohol als jüngere Menschen, sodass altersbedingte Veränderungen oftmals nicht mehr von alkoholbedingten Folgeschäden abgegrenzt werden können (vgl. ebd.). Im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund chronischer Krankheiten die regelmässige Einnahme von Medikamenten erforderlich ist (vgl. GBS 2016: 9). An jenen Tagen, an denen Alkohol konsumiert wird, nehmen mehr als ein Drittel der älteren Menschen noch zusätzlich Medikamente ein (vgl. ebd.). Die Wirkungen und Nebenwirkungen vieler Medikamente können in Konstellation mit Alkohol verstärkt werden, was zu gesundheitsschädigenden und gefährlichen Wechselwirkungen führen kann (vgl. Hoff 2018: 64). Ältere Menschen sind demnach durch verschiedenste nachteilige Faktoren vorbelastet, weshalb bei ihnen andere Folgeschäden durch den Konsum von Alkohol in den Vordergrund rücken (vgl. DHS o.J.: 25).

Die altersbedingten physiologischen Veränderungen führen zu einer niedrigeren Alkoholverträglichkeit, einem verlangsamten Abbau sowie einer erhöhten Sensitivität des Gehirns gegenüber Alkohol (vgl. GBS 2016: 29). Neben diesen Auswirkungen auf den Körper sowie den allgemeinen Folgen des Alkoholismus steht der Konsum im hohen Lebensalter mit weiteren körperlichen Schäden sowie psychosozialen Folgen im Zusammenhang, die nun erläutert werden.

4.4.1 Körperliche Folgen im Alter

Menschen mit zunehmendem Alter sind aufgrund alterstypischer Erkrankungen in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und in ihrer Mobilität eingeschränkt. Die Auswirkung des Alkohols auf die Beweglichkeit kann Gangunsicherheiten auslösen und stellt ein erhöhtes Sturz- und damit verbundenes Verletzungsrisiko dar (vgl. Wolter 2015: 559). Ebenso zeigen sich Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter unter anderem auch in Magen-Darm-Problemen, Mangelernährung, Verlust von Körpergewicht, Schwindelanfälle sowie Schlafstörungen (vgl. ebd.). Ein

übermäßiger und chronischer Alkoholkonsum führt häufig zu Bluthochdruck, Zittern, Übelkeit sowie erhöhtem Diabetesrisiko (vgl. ebd.; GBS 2016: 8).

4.4.2 Psychosoziale Folgen im Alter

Alkohol belastet den Organismus und mindert die geistige Leistungsfähigkeit, was zahlreiche psychische Störungen nach sich ziehen kann (vgl. Soyka 2009: 58). Insbesondere bei Menschen im hohen Lebensalter ist das Auftreten von komorbiden psychischen Erkrankungen ausgeprägt, wodurch das tägliche Leben stark beeinflusst wird (vgl. Hoff 2018: 64). Psychische Belastungen können sowohl die Ursache für eine Alkoholabhängigkeit darstellen als auch die Folge eines riskanten Konsums sein (vgl. GBS 2016: 10). Laut Hoff (2018: 64) besteht vor allem zwischen dem Konsum von Alkohol und der Entwicklung einer Depression ein Zusammenhang: Ältere depressive Menschen weisen gegenüber nicht-depressiven Menschen ein vierfach höheres Risiko für Alkoholismus auf. Infolge der Alkoholabhängigkeit im Alter kommt es häufig zu einem Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben, was häufig die bestehende Einsamkeit noch verstärkt (vgl. GBS 2016: 10). Wenn ältere Menschen ihre Trinkmenge alkoholhaltiger Getränke nicht reduzieren, kann dies zu weiteren Auswirkungen wie Vernachlässigung der (Körper-)Hygiene, Verwahrlosung, Antriebsschwäche, Verlust von Interessen und Abnahme des Selbstwertgefühls führen (vgl. ebd.; Wolter 2015: 559).

5 Lebensweltorientierung älterer, alkoholabhängiger Menschen

Nach Konopik (2019: 28) tragen sowohl die gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse wie auch die Lebenswelt der Menschen zur Gesundheitsförderung bei. Dabei wird gerade die Lebenswelt der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung selten von den Nicht-Abhängigen verstanden (vgl. Bell 2015: 49). Nach der Auseinandersetzung mit den Grundlagen zum Thema Alter, Abhängigkeit und Alkoholismus im Alter soll nun das Konzept der Lebensweltorientierung einen sozialarbeiterischen Zugang zu diesem Themenkomplex eröffnen. Die folgenden Unterkapitel erläutern die wichtigsten Aspekte des Konzepts der Lebensweltorientierung und stellen eine Verknüpfung zu alternden, alkoholabhängigen Menschen her.

5.1 Konzept der Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung geht auf Hans Thiersch zurück und entwickelte sich ab den 1960er Jahren aufgrund des sozialen Wandels und der damit einhergehenden Entwicklungen im Zusammenhang mit der zweiten Moderne laufend weiter (vgl. Thiersch 2020: 16, 22 f.). Das Konzept orientiert sich an der Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten (vgl. Grundwald/Thiersch 2018: 304). Es wird dabei zwischen den zentralen Begriffen «alltägliche Lebenswelten» und «Alltäglichkeit» differenziert: *Alltägliche Lebenswelten* sind jene Orte, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt (vgl. ebd.). Es ist die Welt, in der ein Mensch sich bewegt und agiert. Alltägliche Lebenswelten werden durch gesellschaftliche, politische und kulturelle Gegebenheiten beeinflusst, weshalb sie das Leben von Menschen bestimmen (vgl. Thiersch 2020: 34). Die *Alltäglichkeit* hingegen meint die individuelle Lebensgestaltung eines Menschen und dessen persönliche Erfahrungen sowie das Finden von primären Aufgaben und der eigenen Identität (vgl. Grundwald/Thiersch 2016: 33). Es beschreibt einerseits das Verhalten vor Ort, andererseits werden auch Bewältigungsstrategien sichtbar, die einem Menschen zur Verfügung stehen, um in den alltäglichen Lebenswelten bestehen zu können (vgl. Grundwald/Thiersch 2018: 304).

Das Konzept der Lebensweltorientierung fokussiert die Komplexität der alltäglichen Lebensverhältnisse der Adressatinnen und Adressaten und berücksichtigt darin ihre Ressourcen, Schwierigkeiten, Einschränkungen, Freiheiten sowie Gestaltungsmöglichkeiten (vgl. ebd.: 303). Die Bewältigung des Lebens wird aufgrund der gesellschaftlichen Zwänge sowie der sich verschärfenden sozialen Ungleichheit zunehmend schwieriger und anspruchsvoller zu gestalten (vgl. Thiersch/Grundwald/Königter 2012: 181).

Thiersch et al. (2012: 175) geben in diesem Zusammenhang folgende Umschreibung für die Lebensweltorientierung:

Sie betont – in der Abkehr von traditionell defizitärem und individualisierendem Blick auf soziale Probleme – das Zusammenspiel von Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen im sozialen Feld und gewinnt daraus das Handlungsrepertoire zwischen Vertrauen, Niedrigschwelligkeit, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfsentwürfen (...).

Auf der einen Seite verlangen sie von der Sozialen Arbeit, sich auf die gesellschaftlichen Veränderungen einzulassen und flexibel darauf zu reagieren. Die gegebenen Lebensverhältnisse für die Betroffenen sollen anders dargestellt werden, damit deren Perspektive in einem zu bewältigenden und ertragbaren Ausmass erscheinen. Auf der anderen Seite hat die Soziale Arbeit auch einen politischen Auftrag, indem sie sich für die soziale Gerechtigkeit einsetzt und Gerechtigkeit in den materiellen und immateriellen Ressourcen realisiert (vgl. ebd.: 178). Auch der Berufskodex verweist darauf, dass vor allem benachteiligte Menschen das Recht auf Teilhabe an sozialen Ressourcen haben sollen (vgl. AvenirSocial 2010: 7). Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit verfolgt somit das Ziel, die Lebensräume, sozialen Bezüge und Ressourcen ihrer Adressatinnen und Adressaten zu stärken sowie sie in ihrer Lebenswelt und ihrer Alltagsbewältigung zu unterstützen, um ihnen dadurch innerhalb der gesellschaftlichen Strukturen einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen (vgl. Grunwald/Thiersch 2018: 303).

5.2 Der gelingendere Alltag

Als Grundhaltung des Konzepts formulierte Thiersch Struktur- und Handlungsmaximen, die zentral für die Ausgestaltung einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit sind (vgl. Grunwald/Thiersch 2018: 308). Sie bieten Orientierung einerseits für die Zusammenarbeit zwischen Professionellen der Sozialen Arbeit und ihren Adressatinnen und Adressaten, andererseits auch für die Gestaltung der Arbeitsarrangements in den verschiedenen Arbeitsfeldern (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 42). Nachfolgend werden fünf Struktur- und Handlungsmaximen beschrieben, die aus Sicht der Autorin dieser Arbeit für die Beantwortung der Fragestellung von Bedeutung sind.

5.2.1 Alltagsnähe

Im Alltag der Adressatinnen und Adressaten entstehen Handlungsmuster und Routinen, welche durch die Dimensionen *erfahrene Zeit*, *erfahrener Raum* sowie *erfahrenen sozialen Beziehungen* beeinflusst werden (vgl. Thiersch 2020: 59). Alltagsnähe entsteht, wenn die Soziale Arbeit niederschwellig erreichbar und präsent im alltäglichen Lebensraum der Adressatinnen und Adressaten ist (vgl. ebd.: 119). Es müssen ihnen demnach ganzheitliche und umfassende Hilfestellungen und Hilfsangebote im Alltag zur Verfügung stehen sowie deren Zugang einfach, unbürokratisch und spontan möglich sein (vgl. Thiersch et al. 2012: 189).

5.2.2 Regionalisierung/Sozialraumorientierung

Neben den Forderungen der Alltagsnähe knüpft die Maxime der Regionalisierung und Sozialraumorientierung an der Eigensinnigkeit der unterschiedlichen Erfahrungsräume der Adressatinnen und Adressaten an (vgl. Grunwald/Thiersch 2018: 308). Hilfsangebote sollen dort angesiedelt sein, wo sie gebraucht werden (vgl. Thiersch 2020: 123). Hilfestellungen müssen auf die situationsbezogenen Gegebenheiten angepasst und jederzeit unterstützend sein (vgl. Thiersch et al. 2012: 189).

5.2.3 Prävention

Als Prävention sehen Thiersch et al. (2012: 189) vor allem die Festigung und den Aufbau sozialer Netzwerke und Strukturen, welche den Adressatinnen und Adressaten die nötige Sicherheit und Anerkennung vermitteln. Es wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden: *Primäre Prävention* zielt auf das Erreichen eines günstigen und tragfähigen Alltags und wird als allgemeine Aufgabe der Sozialen Arbeit verstanden (vgl. Grunwald/Thiersch 2016: 43). Es geht um das Aneignen von verschiedenen Strategien, um die Zukunft möglichst gut zu bewältigen (vgl. Thiersch 2020: 128). Die *sekundäre Prävention* hingegen greift vorbeugend ein, indem sie versucht, prädestinierte Herausforderungen und Krisen abzuwenden. Die Adressatinnen und Adressaten sollen befähigt werden, Alltagsprobleme selbstständig zu bearbeiten und zu lösen (vgl. Grunwald/Thiersch 2018: 308 f.). Als *tertiäre Prävention* werden alle pädagogischen und therapeutischen Massnahmen bezeichnet, die einen Rückfall vermeiden und zurück zur Normalität führen (vgl. Thiersch 2020: 130).

5.2.4 Integration und Inklusion

Integration und Inklusion bedingt die Gleichheit, Gleichberechtigung und Gleichwürdigkeit aller Menschen hinsichtlich ihrer Rechte (vgl. ebd.: 132). Gleichheit meint auch die Anerkennung von Problemen, die Berücksichtigung von Erlebnissen sowie den daraus resultierenden Besonderheiten im Alltag (vgl. ebd.: 134 f.). Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit fokussiert sich darauf, dass Adressatinnen und Adressaten nicht aufgrund bestimmter Bedürfnisse ausgegrenzt oder von diesen abgegrenzt werden. Es geht einerseits um Respekt und Offenheit für Unterschiedlichkeiten innerhalb dieser Gleichheit, andererseits auch um das Recht auf individuelle Lebensgestaltung, die allgemein als nicht gelingend angesehen wird (vgl. Grunwald/Thiersch 2018: 309).

5.2.5 Partizipation

Partizipation bedeutet das Vorhandensein von Möglichkeiten zur Beteiligung, Mitbestimmung, Teilhabe und Mitgestaltung der Lebensverhältnisse (vgl. Thiersch 2020: 139). Es meint auch die Konsensfindung auf Basis von Aushandlungen gleichberechtigter Parteien und gegenseitiger Anerkennung (vgl. Thiersch et al. 2012: 189 f.). Hilfe- und Unterstützungsleistungen sind

stetig mit der Zielgruppe auszuhandeln und bedarfsgerecht mit ihnen anzupassen (vgl. Grundwald/Thiersch 2016: 46). In der gemeinsamen Verhandlung möglicher Lösungen sind sowohl die Ressourcen als auch die unterschiedlichen Voraussetzungen wie beispielsweise das Alter, die Lebenslage oder die Bewältigungsstrategien zu berücksichtigen (vgl. Thiersch 2020: 140). Im Unterstützungsprozess ergeben sich aufgrund der strukturellen Asymmetrie von Hilfe Ungleichgewichte, weshalb einzelne Aufgabenstellungen, Zielgruppen und Arbeitsbereiche individuell gestaltet werden müssen (vgl. Grundwald/Thiersch 2016: 46).

5.3 Dimensionen der Lebensweltorientierung

Die alltägliche Lebenswelt ist durch die Dimensionen der erfahrenen Zeit, des erfahrenen Raums, der sozialen Beziehungen sowie der alltäglichen Bewältigungsaufgaben strukturiert (vgl. Thiersch et al. 2012: 186). Durch diese Dimensionen ist es möglich, die Lebenswelt der Adressatinnen und Adressaten zu rekonstruieren und einen Zugang zu deren subjektiven Wahrnehmung der Wirklichkeit, also deren Sinnkonstruktion, Deutungsmuster und Bewältigungsstrategien zu finden (vgl. Grundwald/Thiersch 2018: 305). Gleichzeitig nimmt das Konzept der Lebensweltorientierung Bezug auf die gesellschaftlich festgesetzten Lebensbedingungen eines Menschen wie beispielsweise die Wirkung von Gesetzen, Institutionen, Normen und Werten (vgl. Thiersch et al. 2012: 185 f.). Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit setzt die Rekonstruktion der Lebenswelt ihrer Adressatinnen und Adressaten voraus, um gelingendere Verhältnisse beziehungsweise einen gelingenderen Alltag zu erreichen (vgl. Thiersch 2020: 119).

5.3.1 Erfahrene Zeit

Die Dimension der erfahrenen Zeit nimmt sowohl Bezug auf die jeweilige Lebensphasen und den damit verbundenen täglichen Herausforderungen als auch auf die spezifischen Möglichkeiten der Adressatinnen und Adressaten (vgl. ebd.: 187).

Menschen werden im Alter mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert (siehe Unterkapitel 2.4). So stellt beispielsweise der Eintritt in den Ruhestand und damit die Auflösung gewohnter Alltagsstrukturen, einen wesentlichen Einschnitt im Leben eines Menschen dar, der bei fehlenden Bewältigungsstrategien die Ursache für late-onset-Alkoholismus sein kann (vgl. Hoff 2018: 59 f.). Ebenso zählen zur Dimension der erfahrenen Zeit die körperlichen und physischen Abbauerscheinungen, welche die Gefahr der Pflegebedürftigkeit oder den Wechsel in eine Alters- oder Pflegeeinrichtung mit sich bringen kann. Wenn alternde Menschen versuchen, ihre physischen und psychischen Schmerzen durch den Konsum von Alkohol zu verdrängen, befinden sie sich bereits in einer voralkoholischen Phase, die selten von Betroffenen selbst oder deren Umfeld wahrgenommen und erkannt wird (vgl. Soyka 2009: 23). Alkohol stellt zwar ein Genussmittel dar, trotzdem kann sich aus dem risikoarmen Konsum auch ein riskantes Konsummuster entwickeln.

Das Krankheits- und Phasenmodell von Jellinek bietet den Betroffenen wichtige Hinweise für die Erkennung einer Alkoholthematik und fördert somit das Annehmen von Hilfsangeboten (vgl. Bojack et al. 2010: 52).

Obwohl der Struktur- und Generationenwandel zu neuen gesellschaftlichen Vorstellungen des aktiven Alters führt, können diese Wertvorstellungen des modernen Alters die älteren Menschen überfordern, die physischen und psychischen Veränderungen anzunehmen. So bringt der Wandel der Gesellschaft auch Unsicherheiten und Widersprüche mit sich (vgl. Höpflinger 2020a: 9). Je älter Menschen werden, desto eher knüpfen sie an ihre persönlichen Erinnerungen in vergangenen Gesellschafts- und Kulturepochen an (vgl. ebd.: 59). Nicht jeder Mensch verfügt jedoch über genügend Ressourcen, um solche Herausforderungen im Alter problemlos zu bewältigen. Das höhere Lebensalter ist allerdings nicht nur von negativen Veränderungen und Verlusten geprägt, sondern es ergeben sich auch neue Möglichkeiten. Nach Gerhards (1998, zit. nach Kruse 2001: o.S.) richtet sich durch die Entpflichtung von einzelnen gesellschaftlichen Rollen der Fokus im Alter auf die individuelle Lebensgestaltung und kann somit als Chance zur Verwirklichung einer «späten Freiheit» angesehen werden.

5.3.2 Erfahrener Raum

Das Leben findet jeweils in einem bestimmten Raum statt, weshalb die Dimension des erfahrenen Raums diesen gegebenen Lebensraum impliziert. Der Raum kann von Menschen wahrgenommen und gestaltet werden. Darüber hinaus sind innerhalb und ausserhalb des erlebten Sozialraums soziale Vernetzungen möglich. Gleichzeitig kann der Lebensraum teilweise auch beengt, borniert und unattraktiv sein, weshalb Menschen in ihren Möglichkeiten eingeschränkt werden (vgl. Thiersch et al. 2012: 187).

Die Veränderungen des Alters betreffen eine Vielzahl von Lebensbereichen. Einsamkeit und Trauer stellen Risikofaktoren für einen riskanten Alkoholkonsum dar, was wiederum zur sozialen Isolation führt (vgl. GBS 2016: 10). Der soziale Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben hängt einerseits mit den körperlichen Veränderungen zusammen, andererseits bedingt das hohe Lebensalter Rollenwechsel und kann teilweise zum Wegfall einer Tagesstruktur führen (siehe Unterkapitel 2.2.2; 2.4; 4.4). Menschen im vierten Lebensalter leiden vermehrt an chronischen Erkrankungen sowie physischen und psychischen Beschwerden, weshalb sie zunehmend in ihrer Mobilität eingeschränkt sind (vgl. Höpflinger 2014: 6). Gleichzeitig wird durch die kontinuierlich steigende Immobilität im Alter die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 56). Der Wegfall arbeitsweltlicher Bezüge führt dazu, dass sich der Fokus der Lebensweltorientierung auf den Wohnbereich richtet (vgl. Höpflinger 2020a: 13 f.).

5.3.3 Soziale Beziehungen

Im Konzept der Lebensweltorientierung werden Menschen mit ihren Ressourcen als auch den vorhandenen Spannungen in ihrer Lebenswelt betrachtet. Die Dimension der sozialen Beziehungen umfasst somit das gesamte soziale Netzwerk eines Menschen, wobei Personen im Netzwerk sowohl Ressourcen als auch Stressoren darstellen können (vgl. Thiersch et al. 2012: 187).

Durch den Verlust der Selbstständigkeit steigt mit zunehmendem Alter das Risiko, pflegebedürftig zu werden (vgl. Höpflinger 2009: 29). Die Abhängigkeit stellt dabei eine zusätzliche Herausforderung dar. Wenn die tägliche Betreuung und Pflege durch Angehörige stattfinden, kann sich dies belastend auf die Beziehung auswirken (vgl. Höpflinger 2020a: 50 f.). Veränderungen im Alter kumuliert mit einer Suchterkrankung können das noch vorhandene soziale Netzwerk negativ beeinflussen. Die Alkoholabhängigkeit betrifft nicht nur die eigene Gesundheit, sondern es entstehen auch vermehrt Schwierigkeiten und Konflikte im weiteren sozialen Umfeld (vgl. Soyka 2009: 65 ff.).

5.3.4 Alltägliche Bewältigungsaufgaben

Neben der Erfahrung mit der Zeit, dem Raum und den sozialen Bezügen bezieht sich die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auch auf die «unauffälligen» Aufgaben und Herausforderungen des Alltags (vgl. Thiersch et al. 2012: 187).

Je älter der Mensch wird, umso anspruchsvoller wird die tägliche Bewältigung des Alltags. Das vierte Lebensalter ist durch Verluste und Abschiede von nahestehenden Menschen gekennzeichnet (vgl. Gasser et al. 2015: 30 ff.). Veränderungen führen zu neuen Anforderungen, an die sich alternde Menschen anpassen müssen (vgl. Schnoz et al. 2006: 10). Einschränkungen und Verluste im Alter sind eng mit Ängsten verbunden (vgl. GBS 2016: 35). Der Konsum von Alkohol kann sich damit als eine Strategie entwickeln, um die täglichen Aufgaben des Alltags bewältigen zu können (vgl. Hoff 2018: 59 f.). Durch den Alkoholkonsum erschweren sich zunehmend die täglichen unauffälligen Aufgaben wie beispielsweise die Körperpflege, das Kochen oder die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 44).

5.3.5 Hilfe zur Selbsthilfe

Trotz der Unterstützung der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit in den Dimensionen Zeit, Raum, soziale Beziehungen und alltägliche Bewältigungsaufgaben sollen sich hilfsbedürftige Menschen als «Subjekt ihrer Verhältnisse» erleben. Infolgedessen wird in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit mit Identitätsarbeit und Empowerment die Hilfe zur Selbsthilfe angestrebt (vgl. Thiersch et al. 2012: 187). Die Identitätsarbeit lässt Sicherheit im eigenen Lebenskonzept finden, wodurch Belastungen und Herausforderungen im Leben besser bewältigt werden können (vgl. ebd.: 188).

Alternde, alkoholabhängige Menschen müssen in ihrer Selbstbestimmung respektiert werden. Nach dem Grundsatz der Selbstbestimmung im Berufskodex der Sozialen Arbeit haben Menschen in Bezug auf ihr Wohlbefinden das Recht, stets ihre eigene Wahl und ihre eigenen Entscheidungen zu treffen (vgl. AvenirSocial 2010: 10). Sie stehen daher vor der Herausforderung, ihre Interessen, Wünsche und Erwartungen gegenüber Angehörigen und Fachpersonen auszudrücken und zu vertreten.

5.3.6 Gesellschaftliche Bedingungen

Lebenslagen und Lebenswelten werden stets von der Gesellschaft beeinflusst (vgl. Thiersch et al. 2012: 188). Professionelle der Sozialen Arbeit sind demnach gefordert, sich politisch für die Anliegen der Adressatinnen und Adressaten einzusetzen sowie in der Gesellschaft auf soziale Probleme aufmerksam zu machen. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit setzt sich einerseits für erträgliche und faire Lebensumstände der Adressatinnen und Adressen ein, andererseits auch für adäquate Gestaltungsräume, damit Professionelle der Sozialen Arbeit ihren Auftrag entsprechend wahrnehmen können (vgl. ebd.).

Alternde, alkoholabhängige Menschen werden in ihrer Lebenswelt vielfältig durch gesellschaftliche Bedingungen beeinflusst (vgl. Höpflinger 2009: 35). Der riskante Alkoholkonsum gehört zwar für viele Menschen in der Schweiz zum Alltag, dennoch stellt Alkoholismus ein Tabuthema in der Schweizerischen Gesellschaft dar (vgl. Gremminger 2021: 17). Eine Alkoholabhängigkeit im Alter bleibt oftmals unentdeckt, da ältere Menschen keine gesellschaftlichen Erwartungen mehr erfüllen müssen (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 42). Durch diese verminderte «soziale Kontrolle» muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden (vgl. Niekrens 2012: 48). Des Weiteren wird das Alter in der Gesellschaft noch zu sehr mit Defiziten und Krankheiten assoziiert. Diese Sichtweise fördert eine negative Einstellung in der Gesellschaft gegenüber dem Alter und setzt gleichzeitig alte Menschen unter Druck (vgl. Backes/Clemens 2013: 95). Das Alter sollte grundsätzlich positiv bewertet werden, ohne dabei die Herausforderungen im Alter schönzureden (vgl. Curaviva Schweiz 2010: 6). Als weiterer Aspekt der gesellschaftlichen Bedingungen können die künftigen Alterswohnformen genannt werden. Der demografische Wandel sowie die Ausdehnung der Lebenserwartung führen zu einem höheren Bedarf an ambulanten und stationären Alters- und Pflegeeinrichtungen (vgl. ebd.: 9). Es lässt sich demnach vermuten, dass der Ausbau solcher Alters- und Pflegeeinrichtungen in Zukunft notwendig wird.

6 Synthese

Das folgende Kapitel verknüpft die Erkenntnisse aus den vorherigen Kapiteln im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage. Es werden zuerst Herausforderungen präzisiert, die sich für die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen ergeben. Darauf aufbauend werden vor dem Hintergrund des Konzepts der Lebensweltorientierung konkrete Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit formuliert. Die Arbeitsfelder und Tätigkeiten im Bereich der Sozialen Arbeit sind sehr breit und unterschiedlich, weswegen nicht alle Bereiche der Sozialen Arbeit vor den gleichen Schwierigkeiten stehen. Die Autorin dieser Arbeit fokussiert daher die Herausforderungen, welche sich für sie durch die Auseinandersetzung mit der Thematik herauskristallisiert haben und leitet daraus Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit ab.

6.1 Herausforderungen für die Soziale Arbeit

Nachfolgend wird der erste Teil der Forschungsfrage beantwortet, indem Herausforderungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene formuliert werden, denen sich die Soziale Arbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen stellen muss.

6.1.1 Mikroebene

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit definiert die Ermöglichung eines gelingenderen Alltag als Ziel. Rentnerinnen und Rentner sollen am gesellschaftlichen Leben teilhaben und möglichst lange selbstbestimmt leben können (vgl. Grundwald/Thiersch 2018: 303). Allerdings können nicht alle älteren Menschen von der allgemeinen Entwicklung des gesunden und aktiven Lebensalters profitieren. So stellen beispielsweise schwierige Lebenslagen, soziale Isolation, nicht-altersgerechte Wohnumgebung, gesundheitliche Beschwerden und die damit verbundene Immobilität Hindernisse für die gesellschaftliche Teilnahme und Teilhabe dar. Die Soziale Arbeit steht daher vor der Herausforderung, bessere Strukturen vor Ort zu schaffen, um allen alternenden Menschen bis ins hohe Lebensalter die Möglichkeit zu eröffnen, ihre Lebensentwürfe im Alter selbstbestimmt zu verwirklichen (vgl. Klein/Merkle/Molter 2021: 1). Menschen altern und entwickeln sich individuell verschieden, was teilweise soziale Ungleichheiten innerhalb der Generationen der alten Menschen verursacht. Daher ist es unabdingbar, die vielfältigen Lebenssituationen älterer Menschen zu berücksichtigen, ihre subjektive Wirklichkeitskonstruktion und ihre Lebenswelt zu erfassen und über eine flexible Definition von Alter zu verfügen (vgl. ebd.; Kruse 2017: 1 f.). Aus dem kalendarischen Alter eines Menschen beispielsweise lässt sich kaum etwas über seine Befindlichkeit, Leistungsfähigkeit und Lebensumstände ableiten (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 42). Weiter sollen ältere Menschen bestärkt werden, selbstbewusst ihrem Alter zu begegnen sowie eigene Vorstellungen des Lebens mit ihren Prioritäten und persönlichen Werten zu entwickeln und diese aktiv in die Gesellschaft einzubringen (vgl. Curaviva

Schweiz 2010: 7). Dabei müssen die alltäglichen Erfahrungen der Adressatinnen und Adressaten, die professionelle Kooperation der unterschiedlichen Angebote sowie die sozialpolitische Gestaltung von Räumen und Regionen berücksichtigt werden (vgl. Thiersch 2020: 123). Auch wenn ältere Menschen an einer Alkoholerkrankung leiden, haben sie Ressourcen und Stärken (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 58). Die Struktur- und Handlungsmaxime der Partizipation besagt, dass genau diese Ressourcen und Stärken in der Begleitung genutzt und gefördert werden müssen. Gleichzeitig betont der Ansatz der Partizipation im Berufskodex, dass die Soziale Arbeit die Menschen befähigen soll, die Herausforderungen des Lebens anzugehen, um dadurch ihr Wohlbefinden zu steigern (vgl. AvenirSocial 2014: 3). Laut Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISG) führt eine besser wahrgenommene Lebensqualität zu einem besseren Gesundheitszustand, was wiederum einen Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten leistet (vgl. ISG 2012: 47).

Ältere Menschen konsumieren weniger exzessiv Alkohol und trinken vorwiegend allein zu Hause (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 91). Daher ist von einer hohen Dunkelziffer bei alten Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit auszugehen, weshalb besonders für diese Zielgruppe ein hoher Bedarf an Präventionsarbeit besteht (vgl. ebd.). Gerade, weil die Folgen der Veränderungen im Alter in Kombination mit einem riskanten Alkoholkonsum einen erheblichen Risikofaktor für die Betroffenen darstellen, muss aktiv reagiert werden. Da alternde Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum selten in Kontakt mit Fachleuten kommen, stellt sich daher für die Soziale Arbeit die Frage, wie sie erreicht werden können. Die verschiedenen Lebensbedingungen der alternden Bevölkerung erfordern unterschiedliche Zugangswege sowie Präventions- und Interventionsstrategien, um Alkoholismus im Alter zu vermindern (vgl. ISG 2012: 19). Hinsichtlich der neu verfügbaren Freizeit im Pensionierungsalter, sollte insbesondere Prävention wie auch Früherkennung bereits früher ansetzen (vgl. ebd.: 48). So steht die Soziale Arbeit vor der Herausforderung, Zugänge mittels aufsuchender Arbeit sowohl für alternde Menschen wie auch für alternde Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu ermöglichen (vgl. ebd.: 77). Klein et al. (2021: 4) betonen, dass auf der einen Seite mangelndes Wissen und geringe soziale Kontakte den Zugang zu den älteren, alkoholabhängigen Menschen erschweren. Allerdings können auf der anderen Seite auch die fehlenden Strukturen und Passungsprobleme den Zugang zur Zielgruppe hindern. Angebote sollen stets interessen- und bedarfsorientiert gestaltet sein (vgl. Thiersch et al. 2012: 189).

Des Weiteren stellt es sich sowohl für Angehörige von Betroffenen wie auch für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie und Gerontologie herausfordernd dar, die Alkoholabhängigkeit anzusprechen und die Betroffenen auf Unterstützungsangebote hinzuweisen (vgl. DHS o.J.: 7). Scham und Schuldgefühle führen dazu, dass ältere, alkoholabhängige Menschen eine geringe Bereitschaft zeigen, eine Beratung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen (vgl. ebd.). Doch gerade die Therapieerfolge sind bei Menschen mit late-onset-Alkoholismus vielversprechend, weshalb eine frühzeitige Erkennung und das Anbieten von Hilfe wichtig wären (vgl.

Hoff 2018: 59). Eine weitere Herausforderung für Professionelle der Sozialen Arbeit ist daher einen angemessenen, intervenierenden Umgang mit alternden, alkoholabhängigen Menschen unter der grösstmöglichen Wahrung deren Selbstbestimmung zu finden. Dabei können deren Angehörige eine wertvolle Ressource bei der Vermittlung von Präventions- und Interventionsmassnahmen darstellen, da sie oftmals über viel Erfahrung im Kontakt mit den Betroffenen verfügen (vgl. ISG 2012: 21). Weiter wird die Biografie eines Menschen durch Lebensumstände, gesundheitliche Verfassung sowie Einstellungen beeinflusst und stellt das Resultat der Lebenserfahrungen und Bewältigungsstrategien dar (vgl. Kühnert/Ignatzi 2019: 42). Wenn also Professionelle der Sozialen Arbeit sich über diese biografische Prägung bewusst sind, können sie die Problemlagen älterer Menschen besser verstehen sowie deren Ablehnung für die Unterstützung eher nachvollziehen (vgl. ebd.). So liegt ein weiterer zentraler Schwerpunkt der Sozialen Arbeit auf der Beziehungsarbeit. Besonders im Handlungsfeld der niederschweligen Sozialen Arbeit beziehungsweise der aufsuchenden Sozialen Arbeit muss eine Vertrauensbasis zu älteren, alkoholabhängigen Menschen aufgebaut werden, um sie in bestehende Hilfsangebote oder Beratungsstellen eingliedern zu können (vgl. Akeret 2014: 6). Ebenso zu einer Herausforderung für Professionelle der Sozialen Arbeit mit Menschen ab dem vierten Lebensalter zählt, dass Professionelle der Sozialen Arbeit vermehrt mit Grenzen sozialer, pflegerischer und medizinischer Massnahmen konfrontiert werden (vgl. Höpflinger 2014: 23 f.). Die «Soziale Arbeit mit und für alte Menschen ist nicht nur eng mit Pflege- und Gesundheitsberufen verbunden, sondern auch mit ethischen, spirituellen und lebensbiographischen Aspekten.» (Höpflinger 2014: 24) Bei allen Interventionen und Unterstützungsangeboten ist immer die Entscheidung der älteren Menschen zu respektieren (vgl. Ruhwinkel/Wieser 2014: 906).

6.1.2 Mesoebene

Alkoholismus bringt körperliche, psychische und soziale Auswirkungen mit sich (siehe Unterkapitel 3.6). Als eine zentrale Aufgabe für die Soziale Arbeit kann die Stärkung der Früherkennung und Frühintervention genannt werden. Kritische Lebensereignisse wie beispielsweise Verlust der Partnerin oder des Partners, Eintritt in den Ruhestand oder der Aufenthalt in einer Alters- oder Pflegeeinrichtung können mögliche Auslöser für late-onset-Alkoholismus sein (siehe Unterkapitel 4.2.2). Sozialdienste, aufsuchende Soziale Arbeit, Fachkräfte aus der Spitex, Hausärztinnen oder Hausärzte sowie das Pflegepersonal eignen sich darum besonders als Akteure für eine Früherkennung. Für die Soziale Arbeit heisst dies, dass durch die Kooperation mit den verschiedenen Akteuren ein riskantes Konsummuster bei alternden Menschen eher festgestellt werden könnte. Im Bereich der Mesoebene soll demnach eine gute Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren, den vorhanden Angeboten sowie des sozialen Umfelds der Betroffenen geschaffen werden, um den risikoreichen Alkoholkonsum älterer Menschen effizient bearbeiten zu können (vgl. ISG 2012: 51).

Auf der Ebene der Suchthilfe steht die Soziale Arbeit vor der Herausforderung, medizinische, psychiatrische, soziale und psychosoziale Bereiche enger zu verknüpfen, um so ein vernetztes, bedürfnisgerechtes, integriertes Versorgungsangebot für ältere Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zu schaffen (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 138). Nach Sommerfeld (2016: 30) soll zusätzlich die Zusammenarbeit mit öffentlichen Trägern, Netzwerken und Verbänden ausserhalb des Suchthilfesystems gestärkt und verbessert werden, damit Menschen mit late-onset-Alkoholismus und ihr soziales Umfeld gesundheitliche und soziale Unterstützung finden können. Eine Alkoholabhängigkeit ist eng mit sozialen Problemen verbunden, weshalb die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen zusätzlich herausgefordert ist, ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten in Bezug auf die Bearbeitung sozialer Probleme sichtbar und verständlich zu machen (vgl. ebd.).

Um Menschen in ihrer gesunden Entwicklung und sozialen Integration zu unterstützen, müssen Professionelle der Sozialen Arbeit ungünstige Entwicklungen und Rahmenbedingungen wahrnehmen und entsprechend angepasste Hilfestellungen bieten können. Alkoholismus oder allfällige Risikofaktoren müssen somit einerseits (frühzeitig) erkannt werden, andererseits muss auch adäquat darauf reagiert werden. Folglich müssen Professionelle der Sozialen Arbeit über ein umfangreiches, breites Fachwissen und Wissen über Interventionsmöglichkeiten verfügen, um weitere sinnvolle Schritte einleiten zu können. Dies zeigt die Notwendigkeit von Schulungen und Weiterbildungen zu Themen wie Entstehung der Alkoholkrankung und deren Auswirkungen, Alkoholismus im Alter, Früherkennung, Frühinterventionen sowie spezifische Gesprächsführungen. So ist die Kompetenzerweiterung der Professionellen der Sozialen Arbeit von ebenso grosser Bedeutung und gehört – wie die spezifischen Angebote und ihr Zugang zur Zielgruppe und ihren Angehörigen – stetig weiterentwickelt (vgl. ISG 2012: 5).

6.1.3 Makroebene

Soziale Arbeit agiert im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Erwartungen (vgl. Gremminger 2021: 18). Einerseits befähigt die Soziale Arbeit ihre Adressatinnen und Adressaten zur «Hilfe zur Selbsthilfe» sowie zur maximalen Selbständigkeit und Selbstbestimmung, andererseits legt sie ihren Schwerpunkt auf soziale Probleme und strebt Veränderungen von sozialen Verhältnissen an. Die Soziale Arbeit muss demnach die gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklung sowohl innerhalb der Lebenswelt von Individuen wie auch innerhalb der Gesellschaft fördern (vgl. ebd.; AvenirSocial 2014: 3).

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird erwartet, dass die Anzahl älterer, alkoholabhängiger Menschen stark wächst. So ist Alkoholismus im Alter sowohl für die Gesellschaft wie auch für die Politik von grosser Bedeutung (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 49, 91). Eine wesentliche Herausforderung ist, dass die Gesellschaft das Alter und alte Menschen positiv wahrnimmt. Neben der demografischen Alterung beeinflusst auch die gesellschaftliche Entwicklung – wie beispielsweise der Wandel von Normen, Altersbildern und Lebens- und Konsumstilen –

den Strukturwandel des Alters (siehe Unterkapitel 2.3). Der Struktur- und Generationenwandel führte dazu, dass sich die Bedeutung der Altersphasen im Lebenslauf heute verändert hat (vgl. Backes/Clemens 2013: 360). Die demografische Entwicklung sollte jedoch als Chance und nicht nur als Problem thematisiert werden (vgl. Curaviva Schweiz 2010: 6). Alterungs- und Entwicklungsprozesse sind bis zum Lebensende gestaltbar (vgl. Kruse/Wahl 2017: 19). So müssen Angebote zur Stärkung der physischen und psychischen Ressourcen älterer Menschen geschaffen werden, um bis ins hohe Lebensalter Wachstum und Entfaltung zu fördern (vgl. Curaviva Schweiz 2010: 14). Des Weiteren sind urbane Gemeinschaften, Quartiere und Städte ein zentrales Handlungsfeld für die Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. Fachhochschule Nordwestschweiz o.J.: o.S.). Folglich stellt die demografische Entwicklung auch eine Herausforderung für die soziale Stadtentwicklung dar, da beispielsweise Wohnungen oder Infrastrukturen an die Bedürfnisse der alternden Bevölkerung angepasst werden müssen.

Alkoholismus im Alter stellen keine Seltenheit dar. Auf gesellschaftlicher Ebene ist zu erwähnen, dass der Konsum von Alkohol soziokulturell geduldet ist: An festlichen Anlässen, Konzerten oder Aktivitäten im Verein ist es üblich, Alkohol zu trinken (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 91). Die Soziale Arbeit steht daher vor der Aufgabe, durch präventive Massnahmen wie beispielsweise Informations- und Aufklärungsarbeit über die Wirkung und Folgen von Alkoholismus die Öffentlichkeit zu sensibilisieren. Das gestärkte Bewusstsein um die Thematik «Alkoholkonsum» kann dadurch unterstützend auf die Präventions-, Früherkennungs-, Beratungs- und Behandlungsmassnahmen wirken und deren Zugänglichkeit von Angeboten, auch für Angehörige, erleichtern (vgl. ISG 2012: 92).

In der Suchthilfe übernimmt die Soziale Arbeit nicht nur aufgrund der sozialen Folgen von Alkoholismus eine wichtige Funktion, sondern ihre Bearbeitung von sozialen Problemen ergänzt und bedingt die medizinisch-(psycho-)therapeutischen Orientierungen (vgl. Sommerfeld 2016: 30). So muss die Soziale Arbeit auf struktureller Ebene eine Zusammenarbeit zwischen dem System der sozialen Hilfe sowie dem Gesundheitssystem herstellen, was die Notwendigkeit einer professionellen Koordinationsleistung aufweist (vgl. ebd.). Laut der Nationalen Strategie Sucht steht Alkoholismus oftmals mit Gewaltdelikten, Unfällen und Kriminalität in Verbindung (vgl. BAG 2015: 41). Daher bildet sich eine weitere Herausforderung auf gesellschaftlicher Ebene unter anderem für die Soziale Arbeit, Menschen in ihrer Gesundheit zu rehabilitieren und für ihre soziale (Wieder-)Eingliederung zu sorgen (vgl. ebd.). Allerdings stellt sich hier eine zusätzliche Hürde, wenn nicht ausreichend Bewilligungen der Behörden und finanzielle Mittel als Grundlage bereitstehen, um alkoholabhängigen Menschen adäquate Unterstützungsmassnahmen zu bieten (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 132).

Im Allgemeinen hat die Soziale Arbeit den Auftrag, der Ausgrenzung und Tabuisierung alter Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entgegenzuwirken (vgl. AvenirSocial 2010: 11).

Durch die bewusste Auseinandersetzung mit Alkoholismus und Alter können Vorurteile und Stigmata aktiv abgebaut werden.

6.2 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Vor diesem Hintergrund lässt sich nun der zweite Teil der Forschungsfrage beantworten, indem basierend auf den formulierten Herausforderungen Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet werden. Zuerst werden aus Sicht der Autorin dieser Arbeit drei zentrale Handlungsempfehlungen vertiefter erläutert, bevor das Kapitel mit einem Überblick über die Empfehlungen endet.

6.2.1 Aufklärungs- und Präventionsarbeit

Als Prävention im Kontext Sozialer Arbeit muss die Öffentlichkeit zum Thema Alkoholismus sensibilisiert werden. Der Konsum von Alkohol steht oftmals im Vordergrund sozialer Aktivitäten. Es ist daher wichtig, dass sich die Gesellschaft über die Folgen übermässigen Alkoholkonsums bewusst ist. Je mehr die Thematik die Gesellschaft erreicht und dadurch ein Bewusstsein geschaffen wird, desto offener ist die Auseinandersetzung und desto tabufreier der Umgang mit problematischem Alkoholkonsum.

Es ist wichtig, ältere Menschen bereits vor der Suchtentwicklung zu erreichen. Breitflächige Kampagnen als primäre Prävention können einerseits auf die Gefahr von übermässigen Alkoholkonsum aufmerksam machen, hingegen auch gesundheitsförderliches Verhalten wie beispielsweise körperliche Bewegung oder ausgewogene Ernährung unterstützen. Im ambulanten Bereich können Beratungsstellen oder Gesundheitsprojekte in der Gemeinwesenarbeit sowohl primäre wie auch sekundäre Prävention leisten. Die sekundäre Prävention hat zum Ziel, dass Menschen mit einem risikoreichen Alkoholkonsum bereits früher von einer Beratung profitieren können und dadurch mit geeigneten Interventionen die Entwicklung zu einem Alkoholmissbrauch oder einer Alkoholabhängigkeit verhindert werden kann. Ebenso kann die Streetwork und die aufsuchende Soziale Arbeit im öffentlichen Raum aufklärende Arbeit leisten und dadurch gleichzeitig einen Zugang zur Zielgruppe ermöglichen. Alkoholismus im Alter nimmt in grossem Umfang zu, weshalb die Thematik nicht ignoriert werden darf, sondern vermehrt ins öffentliche und fachliche Bewusstsein gerufen werden muss.

6.2.2 Erweiterung und/oder Entwicklung niederschwelliger Angebote

Kritische Lebensereignisse, Veränderungen, Verluste und daraus resultierende Einsamkeit können Ursachen und Entwicklungsbedingungen für Alkoholismus im Alter darstellen. Pohlmann (2011: 110) weist auf die Wichtigkeit hin, dass – unabhängig vom Lebensalter – die individuellen Bedürfnisse und Potenziale älterer Menschen stärker zu berücksichtigen sind. Die Soziale Arbeit sollte demnach mehr niederschwellige und alltagsnahe Angebote vor Ort schaffen, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind. Ebenso ist die Soziale Arbeit hinsichtlich der Struktur- und Handlungsmaxime Integration und Inklusion aufgefordert, soziale

Beziehungen aufrechtzuerhalten oder den Betroffenen beim Aufbau neuer sozialer Bezüge zu helfen. So können Freizeitangebote oder alltagspraktische Angebote wie beispielsweise die Vorbereitung von gemeinsamen Mahlzeiten oder gemeinsame Gartenarbeit älteren Menschen eine sinnvolle Beschäftigung und Tagesstruktur bieten. Die Schaffung von Begegnungsräumen können Kontakte und Austausch ermöglichen und somit einer zunehmenden Vereinsamung im Alter entgegenwirken. Die Soziale Arbeit soll notwendige Hilfestellungen und Hilfsangebote für die Betroffenen selbst sowie auch für deren Angehörigen bieten. Durch niederschwellig erreichbare Informations-, Kontakt- und Beratungsangebote im alltäglichen Lebensraum von alternden Menschen kann die von Thiersch geforderte Alltagsnähe und Regionalisierung entstehen.

Scham und Schuldgefühle führen dazu, dass ältere, alkoholabhängige Menschen keine Hilfe suchen. Allerdings ist der Erstkontakt bei vielen, auch bereits vorhandenen und/oder niederschweligen Angeboten mit einer «Komm-Struktur» geregelt. Als Ergänzung zu solchen Anlauf- oder Kontaktstellen und Begegnungs- und Beratungsräumen könnte der Zugang zu alternden, alkoholabhängigen Menschen vermehrt als aufsuchende Sozial- und Kulturarbeit im Sinne einer «Geh-Struktur» gestaltet werden (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 90). Die Soziale Arbeit muss darauf achten, alternde Menschen mehr in bestehende Netzwerke zu integrieren. Durch Angebote wie beispielsweise Fahrdienste, Besuchsdienste, Einbindung in Vereine oder andere ehrenamtliche Angebote können soziale Kontakte gefördert werden (vgl. ebd.: 105 ff.).

6.2.3 Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren

Ältere Menschen haben hierzulande ein Recht, in ihrer Selbstbestimmung respektiert zu werden (vgl. Curaviva Schweiz 2010: 10). Soziale Integration und eine autonome Lebensführung sind wesentliche Aspekte und eine wichtige Voraussetzung für eine gute Gesundheit. Angehörige und das soziale Umfeld können dabei wertvolle und nützliche Ressourcen in der Zusammenarbeit mit den Betroffenen darstellen. Folglich gehören sie möglichst in die Hilfeplanung einbezogen, um eine umfassende Unterstützung von alkoholabhängigen Menschen zu gewährleisten. Weiter kann die Soziale Arbeit durch Netzwerk- und Angehörigenarbeit die Soziale Unterstützung fördern, was wiederum das Wohlbefinden der alternden Menschen steigert und zu besserer Gesundheit führt. Die Situation von älteren, alkoholabhängigen Menschen ist häufig schwierig und komplex, weswegen sie sich nicht allein aus einer «Spirale der Abhängigkeit» befreien können (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 64). Insbesondere auf der Mesoebene wurde ersichtlich, dass eine interdisziplinäre und koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Akteuren in der Suchthilfe unabdingbar für die Unterstützungsmassnahmen und Versorgung von älteren, alkoholabhängigen Menschen ist. Dabei soll die Unterstützung koordiniert und in Bezug auf die Partizipation jederzeit mit den Betroffenen auszuhandeln sein. Auch hinsichtlich der Früherkennung ist zu erwähnen, dass es eine enge Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteure und Fachstellen braucht. Insbesondere ältere Menschen mit einer Suchterkrankung

profitieren von einer Beratung und Behandlung. Dadurch kann einerseits eine höhere Lebensqualität für die Betroffenen und deren Angehörige erreicht werden, andererseits – wenn die Folgen von Alkoholismus berücksichtigt werden – kann dies auch zu einer nachhaltigen und langfristigen Senkung der Gesundheitskosten beitragen.

6.2.4 Überblick Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit:

- Erweiterung oder Entwicklung von adäquaten, bedürfnisgerechten, spezialisierten und vielfältigen Angeboten in guter Erreichbarkeit, welche die gesellschaftliche Teilnahme und Teilhabe älterer Menschen fördern
- Niederschwellige und lebensweltbezogene Zugangswege für alternde, alkoholabhängige Menschen ermöglichen
- Ausbau von ambulanten Betreuungsangeboten, um möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu führen
- Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientiertes Arbeitsfeld etablieren
- Erweiterung der Kompetenzen und Fachkenntnisse mittels Schulungen und Weiterbildungen im Bereich Alkoholismus und Alter (Entstehungsbedingungen, Auswirkungen, Früherkennung, Frühinterventionen, spezifische Gesprächsführung)
- Integration von älteren Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit in bestehende Netzwerke
- Netzwerk- und Angehörigenarbeit
- Förderung der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit mit der an der Suchthilfe beteiligten Disziplinen und Einrichtungen (Fachkliniken, Krankenhäuser, Hausärztinnen und Hausärzte, Alters- und Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, Spitex)
- Bessere Vernetzung und Koordination von Akteurinnen und Akteuren innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung
- Ausbau der Versorgungsstruktur: Vernetztes, bedürfnisgerechtes, integriertes Versorgungsangebot für ältere Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit
- Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen
- Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit über den Konsum von Alkohol
- Stigmata und Vorurteile entgegenwirken und aktiv abbauen
- Mehr Forschungsarbeit, um über Daten in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit im Alter zu verfügen

7 Schlusswort

Das Kapitel umfasst eine Reflexion über die Forschungsfrage und die Unterfragen sowie weiterführende Überlegungen. Ein persönliches Feedback schliesst die Bachelorarbeit ab.

Ziel dieser Bachelorarbeit war es, Antworten auf folgende Forschungsfrage zu finden: «Welche Herausforderungen für die Soziale Arbeit ergeben sich in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen und was für Handlungsempfehlungen lassen sich daraus ableiten?» Zur Beantwortung dieser Forschungsfrage wurden von der Autorin dieser Arbeit folgende vier Unterfragen formuliert, die nun kritisch reflektiert werden:

1. Welche typischen Veränderungsprozesse sind mit einem höheren Lebensalter verbunden?

Die Auseinandersetzung mit dem Alter und dem Prozess des Alterns ergab, dass Altern ein kontinuierlicher Prozess ist, der mit natürlichen Veränderungen einhergeht. Allerdings gibt es Faktoren, die den Alterungsprozess verlangsamen, aber auch beschleunigen können. Insbesondere die Phasen des Alterns nach Höpflinger liefern – unter Berücksichtigung der Hochaltigkeit – eine differenzierte Sichtweise auf die zweite Lebenshälfte. Die biologischen Abbauprozesse führen zu vermehrten körperlichen und psychischen Defiziten, funktionalen Einschränkungen und chronische Beschwerden im Alter. Prozesse des Alterns sind jedoch verschieden und treffen nicht auf alle alternden Menschen gleich zu. Das Älterwerden steht heute nicht mehr nur mit negativen Merkmalen in Verbindung, sondern kann innovativ und aktiv gestaltet werden. Produktives und erfolgreiches Altern führt zu einer guten physischen Verfassung im Alter und fördert dadurch die Gestaltung eines aktiven Lebens, was wiederum das Wohlbefinden steigert. Die erste Unterfrage, welche typischen Veränderungsprozesse mit dem höheren Lebensalter verbunden sind, wurde aus Sicht der Autorin dieser Arbeit im zweiten Kapitel ersichtlich.

2. Was sind typische Erscheinungsformen und Folgen von Alkoholismus im Alter?

Das dritte Kapitel befasste sich mit den Hintergründen und Folgen der Alkoholerkrankung. Darauf aufbauend nahm das vierte Kapitel spezifisch Bezug auf die Alkoholabhängigkeit im Alter. Die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums sind in der Fachliteratur unbestritten, weshalb die Folgen von Alkoholismus im Alter aufgezeigt werden konnten. Die typischen Erscheinungsformen einer Alkoholerkrankung im Alter können aus Sicht der Autorin dieser Arbeit anhand der erarbeiteten Erkenntnisse nicht abschliessend beantwortet werden. Laut dem biopsychosozialen Krankheitsmodell ist Alkoholismus das Resultat einer komplexen Interaktion zwischen der körperlichen und psychischen Verfassung sowie dem sozialen Umfeld und der Gesellschaft. Daher gibt es auch keine typische «Trinkpersönlichkeit». Die Typologien von Jellinek bieten zwar Anhaltspunkte für typische Erscheinungsformen, jedoch beziehen sie sich nicht spezifisch auf das Alter. Ältere Menschen sind durch verschiedene Faktoren nachteilig

vorbelastet, wodurch altersbedingte Veränderungen schwierig von alkoholbedingten Folgeschäden zu unterscheiden sind. So stellen alte Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der Veränderungen und Herausforderungen im Alter eine Risikogruppe für eine Abhängigkeitserkrankung dar. Die Entstehung und Entwicklung von Alkoholismus können jedoch nur verstanden, erklärt und bearbeitet werden, wenn die alkoholabhängige Person ganzheitlich betrachtet wird. Als weiterführende Überlegung kann hier die Lebenslage der Menschen ab dem 60. Lebensjahr herangezogen werden. Die Analyse zentraler Lebensbereiche würde das Erfassen altersspezifischer Faktoren ermöglichen, die eine schützende oder begünstigende Wirkung auf die Entstehung von Alkoholismus haben. Daraus können Schutz- und Risikofaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter abgeleitet werden.

Obwohl für Frauen niedrigere Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum gelten als für Männer, nahm die vorliegende Arbeit keine Unterscheidung zwischen dem Geschlecht vor. Es bedarf daher noch weiterer Recherchen, um geschlechtsbezogene Daten in Bezug auf Alkoholismus im Alter zu beleuchten.

3. Welchen Herausforderungen hat sich die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen zu stellen?

Das sechste Kapitel verknüpfte die erarbeiteten Erkenntnisse, um so die Herausforderungen für die Soziale Arbeit in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen zu beantworten. Unter Betrachtung der Ergebnisse der Synthese konnten aus Sicht der Autorin dieser Arbeit einige Herausforderungen für die Soziale Arbeit auf der Mikro-, Meso-, und Makroebene formuliert werden. Allerdings nahm die vorliegende Arbeit eher wenig ethische Aspekte auf. Insbesondere Professionelle der Sozialen Arbeit in einem stationären Arbeitsbereich befinden sich im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorgepflicht. So ist in der Zusammenarbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen die Wahrscheinlichkeit für ethische Dilemmata hoch, vorwiegend dann, wenn der Konsum von Alkohol zum Schutz der Betroffenen reglementiert werden muss.

4. Welche Handlungsempfehlungen, gestützt auf das Konzept der Lebensweltorientierung, lassen sich aus den gewonnenen Erkenntnissen für das professionelle Handeln als Fachkraft der Sozialen Arbeit ableiten?

Das Konzept der Lebensweltorientierung gilt als Handlungskonzept der Sozialen Arbeit, weshalb es in unterschiedlichen Arbeitsbereichen und unabhängig des Alters der Adressatinnen und Adressaten zur Anwendung kommen kann. In Bezug auf die vierte Unterfrage ist die Autorin dieser Arbeit der Meinung, dass sich zwar aus den dargestellten Herausforderungen Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit ableiten lassen, jedoch sind sie zu wenig gestützt auf das Konzept der Lebensweltorientierung. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit fließt in die Zusammenarbeit ein, denn der Bedarf der Menschen muss in den Vordergrund gestellt werden.

Gleichzeitig muss der Fokus der Professionellen der Sozialen Arbeit weg von den Adressatinnen und Adressaten, hin zur Gesamtsituation aus Sicht der Adressatinnen und Adressaten gerichtet werden. Nicht jede formulierte Handlungsempfehlung ist gestützt auf das Konzept der Lebensweltorientierung. Es ergaben sich auch Handlungsempfehlungen aus den allgemeinen Herausforderungen, welche sich die Soziale Arbeit mit alternden, alkoholabhängigen Menschen zu stellen hat. Des Weiteren stehen Menschen im Leben immer wieder vor neuen Entwicklungs- und Bewältigungsaufgaben, weshalb der riskante Konsum von Alkohol bei älteren Menschen auch als Bewältigungsmöglichkeit verstanden werden muss. Als Ergänzung oder auch als Vergleich kann hier das Konzept der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch beigezogen werden: Es befasst sich mit dem Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenskonstellationen (vgl. Böhnisch 2016: 11). Ausserdem leitet es konkrete Handlungsaufforderungen für die Soziale Arbeit ab und verweist auf mögliche sozialpädagogische Zugänge zu Bewältigungslagen der betroffenen Menschen (vgl. ebd.: 12).

Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit zeigen auf, dass Alkoholismus im Alter ein aktuelles Thema ist und durch die demografische Entwicklung immer mehr Aufmerksamkeit verdient. Die demografische Entwicklung ist kein neues Phänomen und wird die Altersstruktur in der Schweiz auch zukünftig verschärfen, weshalb die Thematik Alkoholismus im Alter eine hohe Relevanz für die Soziale Arbeit hat. Die zahlreichen Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen zeigen Handlungsbedarf auf. Im Zentrum aller Ziele sollte jedoch immer das Wohlbefinden des Menschen und die Anbindung an dessen Lebenswelt stehen.

8 Quellenverzeichnis

8.1 Literaturverzeichnis

- Akeret, René (2014). Schadensminderung! In: Sucht Magazin. Schadensminderung. 40 Jg. (2). S. 4-7.
- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial - Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.
- AvenirSocial (2014). IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar. URL: <https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/IFSW-IASSW-Definition-2014-mit-Kommentar-dt.pdf> [Zugriffsdatum: 28. Mai 2022].
- Backes, Gertrud M. / Clemens, Wolfgang (2013). Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Bell, Andreas (2015). Philosophie der Sucht. Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken. Wiesbaden: Springer VS.
- Beratungsstelle für Unfallverhütung (2016). SINUS-Report 2016: Sicherheitsniveau und Unfallgeschehen im Strassenverkehr 2015. Bern: bfu.
- Bojack, Barbara / Brecht, Elke / Derr, Christina (2010). Alter, Sucht und Case Management. Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter. 1. Auflage. Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co. KG.
- Böhnisch, Lothar (2016). Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Bundesamt für Gesundheit (2015). Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Gesundheit (o.J.). Alkoholkonsum in der Schweiz: Zahlen und Fakten. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-alkohol.html> [Zugriffsdatum: 12. Januar 2022].
- Bundesamt für Statistik (2019). Alkoholkonsum 2017. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2020). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz und der Kantone. 2020–2050. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2022). Demografisches Porträt der Schweiz. Bestand, Struktur und Entwicklung der Bevölkerung im Jahr 2020. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022). ICD-10-GM Version 2022. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10- F19). URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f10-f19.htm> [Zugriffsdatum: 09. März 2022].

- CURAVIVA Schweiz (2010). Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen. Charta der Zivilgesellschaft. URL: https://www.curaviva.ch/files/IWD64QZ/charta_der_zivilgesellschaft_fuer_einen_wuerdigen_umgang_mit_aelteren_menschen__curaviva_schweiz__2010.pdf [Zugriffsdatum: 24. Mai 2022].
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (o.J.). Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf [Zugriffsdatum: 01. April 2022].
- Fachambulanz für Suchtkranke / Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II / Christian-Doppler-Klinik / Paracelsus Medizinische Privatuniversität (2012). Alter & Sucht. Zurück ins Leben – Hilfe bei Sucht im Alter. Handbuch für Angehörige und Mitarbeiter in der stationären und ambulanten Pflege. Bad Reichenhall/Salzburg: Caritaszentrum und Uniklinikum Salzburg. URL: https://www.researchgate.net/publication/323910577_Sucht_und_Alter [Zugriffsdatum: 14. Dezember 2021].
- Fachhochschule Nordwestschweiz (o.J.). Soziale Stadtentwicklung. URL: <https://www.sozialestadtentwicklung.ch> [Zugriffsdatum: 01. Juni 2022].
- Fischer, Barbara / Mäder, Beatrice / Telser, Harry (2021). Polynomics AG. Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gasser, Nadja / Knöpfel, Carlo / Seifert, Kurt (2015). Erst agil, dann fragil. Studie: Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2016). Sucht kennt kein Alter. Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit von älteren Menschen. Informationen für Fachpersonen aus dem Sozial-, Alters- und Gesundheitswesen sowie Interessierte. URL: https://www.bs.ch/dam/jcr:acae5b0b-411c-4bfe-9ab9-7ba2df3281b0/Magazin_Sucht_SuchtKenntKeinAlter_1_2016.pdf. [Zugriffsdatum: 27. März 2022].
- Gesundheitsförderung Schweiz (2016). Faktenblatt 15. Gesundheitsförderung im Alter. Fakten und Zahlen. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gremminger, Simone (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In: Krebs, Marcel / Mäder, Roger / Mezzera, Tanya (Hg.). Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis. Wiesbaden: Springer VS. S. 17-20.
- Gross, Werner (2016). Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (2016). Lebensweltorientierung. In: Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (Hg.). Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 3. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 24-61.

- Grunwald, Klaus / Thiersch, Hans (2018). Lebensweltorientierung. In: Grasshoff, Gunther / Renker, Anna / Schröder, Wolfgang. Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer VS. S. 303-315.
- Hoff, Tanja (2018). Riskanter und abhängiger Konsum von Alkohol bei Älteren. Grundlagen und Aufgaben in ambulanter Psychotherapie und Beratung. In: Hoff, Tanja (Hg.). Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen. 1. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH. S. 55-75.
- Hoff, Tanja / Isfort, Michael / Kuhn, Ulrike / Kuhn, Silke (2017). Sucht im Alter – Grundlagen. In: Sucht im Alter – Massnahmen und Konzepte für die Pflege. 1. Auflage. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH. S. 1-13.
- Höpflinger, François (2009). Age Report 2009. Einblicke und Ausblicke zum Wohnen im Alter. Zürich: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François (2011). Demografische Alterung – Trends und Perspektiven. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Demografische-Alterung.pdf> [Zugriffsdatum: 27. März 2022].
- Höpflinger, François (2014). Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen. URL: https://www.odacloud.ch/wp-content/uploads/2017/08/Hoepflinger_demografischer_Wandel_2014.pdf [Zugriffsdatum: 27. März 2022].
- Höpflinger, François (2020a). Leben im Alter – aktuelle Feststellungen und zentrale Entwicklungen. Zürich: Programm Socius.
- Höpflinger, François (2020b). Bevölkerungswandel Schweiz. Soziodemografische und familien-demografische Entwicklungen im Langzeitvergleich. Stallikon: Käser Druck AG.
- Höpflinger, François / van Wezemaal, Joris (Hg.) (2014). Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Zürich/Genf: Seismo Verlag.
- IFT Institut für Therapieforchung (2021). Vorliegende ICD-10 Diagnosen nach Substanzklassen (F10 – F19). URL: <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/online-kds-manual/24-kds-f-konsummuster-und-suchtbezogene-problembereiche/245-icd-diagnosen-substanzklassen.html> [Zugriffsdatum: 12. März 2022].
- Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (2012). Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht. (308). Zürich.
- Institut Suchtprävention. pro mente Oberösterreich (2016). Theorien der Suchtentstehung. URL: <https://www.praevention.at/sucht-und-suchtvorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/theorien-der-suchtentstehung> [Zugriffsdatum: 14. März 2022].
- Klein, Ludger / Merkle, Maike / Molter, Sarah (2021). Schwierige Zugänge älterer Menschen zu Angeboten der Sozialen Arbeit. Abschlussbericht eines Praxisforschungsprojekts. (1). Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

- Konopik, Nadine (2019). Gesundheitskompetenz im Alter. Erweiterung von Health Literacy unter Berücksichtigung biografischer und umweltbezogener Aspekte. Wiesbaden: Springer VS.
- Kühnert, Sabine / Ignatzi, Helene (2019). Soziale Gerontologie: Grundlagen und Anwendungsfelder. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Kruse, Andreas (2001). Gesundheit im Alter. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.). Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut. URL: https://www.zfg.uzh.ch/static/2001/kruse_gesundheit.pdf [Zugriffsdatum: 24. März 2022].
- Kruse, Andreas (2017). Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Kruse, Andreas / Wahl, Hans-Werner (2010). Zukunft Altern. Individuelle und gesellschaftliche Weichenstellungen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kruse, Gunther / Körkel, Joachim / Schmalz, Ulla (2001). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Lesch, Otto-Michael / Walter, Henriette (2020). Abhängigkeitserkrankungen – eine Volkskrankheit? In: Lesch, Otto-Michael / Walter, Henriette (Hg.). Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH. S. 7-17.
- Lesch, Otto-Michael / Walter, Henriette / Pombo, Samuel / König, Daniel / Souirti, Noureddine / Vyssocki, Benjamin (2020). Motive, die Alkohol- und/oder Tabakabhängige zum Arzt führen. In: Lesch, Otto-Michael / Walter, Henriette (Hg.). Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH. S. 131-171.
- Lützenkirchen, Anne / Böss, Annegret / Hochberger, Silke / Moll, Gabriele / Wittig, Annika (2010). Sucht im Alter. Soziale Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ab 60 Jahren. Detmold: Jacobs Verlag.
- Marschall, Ursula / Ullrich, Walter / Sievers, Christoph (2010). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In: Repschläger, Uwe (Hg.). BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2009. Beiträge und Analysen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform ab 2009. Barmer Ersatzkasse. S. 252-276.
- Niekrens, Sebastian (2012). Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive. Freiburg: Centaurus Verlag & Media KG.
- Pohlmann, Stefan (2011). Sozialgerontologie. München: Ernst-Reinhardt Verlag.
- Ruhwinkel, Bernadette / Wieser, Markus (2014). Abhängige ältere Menschen beim Hausarzt. Erkennen – ignorieren – tolerieren – handeln? In: Schweiz Med Forum. 14. Jg. (48). S. 905-908.
- Schnoz, Domenic / Gross Salis, Corina / Grubenmann, Damian / Uchtenhagen, Ambros (2006). Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Zürich: ISGF.

- Schroeter, Klaus R. / Knöpfel, Carlo (2020). Soziale Arbeit für ältere Menschen in der Schweiz. In: Kirsten, Aner / Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. S. 95-105.
- Schumacher, Jann / Marthaler, Marc (2017). Alkoholkonsum: Begriffe, Definitionen, Richtlinien und Empfehlungen. In: SuchtMagazin. Alkohol. 43. Jg. (4). S. 14-18.
- Sommerfeld, Peter (2016). Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? In: SuchtMagazin. Sport, Soziale Arbeit, Motivational Interviewing. 42. Jg. (6). S. 27-31.
- Soyka, Michael (2009). Wenn Alkohol zum Problem wird. Suchtgefahren erkennen – den Weg aus der Abhängigkeit finden. 5. Auflage. Stuttgart: Trias Verlag.
- Soyka, Michael / Küfner, Heinrich (2008). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. 6. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Sucht Schweiz (2013). Theoretische Grundlagen der Suchtprävention. URL: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf [Zugriffsdatum: 14. März 2022].
- Sucht Schweiz (2018). Schweizer Suchtpanorama 2018. URL: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2018_SUCHTPANORAMA_DE.pdf [Zugriffsdatum: 14. März 2022].
- Tesch-Römer, Clemens / Motel-Klingebiel, Andreas / Wurm, Susanne (2010). Die zweite Lebenshälfte. Befunde des Deutschen Alterssurveys und ihre Bedeutung für Politik und Gesellschaft. In: Motel-Klingebiel, Andreas / Wurm, Susanne / Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 284-302.
- Thiersch, Hans (2020). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – revisited. Grundlagen und Perspektiven. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans / Grunwald, Klaus / Köngeter, Stefan (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hg.). Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 175-196.
- Ullrich, Jens (2018). Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. Klassifikationen und Erklärungsansätze. In: Von Heyden, Maximilian / Jungaberle, Henrik / Majic, Tomislav. Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag GmbH. S. 207-215.
- Wolter, Dirk K. (2015). Alkohol im Alter. Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkoholbezogene Störungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 48 Jg. (6). S. 557-570.
- Wolter, Dirk K. (2018). Altgewordene Suchtkranke. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 51 Jg. (7). S. 758-769.

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Altersaufbau der Bevölkerung (in: BFS 2022: 37)	7
Abb. 2: Das Phasenmodell nach Jellinek (in: Soyka 2009: 23)	23
Abb. 3: Suchtdreieck nach Kielholz und Ladewig (in: Institut Suchtprävention 2016: o.S.).....	28
Abb. 4: Alkoholabhängigkeit im Alter - Prototypen (in: Wolter 2018: 761)	30