

Tanja Romang, Niklaus Schnider

# Alkoholabhängigkeit kennt kein Alter

Im Ruhestand dem Alkohol verfallen

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Mai 2018



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Tanja Romang, Niklaus Schnider: Alkoholabhängigkeit kennt kein Alter. Im Ruhestand dem Alkohol verfallen

ISBN 978-3-03796-677-8

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen – das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung – Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell – Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen – Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Tanja Romang  
Niklaus Schnider

# **Alkoholabhängigkeit kennt kein Alter**

im Ruhestand dem Alkohol verfallen



Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

## Abstract

Alkoholabhängigkeit im Alter – ein gesellschaftliches Tabuthema, welches lange Zeit verharmlost und von Wissenschaft, Forschung sowie Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen kaum beachtet wurde. Durch den demografischen Wandel und die zunehmende Lebenserwartung stieg die Zahl alkoholabhängiger Seniorinnen und Senioren in den letzten Jahren markant an, was zu einer gegenwärtig verstärkten Wahrnehmung des Problems geführt hat. Die Bevölkerung ab 60 Jahren wird bisher kaum als eigenständige Zielgruppe von präventiven Massnahmen zur Verhinderung einer Alkoholabhängigkeit erfasst und oftmals in die Gruppe der erwachsenen Personen miteinbezogen. Doch durch die stetig wachsende Ausdehnung des Alters als Lebensphase und der damit verbundenen Heterogenität der Lebenslagen können Seniorinnen und Senioren längst nicht mehr mit Menschen im Erwerbsleben gleichgesetzt werden, denn gerade in den Lebensbereichen Gesundheit, Beschäftigung, Finanzen und soziale Beziehungen finden im Alter bedeutende Veränderungen statt, welche Einflüsse auf eine Alkoholabhängigkeit haben können. Mit steigendem Alter verändert sich zudem die Reaktionsweise des Körpers auf den Alkohol. Durch die Abnahme des Wasseranteils im Körper, die verminderte Regenerationsfähigkeit der Leberzellen sowie die schwächere Gehirndurchblutung wirkt der Alkohol bei älteren, alten und hochbetagten Menschen stärker und das Risiko einer Abhängigkeit steigt. Um in Erfahrung zu bringen, weshalb Seniorinnen und Senioren im Ruhestand dem Alkohol verfallen, liefert diese Arbeit Antworten darauf, welche Risiko- und Schutzfaktoren bei Personen ab 60 Jahren die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit beeinflussen können. Zur Beantwortung der Fragestellung werden die verschiedenen Lebensbereiche älterer, alter und hochbetagter Menschen analysiert und die Ergebnisse im Anschluss mit aktuellen Forschungsdaten zu Risiko- und Schutzfaktoren bezogen auf jüngere Personen in Verbindung gebracht. Zur Darstellung der Ergebnisse wird das Modell „Trias der Suchtursachen“ herangezogen, das Ursachen einer Abhängigkeit den Bereichen Droge, Person und Umwelt zuteilt. Die erarbeiteten Ergebnisse zeigen, dass die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren eng miteinander verbunden sind, in einer stetigen Wechselwirkung zueinanderstehen und sich gegenseitig beeinflussen. Ausserdem wird deutlich, dass altersspezifische präventive und gesundheitsfördernde Angebote zur Stärkung von Schutzfaktoren von grosser Bedeutung sind. Institutionen in den entsprechenden Arbeitsbereichen stehen jedoch aktuell vor der Herausforderung, dass sie aufgrund von finanziellen Sparmassnahmen von einem Leistungsabbau bedroht sind. Abschliessend lässt sich festhalten, dass die erarbeiteten Ergebnisse für die gegenwärtigen Seniorinnen und Senioren gelten, dass sie jedoch aufgrund der sich verändernden Lebenslagen bei ins Alter nachrückenden Generationen überprüft und allenfalls angepasst werden müssen.

# **Alkoholabhängigkeit kennt kein Alter**

im Ruhestand dem Alkohol verfallen

Bachelor-Thesis zum Erwerb  
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule  
Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Tanja Romang  
Niklaus Schnider

Bern, Mai 2018

Gutachterin: Susanne Keller, MA Klinische Sozialarbeit

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert

## **Dank**

Ein herzlicher Dank gilt unseren Familien und nahestehenden Personen, welche uns während den letzten Monaten bei der teilweise kräftezehrenden Schreibearbeit selbstlos motiviert und unterstützt haben.

Ein weiteres Dankeschön ist unserer Betreuungsperson Frau Susanne Keller auszusprechen, welche unsere Abschlussarbeit begleitet hat und uns mit ihren raschen, hilfreichen und horizontweiternden Rückmeldungen stets weiterhelfen konnte.

Merci

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	5
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Erkenntnisinteresse .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Persönliches Interesse .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Aktueller Forschungsstand .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Alkoholabhängigkeit .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Definitionen .....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Alkoholismus .....	9
2.1.2 Alkoholmissbrauch .....	9
2.1.3 Alkoholabhängigkeit .....	9
2.1.4 Alkoholikerin / Alkoholiker .....	10
<b>2.2 Ursachen .....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Droge .....	12
2.2.2 Person .....	12
2.2.3 Umwelt .....	12
<b>2.3 Verlauf des Alkoholismus .....</b>	<b>13</b>
2.3.1 Voralkoholische Phase .....	13
2.3.2 Anfangsphase .....	14
2.3.3 Kritische Phase .....	14
2.3.4 Chronische Phase .....	14
<b>2.4 Trinktypen .....</b>	<b>15</b>
2.4.1 Konflikttrinkerin / Konflikttrinker (Alpha-Typ) .....	15
2.4.2 Gelegenheitstrinkerin / Gelegenheitstrinker (Beta-Typ) .....	16
2.4.3 Süchtige Trinkerin / süchtiger Trinker (Gamma-Typ) .....	16
2.4.4 Gewohnheitstrinkerin / Gewohnheitstrinker (Delta-Typ) .....	16
2.4.5 Quartalstrinkerinnen / Quartalstrinker (Epsilon-Typ) .....	16
2.4.6 Mischformen .....	16
<b>2.5 Auswirkungen .....</b>	<b>17</b>
2.5.1 Körperliche Folgeschäden .....	17
2.5.2 Psychische Folgeschäden .....	18
2.5.3 Soziale Auswirkungen .....	18
2.5.4 Faktoren, die über die Wirkung des Alkohols bestimmen .....	19
<b>3 Alkoholabhängigkeit im Alter .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Gesundheitliche Aspekte .....</b>	<b>20</b>

<b>3.2</b>	<b>Auswirkungen</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3</b>	<b>Epidemiologie</b> .....	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>Klassifikation</b> .....	<b>24</b>
3.4.1	Early-Onset-Drinkers.....	25
3.4.2	Late-Onset-Drinkers .....	26
<b>4</b>	<b>Das Alter</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Begriffsdefinitionen</b> .....	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Das Alter als Lebensphase</b> .....	<b>28</b>
<b>4.3</b>	<b>Demografischer Wandel</b> .....	<b>30</b>
4.3.1	Demografischer Wandel in der Schweiz.....	31
<b>4.4</b>	<b>Die Lebenslage von Menschen ab dem 60. Lebensjahr</b> .....	<b>32</b>
4.4.1	Das Lebenslagenkonzept.....	33
4.4.2	Gesellschaftliche Sichtweise - Altersbilder .....	35
4.4.3	Einkommen und Vermögen.....	36
4.4.4	Gesundheit.....	40
4.4.5	Wohnen.....	45
4.4.6	Bildung.....	48
4.4.7	Soziale Beziehungen.....	50
4.4.8	Freizeit und Beschäftigung .....	52
<b>5</b>	<b>Suchtprävention und Gesundheitsförderung</b> .....	<b>54</b>
<b>5.1</b>	<b>Suchtprävention</b> .....	<b>55</b>
5.1.1	Zeitliche Differenzierung.....	55
5.1.2	Verhältnis- und Verhaltensprävention.....	55
<b>5.2</b>	<b>Gesundheitsförderung</b> .....	<b>56</b>
<b>5.3</b>	<b>Prävention und Gesundheitsförderung im Alter</b> .....	<b>56</b>
<b>5.4</b>	<b>Verhältnis Prävention und Gesundheitsförderung</b> .....	<b>57</b>
<b>5.5</b>	<b>Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren</b> .....	<b>58</b>
<b>5.6</b>	<b>Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit</b> .....	<b>58</b>
<b>6</b>	<b>Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter</b> .....	<b>60</b>
<b>6.1</b>	<b>Droge</b> .....	<b>61</b>
6.1.1	Risikofaktoren .....	61
6.1.2	Schutzfaktoren .....	62
<b>6.2</b>	<b>Person</b> .....	<b>63</b>
6.2.1	Risikofaktoren .....	63
6.2.2	Schutzfaktoren .....	68
<b>6.3</b>	<b>Sozialer Nahraum</b> .....	<b>71</b>
6.3.1	Risikofaktoren .....	71



6.3.2	Schutzfaktoren .....	73
<b>6.4</b>	<b>Gesellschaft.....</b>	<b>75</b>
6.4.1	Risikofaktoren .....	75
6.4.2	Schutzfaktoren .....	77
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerungen.....</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>85</b>

# 1 Einleitung

Jeder zwölfte Todesfall in der Schweiz ist alkoholbedingt. Es sterben also jedes Jahr mehr als 2'500 Menschen an den Folgen von Verletzungen, Unfällen, Krebserkrankungen oder Leberzirrhosen, die sich auf einen missbräuchlichen Konsum von Alkohol zurückführen lassen (Marmet, Gmel, Gmel, Frick & Rehm, 2013, S. 9). Doch eine vorzeitige Mortalität ist bei Weitem nicht die einzige negative Folge eines übermässigen Alkoholkonsums. So steigt ebenfalls die Gefahr von familiären Konflikten, sozialer Isolation oder eines Verlustes des Arbeitsplatzes deutlich an. Auch auf gesellschaftlicher Ebene sind die Folgen weitreichend. Alkoholkonsum verursacht in der Schweiz jährlich mehr als 600 Millionen Franken direkte Kosten im Gesundheitswesen. Dazu kommen mehr als drei Milliarden Franken indirekte Kosten, die die Wirtschaft aufgrund von geringerer Arbeitsleistung sowie Produktionsverlusten trägt (Fischer, Telser, Widmer & Leukert, 2014, S. 13). Diesem gesamtgesellschaftlichen Problem wird inzwischen vor allem bezogen auf Jugendliche und Erwachsene grosse Aufmerksamkeit geschenkt (Kutschke, 2012, S. 33). Wissenschaft, Forschung sowie Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen beschäftigen sich seit vielen Jahren mit den Themen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Eine Altersgruppe, die in Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeit bisher nur begrenzt öffentlich wahrgenommen wurde, ist diejenige der Personen ab 60 Jahren. Lange Zeit wurde das Thema Sucht im Alter von den Medien, der Politik sowie der Wissenschaft und Forschung ausgeklammert (S. 33). Doch im Hinblick auf die aktuellen demografischen Entwicklungen verdient die Auseinandersetzung mit dem Risiko einer Alkoholabhängigkeit im Alter mehr Beachtung. Schätzungen gehen davon aus, dass sich die Zahl älterer Menschen, die einen problematischen Alkoholkonsum haben, zwischen 2001 bis 2020 verdoppeln wird (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2008, S. 1). Diese Prognose beruht auf der Tatsache, dass die bevölkerungsreiche Baby-Boom-Generation mit den geburtenstarken Jahrgängen 1945/46 und 1963-1965 (Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2008, S. 1), die sich an der Schwelle zur Pensionierung befindet, einen deutlich höheren Alkoholkonsum aufweist als frühere Generationen. Eine erste Tendenz ist bereits heute erkennbar. In keiner Altersgruppe ist der risikoreiche, chronische Alkoholkonsum so hoch wie bei den 65- bis 74-Jährigen. Bei den Männern sind 9% und bei den Frauen 6% betroffen (Gamp, 2017). Sie konsumieren täglich zwischen 20 bis 40 Gramm reinen Alkohol (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 9). Diese Personen sind

besonders gefährdet, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken, denn der Übergang von einem risikoreichen zu einem abhängigen Alkoholkonsum geschieht oft fließend und unbemerkt (Sucht Schweiz, n.d.). Bei älteren Menschen mit einer Alkoholproblematik wird in der Fachliteratur unterschieden zwischen sogenannten „Early-Onset-Drinkers“, bei denen der schädliche oder abhängige Konsum bereits seit dem frühen oder mittleren Erwachsenenalter besteht, sowie den „Late-Onset-Drinkers“, bei denen Alkoholprobleme erst ab einem Alter von 60 Jahren auftreten (Wolter, 2014, S. 153-154). Bei Late-Onset-Drinkers sind meist altersbedingte Veränderungen der Lebensumstände für das Auftreten von Alkoholproblemen verantwortlich (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 8). So erfordert die Pensionierung eine Anpassung an die neue Lebenssituation im Ruhestand, die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit nimmt ab und die Gefahr von Vereinsamung aufgrund mangelnder sozialer Kontakte oder Todesfällen im nahen Umfeld nimmt zu (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, 2010, S. 9). Diese und weitere altersspezifische Faktoren wirken sich begünstigend auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit im Alter aus (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 7). Organisationen im Alters- und Suchtbereich stehen in der Pflicht, die sich verändernden Lebensumstände der älteren Menschen bei der Planung von Programmen und Projekten zur Verhinderung und Behandlung von Suchterkrankungen im Alter zu berücksichtigen, um ihr Angebot den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe anzupassen. Verschiedene Autorinnen und Autoren weisen jedoch darauf hin, dass bisher altersspezifische Ursachen von Suchtentwicklung sowie schützende Faktoren nur ansatzweise bekannt sind und umfassender erfasst werden müssen (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 7; Schnoz, Gross, Grubenmann & Uchtenhagen, 2006, S. 10). Diese Wissenslücke soll mithilfe der vorliegenden Arbeit geschlossen werden. Durch die Untersuchung der Lebenslage der Personen ab 60 Jahren werden die altersspezifischen Faktoren, welche eine begünstigende oder schützende Wirkung auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit haben, erarbeitet. Daraus leitet sich die folgende Fragestellung ab:

**Welche Risiko- und Schutzfaktoren können bei Personen ab 60 Jahren die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit beeinflussen?**

Für die Beantwortung der generierten Fragestellung werden zu Beginn der Arbeit, entsprechend dem Fundament beim Hausbau, die zentralen Themen „Alkoholabhängigkeit“ und „Alkoholabhängigkeit im Alter“ erfasst sowie die für die

Arbeit relevanten Kontexte erarbeitet. Als theoretische Grundlage wird das Modell der „Trias der Suchtursachen“ (Sting & Blum, 2003, S. 35) beigezogen, welches bei der Analyse von Suchtursachen psychologische, soziale und biologische Entstehungsbedingungen berücksichtigt. Dabei werden die vielfältigen potentiellen Suchtursachen im Dreieck von Droge, Person und Umwelt konkretisiert, indem ein komplexes Set von Bedingungsfaktoren einbezogen wird. Das gewählte Modell hat sich in den letzten Jahren als Schema für die Ursachenforschung im Suchtbereich durchgesetzt (Sucht Schweiz, 2013, S. 3-4). Wie bereits angedeutet, werden alkoholabhängige Seniorinnen und Senioren in der wissenschaftlichen Literatur unterteilt in Early-Onset- und Late-Onset-Drinkers. Bei Early-Onset-Drinkers stehen therapeutische Massnahmen unter dem Leitgedanken von Schadensbegrenzung und Erhaltung von Würde und Autonomie. Late-Onset-Drinkers sind hingegen oftmals sozial gut eingebunden und mit ausreichender psychischer Stabilität ausgestattet, was bei einer späten Problemmanifestation die Behandlungsprognosen positiv beeinflusst (Alter und Sucht, n.d.a). Aufgrund der positiven Rehabilitationschancen der Late-Onset-Drinkers sowie der Möglichkeit, präventive Massnahmen bei dieser Gruppe einzusetzen, stehen die Late-Onset-Drinkers im Fokus der vorliegenden Arbeit. Nährboden und Ursachen einer Suchtentstehung ab dem 60. Lebensjahr liegen oftmals verborgen in dem von Übergängen und kritischen Lebensereignissen geprägten Lebensabschnitt. Für die Analyse der Lebenslage von Menschen ab 60 Jahren folgt ein Kapitel, in welchem mithilfe des Lebenslagenkonzepts nach Neurath zentrale Lebensbereiche im Alter erfasst werden. Um die Ergebnisse der Lebenslagenanalyse mit der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit in Zusammenhang zu bringen, wird im darauffolgenden Kapitel den Fragen nachgegangen, warum gewisse Menschen keine Suchtmittel konsumieren, andere experimentieren und wiederum andere Suchtmittel (miss-)brauchen und/oder abhängig werden (Sucht Schweiz, 2013, S. 3). Zur Beantwortung dieser Fragen werden Theorien der Suchtprävention und Gesundheitsförderung, die ihren Fokus auf die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren richten, hinzugezogen. In einem anschliessenden Schritt werden die drei Parameter der „Trias der Suchtursachen“ (Droge, Person, Umwelt) erweitert durch die erarbeiteten Risiko- und Schutzfaktoren. Dabei entsteht ein weiterentwickeltes, mehrdimensionales Modell, welches die begünstigenden und schützenden Ausstattungsmerkmale einer Alkoholabhängigkeit im Alter einschliesst. Das abschliessende Kapitel umfasst Schlussfolgerungen zu den zentralen Erkenntnissen und wagt einen Blick in die Zukunft.

## 1.1 Erkenntnisinteresse

Mit der Erarbeitung der altersspezifischen Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit werden zwei Ziele verfolgt: Zum einen soll durch die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse das generierte Wissen Organisationen im Alters- und Suchtbereich als theoretische Grundlage für die Planung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen für Menschen ab 60 Jahren dienen. Denn „das Wissen um die sogenannten Risiko- und Schutzfaktoren einer Zielgruppe ist eine wichtige Voraussetzung, um theoriegeleitete und evidenzbasierte suchtpreventive Massnahmen zu planen“ (Sucht Schweiz, 2013, S. 1). Suchtprävention verfolgt das Ziel, die Entstehung von Suchtverhalten zu verhindern (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, n.d.). Die Verhinderung einer Abhängigkeit verbessert die Lebensqualität sowie den Gesundheitsstatus der älteren Personen und leistet somit gleichzeitig einen wichtigen Beitrag zur Senkung der Gesundheitskosten. Denn alkoholbedingte Beschwerden und Unfälle belasten nicht nur die betroffene Person sowie ihre Angehörigen, sondern auch die zuständigen Kassen im Gesundheitswesen. Zum anderen sollen durch die Veröffentlichung der Forschungsergebnisse Fachpersonen aber auch Angehörige und betroffene Personen selbst zur Auseinandersetzung mit der Problematik einer Alkoholabhängigkeit im Alter angeregt werden. Denn nicht nur die aktuellen demografischen Entwicklungen begründen die Wichtigkeit einer Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht im Alter. So werden Suchtprobleme bei älteren Menschen bis heute oftmals tabuisiert. „Wer will denn schon einem 70-Jährigen sein wohlverdientes Glas Wein verbieten?“ (Akzent Prävention und Suchttherapie, n.d., S. 3). Es gibt mehrere Faktoren, die erklären könnten, wieso das Thema Alkohol im Alter weiterhin ein Tabuthema ist. Zum einen ging man lange Zeit davon aus, dass Alkoholikerinnen und Alkoholiker nicht älter als 60 Jahre alt werden. Dies würde bedeuten, dass die Krankheit selbstbegrenzend ist und im Alter nur eine Randerscheinung darstellt (Kutschke, 2012, S. 34). Diese Annahme ist heute in unserer deutlich älter werdenden Gesellschaft nicht mehr aktuell (S. 34), da viele Alkoholabhängigkeiten erst kurz vor oder nach der Pensionierung entstehen (Drogen Forum Innerschweiz, n.d., S. 1). Ein weiterer Faktor für die fehlende Wahrnehmung des Altersalkoholismus ist die Tatsache, dass die Diagnose einer Abhängigkeit im Alter anspruchsvoll ist. So können Symptome wie Zittern, Schwindel oder Schlafstörungen sowohl einer Abhängigkeit wie auch altersbedingten Beschwerden zugeordnet werden (Akzent Prävention und Suchttherapie, n.d., S. 5). Auch das bei älteren Menschen oftmals fehlende soziale Netz erschwert die Erkennung einer Alkoholabhängigkeit. So können Ärzte für eine Diagnose oftmals nicht auf Beobachtungen von Angehörigen zurückgreifen (S. 5). Die Sensibilisierung der

Fachpersonen sowie der Bevölkerung für das Thema Sucht im Alter kann dabei helfen, Alkoholabhängigkeiten im Alter möglichst frühzeitig zu erkennen. Die Früherkennung und Frühintervention bei bereits vorhandenen Alkoholproblemen leisten einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung der Lebensqualität im Alter. Denn gemäss der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) belegen Studien, dass insbesondere bei Personen, bei denen sich eine Alkoholabhängigkeit erst nach dem 60. Lebensjahr manifestiert hat, durch den Einsatz von geeigneten Therapieformen gute Chancen auf eine Heilung bestehen (2008, S. 5).

Nebst dem beschriebenen fachlichen Interesse am Thema Sucht im Alter führte auch ein persönliches Interesse der Autoren zu dieser Themenwahl. Dieses wird im folgenden Kapitel beschrieben.

## **1.2 Persönliches Interesse**

Die Autorin und der Autor dieser Arbeit haben die Aktualität des Themas Sucht im Alter in ihrem Berufsalltag persönlich erfahren. Der Autor arbeitet bei der Pro Senectute Berner Oberland als Sozialarbeiter. In seiner Tätigkeit hat er erkannt, dass sich die Pro Senectute in der Region mit dem Programm "Zwäg ins Alter" bereits intensiv für eine wirkungsvolle Gesundheitsförderung im Alter einsetzt. Das Thema Sucht im Alter war jedoch bisher nicht Inhalt des Programmes. Die Autorin hat ihr zweites Praktikum im Rahmen des Bachelorstudienganges Soziale Arbeit bei der Berner Gesundheit, die im ganzen Kanton Bern Suchtberatung und –therapie anbietet, absolviert. Die Berner Gesundheit hat aufgrund der aktuellen demografischen Entwicklungen ihr Fachwissen zum Thema Sucht im Alter bereits vor einigen Jahren vertieft. Die Generierung von Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter dient auch diesen beiden Organisationen als theoretische Grundlage für die Planung eines Angebotes, das sich an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten orientiert.

## **1.3 Aktueller Forschungsstand**

Gemäss der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (ZüFAM) blieb das Forschungsfeld Sucht im Alter lange Zeit stark vernachlässigt. Erst in den letzten 20 Jahren haben die Anstrengungen, die Datenlage in der Schweiz zu verbessern, deutlich zugenommen (Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs, n.d.a). Bei der Auseinandersetzung mit genanntem Gegenstand erscheinen zwei nationale Webseiten bedeutsam, auf welchen Informationen, Studien und Arbeitsinstrumente publiziert werden. Eine Kooperation der Organisationen Sucht Schweiz, Forel Klinik, ZüFAM und

Infodrog betreibt die Webseite [www.alterundsucht.ch](http://www.alterundsucht.ch), auf welcher Informationen zu Alkoholabhängigkeit und anderen substanzgebundenen Abhängigkeiten im Alter veröffentlicht werden (Alter und Sucht, n.d.b). Die Benutzerinnen und Benutzer dieser Plattform können anwählen, ob sie Betroffene, Nahestehende oder Fachpersonen sind. Entsprechend der getroffenen Wahl werden unterschiedliche Informationen vermittelt. Die zweite für die wissenschaftliche Arbeit relevante Webseite ist unter [www.suchtimalter.ch](http://www.suchtimalter.ch) abrufbar und wird betrieben von der ZüFAM (n.d.b). Diese Webseite richtet sich in erster Linie an Gemeinden, Institutionen und Organisationen. Mit publizierten Arbeitsinstrumenten und Studien sollen die Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger in Gemeinden befähigt werden, bestehende Angebote sowie die Planung neuer Projekte in den Bereichen Alter, Gesundheit und Prävention zu koordinieren und zu optimieren. Zudem sollen der Leitung und dem Personal in Organisationen und Institutionen zusätzliche Kompetenzen vermittelt werden, die sie in ihrem Berufsalltag handlungswirksam umsetzen können. Eine bedeutende Studie zum Thema Alkohol im Alter haben Kessler, Salis Gross, Koller und Haug im Jahr 2012 verfasst. Basierend auf Weyerer (2010) sowie auf Hallgren, Höberg und Andréasson (2009) kommen sie zum Schluss, dass problematischer Alkoholkonsum auch im Alter ein Risikoverhalten darstellt, das gesundheitliche und ökonomische Schäden für das Individuum und die Gesellschaft verursacht. Gemäss Moore, Whiteman und Ward (2007) zeigt eine zunehmende Anzahl Studien, dass ein hoher Alkoholkonsum einen negativen Einfluss auf die im fortschreitenden Alter häufig verbreiteten Erkrankungen wie Diabetes, Bluthochdruck, gastrointestinale Erkrankungen, Schlaflosigkeit und Depressionen hat. Durch die häufige Einnahme von Medikamenten steigt zudem die Gefahr, dass Alkohol deren Wirkung verändert oder gefährliche Wechselwirkungen auslöst. Schäufele stellt fest, dass übermässiger Alkoholkonsum älterer Menschen weitere Folgen wie neuro-psychiatrische Komplikationen, Verwirrheitszustände, Stürze, Frakturen, Inkontinenz, Mangelernährung sowie verstärkte Suizidalität hervorruft (zitiert nach Kessler et al., 2012, S. 17). Wichtige Zahlen zum Alkoholkonsum im Alter liefern Gmel, Kuendig, Notari und Gmel (2017, S. 29). Diese zeigen, dass 88% der Schweizer Bevölkerung zwischen 60 und 64 Jahren Alkohol konsumieren. Bei der Altersgruppe der 65-74-Jährigen liegt der Wert bei 88,5% und bei den über 75-Jährigen bei 79,6%. Alkoholabstinent leben zwischen 12% (60-64 Jahre) und 20,4% (über 75 Jahre) der Schweizer Bevölkerung. Die Werte der Männer betreffend Alkoholkonsum im Alter liegen meist höher. Einzig bei der Kombination des Alkohol- und Medikamentenkonsums der unter 80-jährigen Personen sind die Werte der Frauen höher (Kessler et al., 2012, S. 17-18). Zahlen zu der Verbreitung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch im Alter sind sehr schmal. Im Jahr 2006

haben Untersuchungen der Schweizer Bevölkerung ergeben, dass sich der Anteil Personen ab 60 Jahren, die missbräuchlich Alkohol konsumieren, zwischen 5 und 10% bewegt. Die Rate der alkoholabhängigen Menschen in derselben Altersgruppe liegt zwischen 0,5 und 2% (Meyer & Willmann, 2007, S. 9). Deutlich höher liegen die Werte bei Eintritt in ein Altersheim. Rund 19% der Männer und 4% der Frauen werden bei Eintritt als alkoholkrank bezeichnet (Schnoz et al., 2006, S. 6). Betreffend möglicher Risikofaktoren und Ursachen für die Entstehung einer Abhängigkeit im Alter liefert die Studie von Schnoz et al. (2006, S. 10-12) umfassende Daten. Neben den rein physiologischen Faktoren wie dem verlangsamten Stoffwechsel und dem niedrigeren Wasser- und Fettgehalt im Körper, was zu einem verlangsamten Abbau von Blutalkohol führt, nennen sie insbesondere auch gesellschaftliche Umstände als Auslöser für die Entstehung einer Abhängigkeit. Nach Amlacher müssen biologische und psychische Probleme des Alterns wie Krankheit, Schmerz, Mobilitätsverlust und Tod bewältigt oder zumindest ertragen werden. Gelingt die Anpassung ans Altern nicht, wird die Überleitung in die Sucht begünstigt (zitiert nach Schnoz et al., 2006, S. 10). Gemäss Uchtenhagen gehen bei 81% der Spätmanifestationen einer Abhängigkeit ungünstige Lebensereignisse der Erkrankung voraus, was doppelt so häufig ist wie bei Frühmanifestationen (zitiert nach Schnoz et al., 2006, S. 10-11). Diese Studien haben den gemeinsamen Nenner, dass sich ihr Fokus auf die Ursachen und Überwindung einer Abhängigkeit im Alter richtet. Der Einbezug von Schutzfaktoren, welche der Entstehung einer Abhängigkeit entgegenwirken und ebenso massgebend sind für die Präventionsarbeit und insbesondere auch für Projekte der Gesundheitsförderung, werden dabei jedoch vernachlässigt. Auch Lützenkirchen, Böss, Hochberger, Moll und Wittig (2010) gehen in ihrer Forschungsarbeit der Frage nach, welche spezifischen Auslösefaktoren für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter verantwortlich sind, klammern jedoch die Frage nach möglichen Schutzfaktoren aus. Bühler (2009), Soyka und Küfner (2008), Esser (2008) und Uchtenhagen (2002) liefern zwar eine Übersicht möglicher Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit, beziehen sich dabei aber auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Ältere Menschen werden als Zielgruppe bei diesen Autoren nicht erfasst. Auffallend beim aktuellen Forschungsstand ist die Tatsache, dass vor allem zwischen den Jahren 2000 und 2012 eine grosse Anzahl bedeutender Forschungsarbeiten zum Thema Alkoholabhängigkeit im Alter entstanden ist. Inhaltlich orientiert sich diese Arbeit daher insbesondere an den Ergebnissen aus diesen Jahren, da in vielen Bereichen keine aktuelleren Daten vorliegen.



## **1.4 Methodisches Vorgehen**

Das methodische Vorgehen der vorliegenden Bachelor-Thesis entspricht einer theoretischen Arbeit nach wissenschaftlichen Standards. Der Entscheid für eine theoretische Arbeit fiel aufgrund der Tatsache, dass zum gewählten Thema bereits eine umfassende Datenmenge zur Verfügung steht. Sucht im Alter ist ein relativ junges Forschungsgebiet, hat jedoch in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dabei entstand eine Vielfalt an Literatur und Studien, welche als Basis für eine theoretische Arbeit verwendet werden können. Wann immer möglich wurden für diese Arbeit Daten aus der Schweiz verwendet. Wo dies aufgrund von fehlenden Daten nicht möglich war, wurden Resultate aus Ländern mit ähnlichen Bevölkerungsstrukturen, z.B. Deutschland, berücksichtigt. Auf der Suche nach aktuellen Artikeln und Forschungsergebnissen zum Thema „Alkoholabhängigkeit im Alter“ wurden insbesondere die Plattformen [www.suchtimalter.ch](http://www.suchtimalter.ch) sowie [www.alterundsucht.ch](http://www.alterundsucht.ch) konsultiert. Für die Themen „Alter“ und „Lebenslage im Alter“ lieferten das Bundesamt für Statistik sowie das Schweizerische Gesundheitsobservatorium wichtige Daten. Für alle weiteren Themen wurden verschiedene Formen von Fachliteratur aus unterschiedlichen Datenbanken verwendet.

## **2 Alkoholabhängigkeit**

Der Konsum von Alkohol ist für viele Menschen in der Schweiz ein wichtiger Bestandteil eines genussvollen Lebens: Zu einem feinen Essen gehört ein Glas Rotwein, nach Feierabend gönnt man sich eine Stange Bier und der Prüfungserfolg wird mit einem Glas Champagner gefeiert. In unserer Gesellschaft wird Alkoholtrinken oft mit Geselligkeit, guter Laune oder Freizeit verknüpft (Soyka, 2009, S. 12). Was aber, wenn plötzlich zu jedem Essen Wein getrunken wird, aus einer Stange vier Stangen Bier werden und statt eines Prüfungserfolges die Sorgen aufgrund eines Misserfolges in Champagner ertränkt werden? Kann hier noch von Genuss gesprochen werden? Ein übermässiger Alkoholkonsum birgt das Risiko von Krankheiten, Unfällen und seelischem Leid. Doch wie viel ist zu viel? Wann sprechen wir von einer Abhängigkeit und wie entsteht diese? Und welche gesundheitliche Schäden und soziale Probleme verursacht der Alkoholkonsum? Die Antworten auf diese Fragen folgen im weiteren Verlauf dieses Kapitels.

## **2.1 Definitionen**

Im Zusammenhang mit dem Thema Alkoholkonsum werden in der Fachliteratur diverse Begriffe verwendet. Zur Vermeidung von Missverständnissen werden diese Begriffe im folgenden Abschnitt definiert:

### **2.1.1 Alkoholismus**

Der Begriff Alkoholismus wurde erstmals im Jahr 1852 vom schwedischen Arzt Huss verwendet. Er umfasst zwei Phänomene, die seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts voneinander getrennt werden, nämlich „Alkoholmissbrauch“ und „Alkoholabhängigkeit“ (Feuerlein, 2008, S. 15). Diese Unterscheidung hat bis heute Bestand und spiegelt sich auch im Internationalen Klassifikationssystem der psychischen Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wider.

### **2.1.2 Alkoholmissbrauch**

Gemäss ICD-10 liegt dann ein Alkoholmissbrauch vor, wenn der Konsum von Alkohol zu körperlichen, sozialen oder psychischen Folgeschäden führt, ohne dass eine Abhängigkeit vorliegt. Synonym kann auch von einem schädlichen Gebrauch gesprochen werden (Dilling, Mambour & Schmidt, 2015, S. 113).

### **2.1.3 Alkoholabhängigkeit**

Von einer Abhängigkeit wird gemäss ICD-10 dann gesprochen, wenn in den letzten zwölf Monaten mindestens drei der folgenden Kriterien aufgetreten sind (Dilling, Mambour & Schmidt, 2015, S. 114 - 116):

1. Ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums.
3. Körperliche Entzugserscheinungen bei Beendigung des Konsums.
4. Eine erhöhte Toleranz – für die gleiche Wirkung ist eine grössere Menge Alkohol nötig.
5. Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums.
6. Anhaltender Konsum trotz des Wissens über die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums.

Bei einer bestehenden Abhängigkeit wird unterschieden zwischen einer psychischen Abhängigkeit, die sich durch ein übermächtiges Verlangen Alkohol zu konsumieren kennzeichnet, sowie einer physischen Abhängigkeit, die charakterisiert ist durch eine erhöhte Toleranz sowie das Auftreten von Entzugserscheinungen bei Beendigung des Konsums (Kutschke, 2012, S. 48). Der Begriff Abhängigkeit wird umgangssprachlich

auch durch den Begriff Sucht ersetzt (S. 46). Verschiedene Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die Verwendung des Begriffs Sucht nicht eindeutig ist und der Begriff nicht klar definiert werden kann (Soyka & Kűfner, 2008, S. 8; Kutschke, 2012, S. 47). Die WHO hat daher im Jahr 1964 vorgeschlagen, in Zusammenhang mit der Einnahme von Substanzen ausschliesslich den Begriff Abhängigkeit zu verwenden (Soyka & Kűfner, 2008, S. 8). An diesem Verständnis orientiert sich auch diese Arbeit. Daher wird im Folgenden weitgehend auf den Begriff Sucht verzichtet und durch den Begriff Abhängigkeit ersetzt.

#### **2.1.4 Alkoholikerin / Alkoholiker**

Eine Person wird dann als Alkoholikerin, Alkoholiker oder alkoholkrank bezeichnet, wenn sie durch einen übermässigen Alkoholkonsum körperliche, soziale oder psychische Schäden erlitten hat oder wenn sie die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit erfüllt (Soyka, 2009, S. 13). Welche Menge Alkohol eine Person konsumiert, spielt dabei keine Rolle. Es bestehen keine Richtlinien darüber, ab welcher Konsummenge der Alkohol Schäden oder eine Abhängigkeit verursacht. Dieser Wert ist individuell unterschiedlich (S. 13).

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sind zwei Störungen, die in Klassifikationssystemen klar voneinander getrennt werden. In der Praxis lassen sie sich jedoch nicht immer deutlich abgrenzen. Alkoholmissbrauch ist oftmals die Vorstufe einer Abhängigkeit. Der Übergang kann fliessend geschehen und lange Zeit durch Betroffene oder Angehörige unbemerkt bleiben. Somit sind diese beiden Störungen unweigerlich miteinander verbunden. Bei der Suche nach möglichen Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit wird somit gleichzeitig auch nach Faktoren eines Alkoholmissbrauchs gesucht. Daher werden in dieser Arbeit zur Bearbeitung der Fragestellung je nach Thema beide Begriffe, manchmal aber auch nur der Begriff Alkoholabhängigkeit und manchmal nur der Begriff Alkoholmissbrauch verwendet.

## **2.2 Ursachen**

Viele Menschen pflegen ein Leben lang einen genussvollen Umgang mit dem Alkohol. Andere haben lange Zeit gemässigt Alkohol konsumiert und entwickeln erst nach vielen Jahren eine Abhängigkeit. Wieder andere sind dem Alkohol bereits nach kurzer Zeit verfallen. Um die individuellen Geschichten verstehen zu können, muss die Frage nach möglichen Ursachen einer Alkoholabhängigkeit geklärt werden. Dazu liefert die Fachliteratur eine Vielzahl an Erklärungsmodellen (Sting & Blum, 2003, S. 33). Monokausale Modelle, die beispielsweise ausschliesslich die Genetik einer Person für die Entstehung einer Abhängigkeit verantwortlich machen, werden der Komplexität

einer Alkoholabhängigkeit nicht gerecht. Sie ist „vielmehr ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit einer biopsychosozialen Betrachtungsweise“ (Feuerlein, 2008, S. 18). Bei der Suche nach möglichen Ursachen muss daher ein komplexes Bündel von Bedingungsfaktoren berücksichtigt werden (Sting & Blum, 2003, S. 33). Ein Modell, das die multifaktorielle Beschaffenheit einer Alkoholkrankung berücksichtigt, ist die „Trias der Suchtursachen“. Sie sucht Ursachen sowohl in der Droge wie auch in der Person und deren sozialen Umwelt (S. 34):

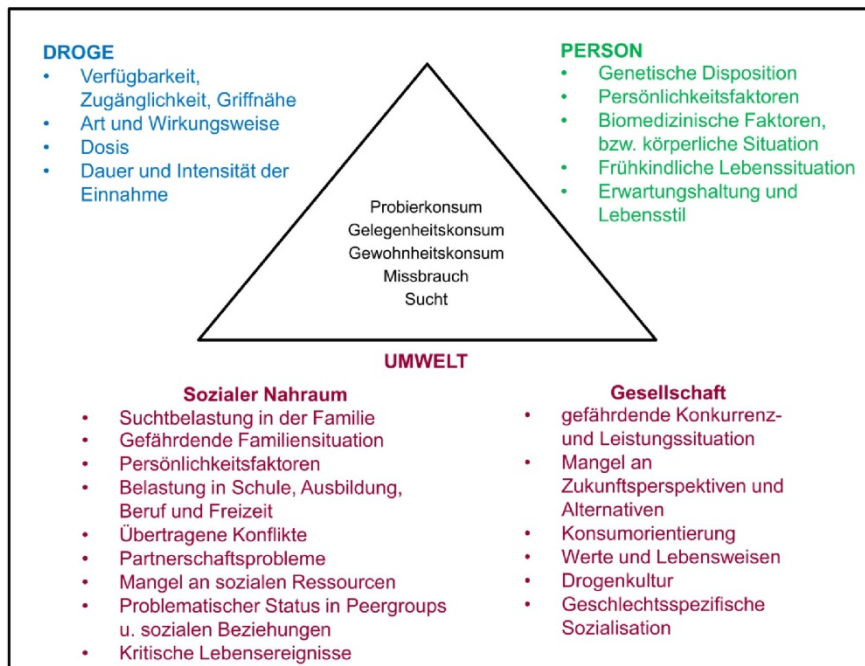


Abbildung 1. Trias der Suchtursachen. Nach Sting & Blum, 2003, S. 35.

Die drei Faktorengruppen werden in einem Dreieck dargestellt. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass sich die Faktoren aus den verschiedenen Gruppen gegenseitig beeinflussen und miteinander interagieren (Feuerlein, 2008, S. 18). Die „Trias der Suchtursachen“ eignet sich als Erklärungsmodell für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit insbesondere deshalb, weil sie die Möglichkeit schafft, ein individuelles Erklärungsmuster zu bestimmen, das alle relevanten Lebensbereiche der betroffenen Person einbezieht. Zudem folgt sie dem systemischen Ansatz, der davon ausgeht, dass Problemlagen nur im Verhältnis Individuum – Umwelt betrachtet werden können. Das Modell lässt sich auf verschiedenste Formen von Abhängigkeiten anwenden, konzentriert sich jedoch an dieser Stelle, aufgrund der vorliegenden Thematik, nur auf Bedingungsfaktoren einer Alkoholabhängigkeit.

### **2.2.1 Droge**

Hier spielen Faktoren wie Verfügbarkeit, die eingenommene Dosis, Häufigkeit oder Dauer des Konsums eine Rolle. Je höher die Konsummenge und je häufiger konsumiert wird, desto grösser das Risiko einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Kapitel 2.3). In der Schweiz können Personen ab 16 Jahren legal Alkohol und ab 18 Jahren Spirituosen erwerben. Damit ist Alkohol für Jugendliche und Erwachsene eine oft bis tief in die Nacht leicht zugängliche Droge. Auch ein Privatkeller, in dem Wein, Bier und Spirituosen gelagert werden, ermöglicht rund um die Uhr einen leichten Zugang zu alkoholischen Getränken.

### **2.2.2 Person**

In diese Gruppe fallen Faktoren wie genetische Dispositionen, prägende frühkindliche Lebenserfahrungen sowie die eigene psychische oder physische Verfassung. Gemäss Soyka (2009, S. 87) gibt es kein Gen, das eine Alkoholabhängigkeit auslöst. Mithilfe von verschiedenen Studien konnte jedoch bewiesen werden, dass gewisse Personen ein erhöhtes genetisches Risiko für Alkoholismus aufweisen (S. 87). Auch die psychische Verfassung wirkt sich auf den Alkoholkonsum aus. So ist inzwischen bekannt, dass psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, Depressionen oder manisch-depressive Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit einhergehen (S. 88). Bei physischen Beeinträchtigungen greifen gewisse Personen zur Flasche, weil sie der Auffassung sind, ihre Situation unter der Wirkung von Alkohol besser ertragen zu können (S. 20).

### **2.2.3 Umwelt**

Die Faktoren der Umwelt werden unterteilt in die Kategorien sozialer Nahraum sowie Gesellschaft. Im sozialen Nahraum können belastende Familiensituationen, Konflikte innerhalb der Familie, in der Schule, beim Arbeitsplatz oder in der Beziehung, Mangel an sozialen Ressourcen oder auch kritische Lebensereignisse die Entstehung einer Abhängigkeit begünstigen (Sting & Blum, 2003, S. 34). Auch die Suchtbelastung innerhalb der Familie spielt eine wesentliche Rolle. So übernehmen Kinder oftmals den Trinkstil, der ihnen von den Eltern vorgelebt wird (Soyka, 2009, S. 85). Auf Ebene der Gesellschaft wirken zudem berufliche und wirtschaftliche Gegebenheiten sowie gesellschaftlich anerkannte Normen und Werte (Feuerlein, 2008, S. 18). So können ein im Berufsumfeld herrschender Leistungsdruck oder fehlende Zukunftsperspektiven einen erhöhten Alkoholkonsum verursachen (Sting & Blum, 2003, S. 34). Auch die in der Gesellschaft gelebte Drogenkultur hat Einfluss. In der westlichen Zivilisation ist der Konsum von Alkohol von grosser sozialer Bedeutung und gehört zum täglichen Leben dazu (Soyka, 2009, S. 12). Sobald eine Person ihren Konsum jedoch nicht mehr unter

Kontrolle hat, gilt sie als willensschwach und charakterlos (S 12). Dies kann dazu führen, dass sich die betroffene Person ihre Problematik nicht eingestehen will oder ihre Abhängigkeit verheimlicht und dadurch keine Unterstützung erhält und so nur noch mehr in die Fänge einer Abhängigkeit gerät.

### 2.3 Verlauf des Alkoholismus

Eine Alkoholabhängigkeit entsteht nicht von heute auf morgen. Wer zwischendurch an einem Fest über die Stränge schlägt und übermässig Alkohol konsumiert oder wer schon einmal seine Sorgen im Alkohol ertränkt hat, wird vermutlich die Folgen einer akuten Intoxikation spüren, erfüllt aber noch nicht die Kriterien einer Abhängigkeit. Eine solche entwickelt sich oftmals über Monate oder Jahre hinweg und durchläuft verschiedene Phasen. Jellinek hat im Jahr 1960 aufgrund der Auswertung von Daten alkoholkranker Amerikanerinnen und Amerikaner ein 4-Phasen Modell entwickelt, das bis heute Bestand hat (Kruse, Körkel & Schmalz, 2000, S. 73). Folgende Phasenabfolge wird darin beschrieben:

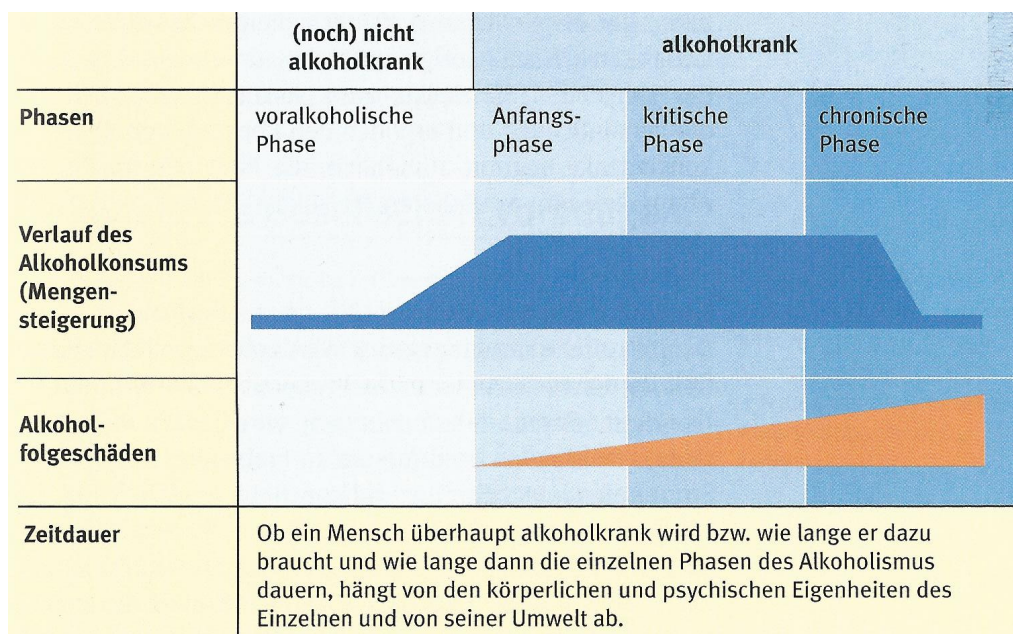


Abbildung 2. Die vier Phasen der Entwicklung von Alkoholismus von Jellinek. Nach Soyka, 2009, S. 23.

#### 2.3.1 Voralkoholische Phase

Die voralkoholische Phase kennzeichnet sich durch einen genussvollen Umgang mit dem Alkoholkonsum (Soyka, 2009, S. 24). Zu festlichen Gelegenheiten, bei einem Familienessen, zu einem Fussballspiel usw. wird Alkohol getrunken Die meisten Menschen kommen irgendwann mal in ihrem Leben mit dieser Phase in Kontakt. Dies

beweist eine Studie von Gmel et al. aus dem Jahr 2017. Sie zeigt auf, dass im Jahr 2016 rund 86% der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren Alkohol getrunken haben (S. 21). Somit befand sich eine grosse Mehrheit dieser Bevölkerungsgruppe mindestens in der voralkoholischen Phase. Wer in dieser Phase beginnt, seinen Alkoholkonsum sowie die Konsumtage zu erhöhen und den Alkohol seiner Wirkung wegen zu konsumieren, um Probleme zu vergessen oder Gefühle zu verdecken, läuft Gefahr, in die Anfangsphase des Alkoholismus zu rutschen. An diesem Übergang zwischen der voralkoholischen und der Anfangsphase bestimmen die vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren einer Person den weiteren Verlauf der Störung. Wie genau diese Faktoren auf die Entstehung eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit einwirken, wird in Kapitel 5 beschrieben.

### **2.3.2 Anfangsphase**

In der Anfangsphase des Alkoholismus treten aufgrund des steigenden Alkoholkonsums die folgenden Verhaltens- und Erlebnisweisen auf (Kruse et al., 2000, S. 73):

- Gedächtnislücken (Blackouts)
- Heimliches Trinken
- Gedankenkreisen rund um den Alkohol
- Schuldgefühle

Das Auftreten dieser Folgeschäden weist auf einen Alkoholmissbrauch hin. Auch die Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit ist in dieser Phase möglich.

### **2.3.3 Kritische Phase**

Die dritte Phase kennzeichnet sich insbesondere durch den Kontrollverlust nach Konsumbeginn (Kruse et al., 2000, S. 75). Die betroffene Person versucht ihren Konsum zu rechtfertigen, zeigt ein wachsendes Desinteresse an Freizeitbeschäftigungen und es kommt zu ersten Konflikten am Arbeitsplatz sowie in der Familie (Soyka, 2009, S. 24). Diese Konflikte führen dazu, dass sich die betroffene Person zunehmend von ihrem Umfeld isoliert. Die Ernährung wird vernachlässigt und der Konsum setzt bereits am Morgen oder am Vormittag ein. In dieser Phase entwickelt sich zusätzlich zur psychischen eine physische Abhängigkeit (S. 25).

### **2.3.4 Chronische Phase**

In der letzten Phase treten schwere, oft tagelange Rausche auf (Feuerlein, 2008, S. 78). Es kommt zu schweren organischen Schädigungen, zu Gedächtnisstörungen sowie Veränderungen der Persönlichkeit. Zudem kommt es zu einem sogenannten Toleranzbruch: Die Alkoholverträglichkeit bricht fast völlig zusammen (Soyka, 2009, S.

24). Bei Personen in dieser Phase zeigt sich eine Veränderung der sozialen Kontakte. Sie neigen dazu, gemeinsam mit Personen unter ihrem sozialen Status zu trinken (Feuerlein, 2008, S. 78).

Der Vorteil dieses Phasenmodells ist der Umstand, dass es den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit als einen individuellen Prozess betrachtet. Es gibt Personen, welche die vier Phasen innerhalb weniger Monate durchlaufen, bei anderen dauert die Entwicklung Jahre (Soyka, 2009, S. 23). Das Modell liefert hingegen wenige Ansätze dafür, wie die Übergänge zwischen den einzelnen Phasen geschehen (mit Ausnahme des Übergangs von der voralkoholischen zur Anfangsphase) und welche Faktoren diese Übergänge bestimmen. Diese Übergänge sind nun für diese Arbeit nicht primär relevant, da es um die Bestimmung verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren geht, die insbesondere in der voralkoholischen Phase von grosser Bedeutung sind.

Nicht nur die Phasen des Alkoholismus sind durch Individualität geprägt. Auch der Trinkstil der alkoholkranken Personen weist individuelle Merkmale auf. Daher haben in der Vergangenheit diverse Autorinnen und Autoren Kategorisierungen mit verschiedenen Trinktypen erstellt. Eine mögliche Typologie wird im folgenden Abschnitt vorgestellt.

## **2.4 Trinktypen**

Die Gruppe der Alkoholikerinnen und Alkoholiker ist heterogen. Eine typische alkoholkranken Person gibt es nicht. Das Trinkverhalten, der Grad der Abhängigkeit sowie Konsumanlässe unterscheiden sich erheblich. Eine der bekanntesten Typologien, die von diversen Autorinnen und Autoren weiterverwendet wurde, ist diejenige von Jellinek aus dem Jahr 1960 (Kruse et al., 2000; Feuerlein, 2008; Soyka, 2009). Soyka beschreibt in seinem Werk von 2009 (S. 19-22) die 5 Trinktypen nach Jellinek treffend:

### **2.4.1 Konflikttrinkerin / Konflikttrinker (Alpha-Typ)**

Dieser Typ trinkt insbesondere, um Spannungszustände oder Verstimmungen aushalten zu können. Zu dieser Gruppe gehören auch Personen, die an körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen leiden und versuchen, ihre schwierige Situation mithilfe des Alkohols besser zu ertragen. Konflikttrinkerinnen und -trinker leiden unter einer psychischen Abhängigkeit, zeigen jedoch im Allgemeinen keine Anzeichen einer körperlichen Abhängigkeit.



#### **2.4.2 Gelegenheitstrinkerin / Gelegenheitstrinker (Beta-Typ)**

Dieser Typ trinkt vor allem am Wochenende und/oder in Gesellschaft. Eine psychische oder körperliche Abhängigkeit lässt sich bei den betroffenen Personen nicht beobachten, sie zeigen jedoch bereits die typischen körperlichen und geistigen Alkoholfolgeschäden (vgl. Kapitel 2.5).

#### **2.4.3 Süchtige Trinkerin / süchtiger Trinker (Gamma-Typ)**

Bei einem Gamma-Typ besteht meist eine körperliche, insbesondere aber auch eine starke psychische Alkoholabhängigkeit. Sie müssen nicht täglich trinken, sie können bis zu mehrere Wochen ohne Alkohol auskommen. Kennzeichnend ist aber ein grosser Kontrollverlust. Konsumieren sie eine kleine Menge Alkohol, kommt es früher oder später zu einem massiven Alkoholkonsum. So kann es sein, dass die betroffene Person bereits nach einem Glas bis zum Vollrausch weitertrinkt. Es kommt aber auch vor, dass sie ihre Trinkmenge über Wochen stetig steigert. Soziale Problemlagen können bei Personen, die schon immer grössere Mengen an Alkohol getrunken haben, ein süchtiges Trinkverhalten begünstigen.

#### **2.4.4 Gewohnheitstrinkerin / Gewohnheitstrinker (Delta-Typ)**

Unter diesen Typ fallen Personen, die gewohnheitsgemäss grössere Mengen an Alkohol trinken. Aufgrund eines oft jahrelangen massiven Alkoholkonsums leiden diese Personen an einer starken körperlichen Abhängigkeit in Kombination mit einer psychischen Abhängigkeit. Gewohnheitstrinkerinnen und -trinker können oftmals die Kontrolle über ihre Trinkmenge aufrechterhalten. Sie trinken täglich Alkohol und sie haben regelmässig einen mehr oder weniger hohen Alkoholspiegel. Daher werden diese Personen auch Spiegeltrinkerinnen und Spiegeltrinker genannt.

#### **2.4.5 Quartalstrinkerinnen / Quartalstrinker (Epsilon-Typ)**

Betroffene Personen können wochen- oder monatelang auf Alkohol verzichten. Irgendwann kommt es jedoch zu einer Steigerung ihres Alkoholkonsums und zu exzessiven Trinkepisoden. Sie trinken dann tagelang grosse Mengen an Alkohol, bis sie körperlich zusammenbrechen. Während diesen Episoden kommt es zu einem völligen Kontrollverlust und daraus resultieren schwere soziale Folgen. Auch körperliche Schädigungen sind möglich.

#### **2.4.6 Mischformen**

Gemäss Kruse et al. (2000, S. 71) lassen sich alkoholranke Personen nicht immer klar einem Typ zuordnen. Es existieren diverse Mischformen und die Übergänge geschehen oft fliessend, wie z.B. der Übergang vom Alpha- zum Gamma-Typ (Soyka, 2009, S. 21). Für die Therapie alkoholkranker Menschen liefert die Kategorisierung von

Jellinek nur wenig Anhaltspunkte (Kruse et al., 2000, S. 71). Sie gibt jedoch wichtige Hinweise für die Erkennung einer Alkoholproblematik. So liefert sie die Erkenntnis, dass eine Person nicht zwingend täglich trinken muss, um als alkoholkrank zu gelten. Auch die konsumierte Menge entscheidet nicht darüber, ob jemand alkoholkrank ist. Zudem zeigt sie auf, dass in der Öffentlichkeit eine Erkrankung bei gewissen Typen nicht immer leicht erkennbar ist. Eine süchtige oder eine Quartalstrinkerin fällt aufgrund ihres unkontrollierten Konsums und des darauffolgenden Rauschzustandes auf. Bei einem Konfliktrinker hingegen, der alleine zu Hause trinkt, um seine Sorgen zu vergessen, oder bei einem Gewohnheitstrinker, der kaum je richtig betrunken ist, denkt man nicht in erster Linie an ein Alkoholproblem. Wollen Fachpersonen, Angehörige und andere Bezugspersonen Alkoholkrankungen in ihrem Umfeld möglichst früh erkennen, sind sie auf das Wissen zu den Merkmalen der verschiedenen Typen angewiesen. Ein weiterer wichtiger Faktor der hilft, Alkoholprobleme zu erkennen, ist das Wissen zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen, die ein missbräuchlicher oder abhängiger Alkoholkonsum hat. Das folgende Kapitel liefert eine Übersicht über mögliche Langzeitrisiken.

## **2.5 Auswirkungen**

Schätzungen gehen davon aus, dass in der Schweiz 250'000 Personen von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind (Kuendig, 2010, S. 4). Diese Personen, aber auch diejenigen, die auf eine missbräuchliche Weise Alkohol konsumieren, nehmen aufgrund eines, über längere Zeit anhaltenden, übermässigen Alkoholkonsums gravierende Langzeitrisiken in Kauf. Denn Alkohol wirkt im Körper als Nervengift, verursacht Eiweiss-, Vitamin- und Mineralstoffwechsel-Veränderungen und beinhaltet verschiedene Stoffwechselprodukte, die Zellen im Körper schädigen (Soyka, 2009, S. 48). Im Folgenden werden mögliche Auswirkungen dargestellt. Die Liste ist nicht abschliessend, sie verdeutlicht jedoch die umfassenden Risiken, die der Alkoholkonsum mit sich bringt und erklärt damit, wieso Interventionen bei auftretenden Störungen von grosser Wichtigkeit sind.

### **2.5.1 Körperliche Folgeschäden**

Alkohol kann aufgrund seiner Wirkung fast alle Organsysteme im Körper schädigen (Soyka, 2009, S. 48) und verursacht daher eine Vielzahl von schwerwiegenden körperlichen Krankheiten. Darunter fallen unter anderem folgende Schädigungen (Sucht Schweiz, 2014, S. 5):

- Diverse Krebsarten (Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Kehlkopf-, Bauchspeicheldrüsen-, Leber- und Brustkrebs)
- Fettleber
- Leberzirrhose
- Pankreatitis
- Alkoholische Hepatitis
- Schlaganfall
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Konsum während Schwangerschaft: Geringes Geburtsgewicht, fetales Alkoholsyndrom
- Verletzungen aufgrund von Unfällen

### **2.5.2 Psychische Folgeschäden**

Die Tatsache, dass Alkohol das Gehirn schädigt, kann zu einer Reihe psychischer Auswirkungen führen. So kann sich die Gedächtnisleistung verschlechtern, die Motorik verlangsamen, die Urteils- und Kritikfähigkeit nachlassen oder es kann zu einer Veränderung der Persönlichkeit kommen. Diese kennzeichnet sich durch rasche Wechsel der Stimmung, eine Veränderung des Lebensumfeldes, einer zunehmenden Gleichgültigkeit und Apathie oder durch eine Einengung der Interessen zugunsten des Alkoholkonsums (Soyka, 2009, S. 58). Bei schweren Abhängigkeiten können zudem psychische Störungen wie Psychosen, Alkoholhalluzinosen oder das Korsakow-Syndrom auftreten (S. 59).

### **2.5.3 Soziale Auswirkungen**

Von den psychischen und physischen Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit ist auch das soziale Umfeld der alkoholkranken Person betroffen. Es sind oftmals die engsten Angehörigen, Kinder und Eheleute, die zuerst unter den Folgen einer Alkoholabhängigkeit leiden müssen. So sind sie den wechselnden Gefühlsstimmungen sowie der veränderten Persönlichkeit der alkoholkranken Person ausgeliefert. Es kommt zu Konflikten, zu aggressivem Verhalten, zu Abwendungen und zu Scheidungen. Auch auf das Berufsleben wirkt sich eine Abhängigkeit aus. So entstehen am Arbeitsplatz Konflikte, es kommt zu einem Leistungsabbau und im schlimmsten Fall münden diese Veränderungen in einer Kündigung. Die zunehmenden Konflikte im Umfeld der alkoholkranken Person führen dazu, dass sie sich mehr und mehr von ihrem Umfeld isoliert und sich Personen zuwendet, die das gleiche Schicksal, die Alkoholabhängigkeit, teilen (Soyka, 2009, S. 65 – 75). Auch auf gesellschaftlicher Ebene verursacht Alkohol weitreichende Konsequenzen. So wurden in der Schweiz im Jahr 2011 über 500 Verkehrsunfälle mit Schwerverletzten oder Toten verzeichnet, die sich auf einen mutmasslichen Alkoholeinfluss zurückführen

lassen (Bundesamt für Statistik, 2014, S. 15). Im Jahr 2017 betragen die alkoholbedingten Kosten in der Schweiz 4,7 Milliarden Franken (Fischer et al., 2014, S. 13). Darin enthalten sind sowohl direkte Kosten aus dem Gesundheitswesen und der Strafverfolgung sowie indirekte Kosten infolge Produktivitätsverlustes. Die weitreichenden Schädigungen, die der Alkoholkonsum verursacht, wirken sich auch auf die Mortalität aus. Eine Auswertung von Daten für das Jahr 2011 ergibt 2'683 alkoholbedingte Todesfälle in der Schweiz (Marmet et al., 2013, S. 9).

#### **2.5.4 Faktoren, die über die Wirkung des Alkohols bestimmen**

Nicht jede Person reagiert gleich auf den Konsum von Alkohol. Die Wirkung des Alkohols hängt von den Faktoren Geschlecht, Rasse, Gewöhnung, Alter und weiteren situativen Faktoren ab. Frauen vertragen in der Regel weniger Alkohol als Männer, Asiatinnen und Asiaten weniger als Europäerinnen und Europäer und Personen, die regelmässig Alkohol konsumieren, vertragen mehr als Personen, die nur sporadisch konsumieren (Soyka, 2009, S. 49). Auch ältere Menschen vertragen weniger Alkohol, denn mit steigendem Alter verändert sich die Reaktionsweise des Körpers (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2008, S. 1), was neue Risiken verursacht. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit diesen veränderten Begebenheiten und stellt einen Bezug zwischen den Faktoren Alkoholabhängigkeit und Alter her.

### **3 Alkoholabhängigkeit im Alter**

Der Konsum von Alkohol gewinnt im Alter an Bedeutung. Nach der Pensionierung steht plötzlich mehr freie Zeit zur Verfügung und der Genuss des wohlverdienten Ruhestandes steht im Vordergrund. Daher gönnen sich viele Seniorinnen und Senioren gerne auch einmal einen Schnaps zum Mittagskaffee oder ein Glas Wein am Nachmittag. Sie konsumieren unauffällig aber regelmässig und trinken immer mal wieder ein Glas zu viel (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 29). Doch wer denkt bei diesen vermeintlich harmlosen Fällen schon an ein Alkoholproblem? Lange Zeit erschien die Vorstellung, dass eine alte Person alkoholabhängig sein könnte, abwegig. Denn „bis in die 1980er Jahre war die Vorstellung verbreitet, dass es Suchtprobleme im Alter mehr oder weniger gar nicht gebe, weil entweder die Suchtkranken früh versterben oder sich das Problem auswächst“ (Wolter, 2014, S. 153). Erst seit Ende des 20. Jahrhunderts hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit auch im Alter ein Problem darstellen, sich jedoch anders manifestieren als bei jüngeren Personen (Meyer & Willmann, 2007, S. 8). Im folgenden Abschnitt werden

verschiedene Aspekte einer Alkoholabhängigkeit im Alter dargestellt, um auf die Brisanz der Problematik hinzuweisen.

### **3.1 Gesundheitliche Aspekte**

Mit steigendem Alter sinkt der Alkoholkonsum der Bevölkerung und die Abstinenzrate nimmt zu (Hoff, Kuhn, Kuhn & Isfort, 2017, S. 2). Dies bedeutet jedoch nicht, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit im Alter ein weniger akutes Problem darstellen als in jüngeren Jahren. Vielmehr treten im Alter verschiedene körperliche Veränderungen auf, welche die Entstehung einer Abhängigkeit trotz sinkendem oder gleichbleibendem Alkoholkonsum begünstigen (Schnoz et al., 2006, S. 10). Verschiedene Autorinnen und Autoren sowie Institutionen aus dem Suchtbereich weisen auf die folgenden veränderten physiologischen Faktoren hin (Kutschke, 2012, S. 67; Schnoz et al., 2006, S. 10-12; DHS, 2008, S. 1-2; Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 29):

1. Mit steigendem Alter nimmt der Wasseranteil im Körper ab. Der konsumierte Alkohol verteilt sich auf weniger Körperflüssigkeit, was zu einem höheren Blutalkoholgehalt und somit zu einer stärkeren Wirkung führt.
2. Die Regenerationsfähigkeit der Leberzellen ist ab dem 50. Lebensjahr reduziert. Da Alkohol in der Leber abgebaut wird, führt diese Veränderung dazu, dass die Leber länger für den Abbau des Alkohols benötigt. Dadurch können bereits kleinere Mengen Alkohol, welche in jüngeren Jahren problemlos vertragen wurden, zu Rauschzuständen führen.
3. Auch das Gehirn ist von altersspezifischen Veränderungen betroffen: Die Anzahl Nervenzellen nimmt ab und die Gehirndurchblutung geht zurück. Dadurch nimmt die Alkoholtoleranz des Gehirns drastisch ab und es können auch bei sinkenden Trinkmengen Schädigungen des zentralen Nervensystems auftreten.
4. Im höheren Alter nimmt die Anzahl Menschen, die aufgrund von chronischen Erkrankungen auf eine regelmässige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, zu. Konsumieren diese Personen gleichzeitig Alkohol, kann es zwischen den Wirkstoffen der Medikamente und des Alkohols zu gesundheitsschädigenden Wechselwirkungen kommen.

Aufgrund dieser veränderten physiologischen Voraussetzungen sind ältere Menschen bei einem regelmässigen Alkoholkonsum besonders stark von den negativen Auswirkungen des Alkohols betroffen (Hoff et al., 2017, S. 3). Zu den bereits

aufgelisteten alkoholbedingten Folgeschäden treten im Alter die folgenden altersspezifischen Auswirkungen auf:

### **3.2 Auswirkungen**

Bei älteren Menschen sind ähnliche Ausprägungen alkoholbezogener Auswirkungen zu erwarten wie bei jüngeren Erwachsenen (vgl. Kapitel 2.5). Allerdings gilt es zu beachten, dass mit zunehmendem Alter vermehrt Multimorbidität sowie chronische Krankheiten auftreten (Lützenkirchen et al., 2010, S. 41). Körperliche und psychische Leidenszustände bedingen sich dabei oftmals wechselseitig. So sind Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit oftmals Ursache und Folge von Funktionsstörungen zugleich (Müller, n.d., S. 23). Gemäss Lieb, Rosien, Bonnet und Scherbaum (2008, S. 76) treten bei älteren Menschen mit Alkoholproblemen vermehrt Unfälle und Stürze sowie psychische Probleme wie Schlafstörungen, Depressionen und eine erhöhte Suizidrate auf. Kutschke (2012, S. 75) stellt fest, dass Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken. Zudem weist er darauf hin, dass ein übermässiger Konsum den Alterungsprozess beschleunigt. Auch Verwirrheitszustände, erlittene Frakturen, Inkontinenz sowie Mangelernährung lassen sich bei älteren Menschen auf Alkoholprobleme zurückführen (Kessler et al., 2012, S. 17). Lützenkirchen et al. (2010, S. 41) führen diese Ausprägungen auf den Umstand zurück, dass im Alter eine abnehmende psychische und physische Kompensationsfähigkeit zu beobachten ist. Die weitreichenden Auswirkungen von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit im Alter können zum Verlust der Unabhängigkeit, zu einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit sowie zu Vereinsamung führen. Denn bei vielen älteren Menschen mit Alkoholproblemen kommt es aufgrund von Ängsten vor Stürzen oder von Unsicherheiten auf den Beinen zu einem sozialen Rückzug (Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 5-10). Verschiedene Autorinnen und Autoren sind sich darüber einig, dass Alkoholprobleme im Alter oftmals erst spät oder gar nicht erkannt werden, da die auftretenden Symptome denjenigen verschiedener Alterserscheinungen und -erkrankungen gleichen (Lieb et al., 2008, S. 78; Kutschke, 2012, S. 82-83; Lützenkirchen et al., 2010, S. 41; DHS, 2008, S. 2; Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 11). Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht verschiedener Anzeichen, die auf eine Alkoholproblematik bei älteren Menschen hinweisen:

Äussere/körperliche Anzeichen	Verhaltensbezogene Anzeichen	Soziale Anzeichen, häusliches Umfeld	Sprache und Äusserung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwahrlosung</li> <li>• Vernachlässigung des äusseren Erscheinungsbildes</li> <li>• Mundgeruch, «Fahne»</li> <li>• Gewichtsverlust</li> <li>• Fehlernährung/Appetitstörung</li> <li>• unregelmässige Nahrungsaufnahme</li> <li>• Blutergüsse, Verletzungen</li> <li>• Entzugserscheinungen wie starkes Schwitzen, zitternde Hände</li> <li>• Schläfrigkeit</li> <li>• Stürze</li> <li>• Gleichgewichtsstörung</li> <li>• Schwäche</li> <li>• Unsicherheit</li> <li>• Koordinationsprobleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gedrückt, depressiv</li> <li>• gereizt, aggressiv</li> <li>• ängstlich, unruhig</li> <li>• schläfrig</li> <li>• Interesseverlust</li> <li>• Rückzug</li> <li>• aggressiv, beleidigend</li> <li>• reduzierte Aufmerksamkeit</li> <li>• Verwirrtheit</li> <li>• Halluzinationen</li> <li>• Geheimniskrämerei</li> <li>• Unpünktlichkeit</li> <li>• Stimmungsschwankungen</li> <li>• verminderter Antrieb</li> <li>• Nachlassen der Gedächtnisleistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erhält keine Besuche</li> <li>• Flaschen- und/oder Medikamentendepots</li> <li>• Verwahrlosung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lallend, verwässert</li> <li>• zusammenhanglos</li> <li>• Artikulationsstörungen</li> </ul> <p>Klagen über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Kopf-)Schmerzen</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Ängste</li> <li>• Einsamkeit</li> <li>• Schulden</li> </ul>

**Abbildung 3.** Symptome bei Alkoholproblemen im Alter. Nach Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, 2016, S. 11.

Die Betrachtung dieser unspezifischen Symptome macht deutlich, was die Erkennung von Alkoholproblemen im Alter erschwert: Wer denkt schon bei einer älteren Person, die zittrige Hände hat, häufiger stürzt, zwischendurch etwas verwirrt wirkt und unter Stimmungsschwankungen leidet, an ein Alkoholproblem? Auch von Fachpersonen wird eine Abhängigkeit oftmals nicht erkannt, da die bekannten typischen Symptome wie Trinkexzesse und Impulsausbrüche fehlen (Kutschke, 2012, S. 83). Zur erleichterten Erkennung einer Alkoholabhängigkeit im Alter durch Fachpersonal und Angehörige wurde im Rahmen des Projektes „Sensor“ durch die Organisation Akzent Prävention und Suchttherapie eine Checkliste erarbeitet, die es Bezugspersonen von älteren Menschen erleichtert, Veränderungen, die auf ein Alkoholproblem hinweisen, zu beobachten und zu notieren. Dieses Vorgehen soll in einem weiteren Schritt ermöglichen, die wahrgenommenen Veränderungen gemeinsam mit weiteren Bezugspersonen sowie auch mit den betroffenen Personen selbst zu besprechen und so mögliche Probleme aufzudecken (Akzent Prävention und Suchttherapie, n.d., S. 8). Bemühungen in dieser Art sind von grosser Bedeutung, um das Fachwissen von Bezugspersonen zum Thema Alkoholabhängigkeit im Alter zu fördern sowie die Diagnose bei auftretenden Störungen zu erleichtern. Denn das folgende Kapitel zur Verbreitung von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit im Alter zeigt, dass diese Störungen keine Randerscheinungen in der Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren darstellen.

### 3.3 Epidemiologie

Verschiedene Autorinnen und Autoren haben in der Vergangenheit beim Versuch, Zahlen zu der Verbreitung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch im Alter zu generieren, festgestellt, dass die erfasste Datenlage für die Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren sehr schmal ist (Lützenkirchen et al., 2010, S. 38; Schnoz et al., 2006, S. 5; Lieb et al., 2008, S. 77). Untersuchungen in der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahr 2006 haben ergeben, dass sich der Anteil Personen ab 60 Jahren, die missbräuchlich Alkohol konsumieren, zwischen 5 und 10% bewegt. Die Rate der alkoholabhängigen Menschen in derselben Altersgruppe liegt zwischen 0,5 und 2% (Meyer & Willmann, 2007, S. 9). Deutlich höher liegen die Zahlen bei Eintritt in ein Altersheim: 19,3% der Männer und 3,8% der Frauen werden bei Eintritt als alkoholkrank bezeichnet (Schnoz et al., 2006, S. 6). Diese erhöhten Zahlen lassen sich darauf zurückführen, dass die betroffenen Personen aufgrund von alkoholbedingten Folgeerkrankungen und Unfällen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in eine Altersinstitution eintreten müssen (S. 5). In den letzten Jahren wurden im deutschsprachigen Raum keine neuen Daten zu Alkoholabhängigkeit und –missbrauch im Alter erfasst. Diese mangelnde Datenlage spiegelt sich auch in der aktuellen Fachliteratur wider. So verwenden Hoff et al. in ihrem Werk aus dem Jahr 2017 (S. 3) Zahlen, die bereits vor über 10 Jahren erfasst wurden. Die vorhandenen Daten sind mit Vorsicht zu geniessen, denn „aufgrund der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkoholkonsums und der damit verbundenen Ambivalenz bei der Einschätzung von Alkoholproblemen muss beim Alkohol von einer hohen Dunkelziffer bei der Erfassung der vorhandenen Problemlagen ausgegangen werden“ (Müller, n.d., S. 17). Zu Konsummenge und -häufigkeit liefert die Studie von Gmel et al. (2017) aktuelle Daten aus dem Jahr 2016. Die folgende Abbildung aus der Studie zeigt auf, dass die Konsumhäufigkeit mit steigendem Alter stetig zunimmt:

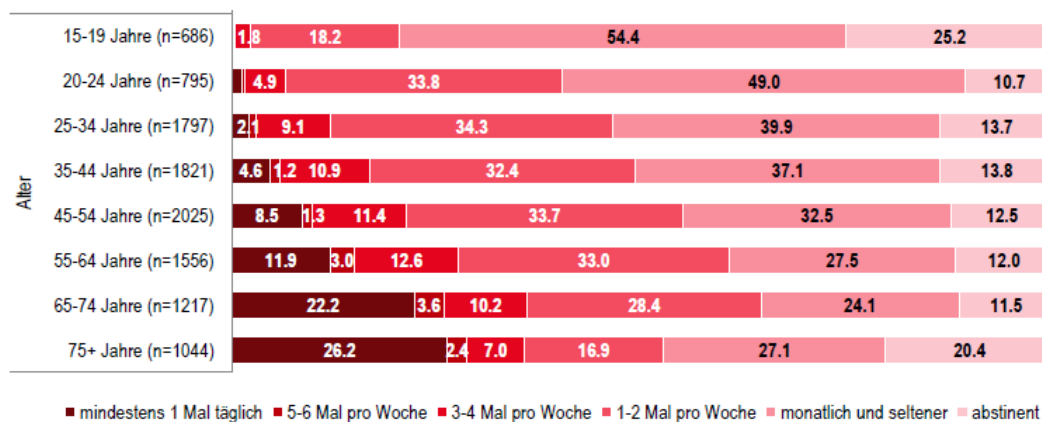


Abbildung 4. Alkoholfrequenz in den letzten 12 Monaten. Nach Gmel et al., 2017, S. 29.



Hier wird deutlich, dass der tägliche Konsum nach der Pensionierung zunimmt. So konsumieren in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen 22,2% täglich Alkohol. Ab 75 Jahren nimmt der Konsum nochmals zu, es konsumieren 26,2% täglich. Keine andere Altersgruppe konsumiert häufiger. Auch die Prävalenz des Risikokonsums, gemessen an der täglich konsumierten Menge Alkohol, nimmt ab 55 Jahren deutlich zu. Der Risikokonsum ist zu Beginn des Rentenalters am stärksten. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen gehen 5,7% durch ihren Alkoholkonsum ein mittleres Risiko und 1,4% ein hohes Risiko ein. Von einem mittleren Risikokonsum wird gesprochen, wenn Männer täglich 40 bis 60 Gramm und Frauen 20 bis 40 Gramm reinen Alkohol konsumieren. Ein starkes Risiko gehen Männer bei einem Konsum von mehr als 60 Gramm und Frauen bei einem Konsum von mehr als 40 Gramm pro Tag ein. Ab 75 Jahren sinkt das mittlere Risiko. Hier sind es noch 4,3%, die ein mittleres Risiko eingehen. Das hohe Risiko steigt jedoch leicht auf 1,5% (S. 31). Zu beachten ist hier, dass die Zahlen für Frauen jeweils deutlich tiefer liegen als bei den Männern. Abnehmend ist im Alter der maximale Alkoholkonsum bei einer Gelegenheit. Dieser ist in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen am höchsten: 14,8% konsumieren bei einzelnen Gelegenheiten mehr als 10 Standardgläser Alkohol. Bei den 65- bis 74-Jährigen sind es nur noch 2,1% und bei den über 75-Jährigen nur noch 0,1%. Diese Zahlen zeigen, dass der Alkoholkonsum im Alter nicht zu unterschätzen ist. Ältere Menschen konsumieren zwar bezüglich der maximalen Mengen deutlich weniger als jüngere Personen, dennoch lässt ihr chronisches Konsummuster in Kombination mit der stärkeren Wirkung des Alkohols Grund zur Sorge aufkommen. Dadurch wird auch deutlich, warum bei älteren Menschen ein erhöhtes Risiko besteht, an einer Abhängigkeit zu erkranken. Das beschriebene Konsummuster gilt nicht für alle Personen ab 60 Jahren im selben Ausmass. Um mögliche Unterschiede zu verstehen, wird im folgenden Abschnitt auf eine in der Fachliteratur bekannte Differenzierung von alkoholkranken Menschen im Alter eingegangen.

### **3.4 Klassifikation**

In der Fachliteratur werden ältere Alkoholikerinnen und Alkoholiker je nach Beginn ihrer Alkoholproblematik in zwei Gruppen unterteilt: Early-Onset-Drinkers sind altgewordene Abhängige, die bereits im frühen oder mittleren Erwachsenenalter eine Abhängigkeit entwickelt haben. Diese Gruppe macht zwei Drittel aller Alkoholikerinnen und Alkoholiker aus. Late-Onset-Drinkers sind Personen, bei denen erst ab dem 60. Lebensjahr ein problematischer Alkoholkonsum auftritt (Kutschke, 2012, S. 71; Wolter, 2014, S. 153-154; Lützenkirchen et al., 2010, S. 42). Das Konsummuster, die soziale

Lebenslage sowie die Therapiemöglichkeiten der beiden Gruppen unterscheiden sich erheblich. Folgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Merkmale der beiden Gruppen:

Tabelle 1

*Vergleich zwischen Early-Onset-Drinkers und Late-Onset-Drinkers*

	<b>Early-Onset-Drinkers</b>	<b>Late-Onset-Drinkers</b>
Alter bei Beginn des Alkoholproblems	< 60 Jahre	> 60 Jahre
Häufigkeit	$\frac{2}{3}$ der Prävalenz	$\frac{1}{3}$ der Prävalenz
Persönlichkeit	eher instabil	eher stabil
Wohnsituation	häufig wechselnd	eher konstant
Soziales Netzwerk	häufig alleinstehend, geschieden	häufig familiäre Bindung
Sozioökonomischer Status	häufig niedriger Status	häufiger höherer Status
Bildungsniveau	eher niedrig	eher höher
Probleme mit der Justiz	häufiger	selten
Familiäre Erfahrungen mit Alkoholmissbrauch	häufig	selten
Intoxikationstage	häufig	seltener
Kognitive Beeinträchtigungen	eher ausgeprägt	eher gering
Therapieprognose	mässig	gut

Erläuterung: Die Daten stammen aus Wolter, 2014, S. 154.

### 3.4.1 Early-Onset-Drinkers

Wolter (2014, S. 153) macht bei der Gruppe der Early-Onset-Drinkers ungünstige konstitutionelle und familiäre Ausgangsbedingungen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit verantwortlich. Sie wohnen häufig in instabilen Wohnformen, sind alleinstehend oder geschieden und es treten vermehrt soziale Konflikte auf (S. 154). Ausserdem weisen sie eine deutlich höhere Trinkmenge auf als Late-Onset-Drinkers. So zeigen Untersuchungen, dass sie durchschnittlich eine tägliche Menge von 173 Gramm reinen Alkohol konsumieren, Late-Onset-Drinkers hingegen 105 Gramm pro Tag (Kutschke, 2012, S. 70). Dies führt dazu, dass bei dieser Gruppe vermehrt Rauschzustände auftreten. Aufgrund ihrer langen Suchtkarriere zeigen sich bei Early-Onset-Drinkers oftmals schwere Krankheitsverläufe mit ausgeprägten sozialen, körperlichen und hirnganischen Folgeschäden (Lützenkirchen et al., 2010, S. 43). Dies führt dazu, dass die Persönlichkeit der betroffenen Personen weniger ausgereift und instabil ist (Wolter, 2014, S. 154).

### **3.4.2 Late-Onset-Drinkers**

Late-Onset-Drinkers weisen im Vergleich zu Early-Onset-Drinkers eine reifere Persönlichkeit, ein stabileres soziales Netzwerk sowie konstantere Wohnformen auf. Zudem verfügen sie oftmals über ein höheres Bildungsniveau (Wolter, 2014, S. 154). Aufgrund dieser vorhandenen Ressourcen sind die Therapiechancen bei Late-Onset-Drinkers in der Regel besser und die Behandlungsverläufe zeigen sich günstiger (Kutschke, 2012, S. 70). Diese Tatsache sowie der Umstand, dass Late-Onset-Drinkers deutlich kleinere Mengen Alkohol konsumieren, dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich auch bei Late-Onset-Drinkers, aufgrund der in Kapitel 3.1 beschriebenen körperlichen Veränderungen, Verläufe mit schweren Symptomen und ausgeprägten Folgeschäden zeigen. Zudem fehlen dieser Gruppe oftmals Strategien für den Umgang mit einer Alkoholabhängigkeit, da sie in ihrer Vergangenheit bisher keine direkten Erfahrungen mit einer Abhängigkeit gemacht haben (Müller, n.d., S. 10). Mehrere Autorinnen und Autoren weisen darauf hin, dass bei Late-Onset-Drinkers die Zeit vor Beginn der Abhängigkeit geprägt ist von kritischen Lebensereignissen und Verlusterfahrungen (Kutschke, 2012, S. 68; Lützenkirchen et al., 2010, S. 42; Lieb et al., 2008, S. 76). So kann der Verlust des Arbeitsplatzes kurz vor der Pensionierung zu einer unerwarteten Arbeitslosigkeit führen. Durch den Wegfall der Erwerbstätigkeit, spätestens zum Zeitpunkt der Pensionierung, fallen diverse soziale Kontakte weg und die Tagesstruktur muss neu gestaltet werden. Mit steigendem Alter nehmen zudem die körperlichen Beschwerden und die erfahrenen Verluste aufgrund von Todesfällen zu. Der Eintritt in die neue Lebensphase bringt eine ganze Reihe von Herausforderungen mit sich, die es zu meistern gilt. Doch wie genau sieht diese neue Lebensphase aus? Wann beginnt sie und welche Auswirkungen hat die neue Phase auf die verschiedenen Lebensbereiche? Das folgende Kapitel liefert Antworten auf diese Fragen und schafft mit der Analyse der Lebenslage der Personen ab 60 Jahren die Basis, um im Anschluss die Faktoren, die die Entstehung und den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit ab 60 Jahren beeinflussen können, zu bestimmen.

## **4 Das Alter**

Zur Erfassung möglicher Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter muss gemäss Schnoz et al. der Fokus nebst den physiologischen Veränderungen ebenfalls auf die sich im Alter wandelnden individuellen und gesellschaftlichen Umstände gerichtet werden. Der Jugendlichkeit wird in heutiger Zeit bezüglich Attraktivität, Gesundheit und Leistungsfähigkeit grosse Bedeutung zugemessen. Das

Altern wird jedoch eher mit dem Abbau dieser Eigenschaften verbunden, was ein Altersbild entstehen lässt, welches Gefahr läuft, das Selbstvertrauen sowie die Sinnfindung im Alter zu untergraben. Zudem müssen biologische und psychische Probleme des Älterwerdens wie Krankheit, Leid und Tod bewältigt oder zumindest ertragen werden (Schnoz et al., 2006, S. 10). Misslingt die Anpassung an das Leben im Alter, so kann dies nach Amlacher die Entstehung einer Abhängigkeit begünstigen (zitiert nach Schnoz et al., 2006, S. 10). Das Alter ist ein weit gefasster Begriff mit vielen Facetten und Ausprägungen, welcher zur Eingrenzung und Definition einiger Begriffserklärungen bedarf. Ab wann sind wir denn alt? Altern alle Menschen gleich? Und wann beginnt das Alter? Um diesen Fragen näher auf den Grund zu gehen, folgt ein Kapitel mit Definitionen zentraler Begrifflichkeiten.

#### **4.1 Begriffsdefinitionen**

Nach dem Duden-Wörterbuch wird der Begriff „Alter“ unter anderem beschrieben als eine höhere Anzahl von Lebensjahren, als letzter Lebensabschnitt, als Anzahl Lebensjahre und eine bestimmte Altersstufe (Duden, n.d.). Zum Wortfeld Alter gehören nach Buchka ebenfalls die Begriffe „alt“ und „Altern“. Mit dem Adjektiv „alt“ wird heute alles beschrieben, was über einen längeren Zeitraum im Alltagsgebrauch ist, was schon lange besteht oder was aus einer früheren Zeitepoche stammt. Umgangssprachlich wird der Begriff „alt“ negativ angewendet für Objekte, Subjekte und Ideen, die nicht mehr jung, aktuell und zeitgemäss sind. Umgangssprachlich werden Objekte, Subjekte und Ideen im positiven Sinne als „alt“ bezeichnet, die nach wie vor Ehrfurcht erzeugen oder ihre Anerkennung behalten, obwohl sie aus der Vergangenheit stammen (Buchka, 2012, S. 13). Welche Personen sind jedoch alt oder wer wird in unserer Gesellschaft als alt bezeichnet? Die Antworten darauf können nach Narr je nach Betrachtungswinkel ganz verschieden ausfallen. Nach dem kalendarischen Alter ist jemand alt, der eine bestimmte Zahl von Jahren gelebt hat. Nach dem biologischen Alter ist jemand alt, der sich durch bestimmte psychische und/oder physische Veränderungen von „Nichtalten“ unterscheidet (Narr, 1976, S. 13). Karl differenziert weiter ein soziologisches Alter, nach welchem die Gesellschaft aufgrund der vorherrschenden Altersbilder gewisse Altersgruppen als alt bezeichnet (Karl, 2009, S. 23). Das Alter kann nach Buchka ebenfalls unterteilt werden in ein rechtliches oder administratives Alter. Dieses gibt an, ab welchem Lebensalter die Verwaltungen, das Renten- oder Pensionskassensystem, das Gesundheitswesen oder die Sozialpolitik bestimmte Leistungen gewähren. Und schlussendlich wird das Alter in ein funktionales und psychologisches Alter unterteilt. Auf der funktionalen Seite wird

das Alter, unabhängig von dem konkreten Lebensalter, bestimmt vom subjektiven Altersgefühl der Person und der persönlichen Interpretation seiner momentanen Lebensphase (Buchka, 2012, S. 14). Das psychologische Alter wird gemäss Karl gemessen an der Fähigkeit eines Individuums, sich an Umgebungsanforderungen anzupassen. Aus psychologischer Sicht besteht Altern aus einem Wechselwirkungsprozess zwischen Anlage und Umwelt, Person und Situation, wobei biografische Aspekte wie auch vorangegangene Sozialisationsprozesse bedeutsam sind (Karl, 2009, S. 23).

Die unterschiedlichen Definitionen vom Begriff «Alter» können nach Karl unter dem Stichwort „Alter als Konstrukt“ zusammengefasst und das Altern als ein multidimensionales Geschehen bezeichnet werden. Wie Menschen altern, ist abhängig von den Personenmerkmalen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene sowie den Bedingungen der Umwelt. Dabei ist zentral, dass Altersprozesse bedeutend beeinflusst werden von der Entwicklung in früheren Lebensphasen und Teil der Biografie sind. Demnach ist nicht nur die aktuelle Person-Umwelt-Beziehung massgebend. Zudem hängt Altern von historischen Bedingungen sowie von der Kultur, Region und den Werten der Menschen einer Gesellschaft ab (Karl, 2009, S. 23-24).

Die Begriffe «alt», «altern» und «Alter» sind gesellschaftliche Konstrukte, welche je nach wissenschaftlichem Ansatz unterschiedlich verwendet werden mit dem einheitlichen Ziel, Orientierungspunkte im Lebenslauf von Individuen herzustellen. Das «Alter» ist zudem ein Begriff für die Eingrenzung einer bestimmten Lebensphase. Zur genaueren Bestimmung dieses Lebensabschnitts sowie zur Herleitung der in der Fragestellung enthaltenen Altersgruppe (Personen ab 60 Jahren), folgt ein Kapitel über das Alter als Lebensphase.

## **4.2 Das Alter als Lebensphase**

Das Alter als Lebensphase kann als dynamischer, sich im Wandel befindender Lebensabschnitt betitelt werden. Denn durch die demografische Entwicklung und steigende Lebenserwartung dehnt sich die Lebensphase Alter zunehmend aus (vgl. Kapitel 4.3). Die fortschrittliche Gesundheitsversorgung lässt uns nicht nur länger, sondern auch beschwerdefreier leben (vgl. Kapitel 4.4.4). Die wachsende Zahl aktiver und leistungsfähiger älterer, alter und hochbetagter Menschen hat zur Folge, dass sich das Altersbild verändert und die Abgrenzung zum späten Erwachsenenalter zunehmend unscharf wird (vgl. Kapitel 4.4.2).

Nach Karl (2009, S. 11) existiert in der Altersspanne ab 50 Jahren nicht nur eine ältere Generation oder eine Altenpopulation. Umfragen mit Jugendlichen über ältere Menschen haben ergeben, dass die sehr Alten von den jungen Alten, die sie in ihren eigenen Terrains erleben (Sportevents, Konzerte, Hörsaal, usw.), unterschieden werden. Anhand der Aussagen der jungen Befragten wurden folgende Gruppierungen identifiziert: die „Aufbauergeneration“ (heute die „alten Alten“), die „68er-Generation“ (heute die „jungen Alten“) und die „Babyboom-Generation“ (die aktuell ins Alter nachwachsenden geburtenstarken Jahrgänge). Buchka vertritt analog zu Karl die Ansicht, dass das Alter durch seine Ausdehnung in verschiedene Phasen zu unterteilen ist. Um Anhaltspunkte zu generieren, ordnet Buchka das kalendarische Alter verschiedenen Altersphasen zu: spätes Erwachsenenalter (junge Alte): 55 – 60 Jahre, ältere Menschen: 61 – 75 Jahre, alte Menschen: 76 – 85 Jahre und hochbetagte Menschen: ab 86 Jahre (Buchka, 2012, S. 14). Backes und Clemens haben sich ebenfalls dem Alter als Lebensphase angenommen, setzen jedoch einen etwas anderen Fokus. Anstatt das Alter in einzelne Phasen zu unterteilen, widmen sie sich der Frage, wann der Lebensabschnitt Alter beginnt. Nach Backes und Clemens wird dem Begriff „Alter“ in einer Leistungsgesellschaft zentrale Bedeutung im Sinne einer Abgrenzung oder als Gegenteil zu Jugend zugeschrieben. Der Ruhestand nach Beendigung des Erwerbslebens hat sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts als kulturelles Muster für den Eintritt in die Lebensphase Alter herausgebildet. Als Begründer dieser Trennung zwischen Berufsleben und Ruhestand gilt Otto von Bismarck (1815-1898), erster Kanzler des Deutschen Reichs. Dieser hat in den Jahren 1883 bis 1889 die Sozialversicherungen (Kranken-, Unfall, Invaliden- und Altersversicherung) in Deutschland eingeführt (Backes & Clemens 2013, S. 11). In der Schweiz wurde erst am 1. Januar 1948 das Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) in Kraft gesetzt (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2016). Die heutige Bedeutsamkeit des Alters als eigenständige Lebensphase konnte nach Backes und Clemens erst durch die ausreichende finanzielle Absicherung mittels der Sozialversicherungen und der völligen Abkehr von verpflichtender Erwerbsarbeit erlangt werden (Backes & Clemens, 2013, S. 11). Doch die zunehmende Ausdehnung des Alters sowie Frühpensionierungen und steigende Arbeitslosigkeit älterer Menschen lassen die berufliche Altersgrenze zur mittleren Lebensphase zerfasern und unscharf werden (S. 12). Ausserdem hat sich die Lebensphase des Alters durch die unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der verschieden „alten Alten“ immer weiter differenziert, woraus sich eine Unsicherheit der Gesellschaft in Hinsicht auf Altersbilder ergibt (S. 13).

Die verschiedenen Ansätze zur Unterteilung und Eingrenzung der Lebensphase Alter schafft je nach Betrachtungsansatz hilfreiche Orientierungspunkte, diese sind jedoch von den jeweiligen Autorinnen und Autoren konstruiert und basieren nicht auf einer allgemein gültigen Festlegung. Da für die Erarbeitung der generierten Fragestellung das Alter als Lebensabschnitt einer präzisen Definition bedarf, wird an dieser Stelle die beginnende Pension, unter Berücksichtigung einer Frühpensionierung, als Übergang zum Alter festgelegt und in der vorliegenden Arbeit mit dem 60. Lebensjahr gleichgesetzt. Der Lebensabschnitt ab dem 60. Lebensjahr bis zum Tod dehnt sich durch die steigende Lebenserwartung kontinuierlich aus und umfasst bei der aktuellen Lebenserwartung mehr als 20 Jahre. Aufgrund der Heterogenität der Lebenslagen der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung wird zur weiteren Bearbeitung der Thematik von der Autorin und dem Autor eine zusätzliche Definition vorgenommen. Analog zu Buchka (2012, S. 14) wird die Lebensphase Alter feingegliedert und fortan werden die entsprechenden Bezeichnungen verwendet: ältere Menschen: 60 – 75 Jahre, alte Menschen: 76 – 85 Jahre und hochbetagte Menschen: ab 86 Jahre. Zur Vereinfachung wird auf die Phase des späten Erwachsenenalters verzichtet. Die Begriffe „Seniorin“, „Senior“, „Rentnerin“ und „Rentner“ werden für die Bezeichnung sämtlicher Personen ab dem 60. Lebensjahr verwendet.

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff „Alter“ deutet bereits ansatzweise die Heterogenität der Lebenslagen von Seniorinnen und Senioren an und entsprechend vielfältig ist die Menge an Literatur zu den verschiedensten Themenbereichen. Ein gemeinsamer Nenner zieht sich dabei jedoch wie ein roter Faden durch eine Vielzahl von Fachartikeln, Büchern und Medienberichten über das Alter. Die Rede ist vom demografischen Wandel, welcher durch seine Auswirkungen auf die Bevölkerungszusammensetzung und das Leben im Alter von grosser Bedeutung ist und daher im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

### **4.3 Demografischer Wandel**

Der Begriff „demografischer Wandel“ steht nach Pack et al. stellvertretend für die Veränderung der Alterszusammensetzung in einer Gesellschaft. Diese Veränderung wird unter anderem bedingt durch Naturkatastrophen, Kriege, Veränderungen der Geburtenrate sowie ständiger Verbesserung der Gesundheitsversorgung und ist im Prinzip eine normale Erscheinung, welche für sich betrachtet weder positiv noch negativ zu werten ist. Tatsache ist jedoch, dass wir immer älter werden und die Waage aus dem Gleichgewicht zu geraten droht (Pack et al., 2000, S. 8). Nach Erhardt, Hoffmann und Roos hat sich unsere Lebenserwartung in den vergangenen 100 Jahren

markant erhöht. Fortschritte in der medizinischen Versorgung, der Rückgang der Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Hygiene und der gestiegene materielle Wohlstand haben zu dieser Entwicklung beigetragen (Erhardt, Hoffmann & Roos, 2014, S. 16). Auch in den kommenden Jahren wird sich nach Höpflinger und Hugentobler die Anzahl älterer, alter und hochbetagter Menschen in der Schweiz und allen anderen Industrieländern weiter vergrössern und somit die Sozialversicherungssysteme vor nie dagewesene Herausforderungen stellen. Der Höhepunkt dieser demografischen Alterung wird erreicht, wenn die geburtenstarken Jahrgänge zwischen 1950 und 1970, die sogenannte „Babyboom-Generation“, ein hohes Alter erreicht haben (Höpflinger & Hugentobler, 2003, S. 3).

#### **4.3.1 Demografischer Wandel in der Schweiz**

Im Jahr 2016 beauftragte der Bundesrat die Bundeskanzlei mit der Erarbeitung eines Berichts, der als Basis für die zukünftige Demografiestrategie der Schweiz dienen soll (Bundeskanzlei, 2016, S. 4-5). Die Situationsanalyse des Berichts liefert eine aktuelle und umfassende Übersicht über die Auswirkungen des demografischen Wandels in der Schweiz mit folgenden zentralen Erkenntnissen:

Nach dem Bericht der Bundeskanzlei gehört neben Klimawandel, Globalisierung, Digitalisierung, Individualisierung und Urbanisierung der demografische Wandel zu den zentralen Megatrends unserer Zeit. In der Schweiz äussert sich der demografische Wandel in einer höheren Lebenserwartung (Alterung der Gesellschaft) sowie in einem wachsenden Anteil von Einwohnerinnen und Einwohnern mit Migrationshintergrund. Ein generelles Bevölkerungswachstum sowie eine zunehmende Heterogenität der Gesellschaft sind die Folgen davon (Bundeskanzlei, 2016, S. 4). Gemäss Bundesstatistik aus dem Jahr 2015 sah sich die Schweiz in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – wie alle anderen Industrieländer – mit bisher nie da gewesenen demografischen Entwicklungen konfrontiert. Im Laufe des 20. Jahrhunderts hat sich das generative Verhalten stark verändert und die Geburtenziffer sank von durchschnittlich 3,7 Kinder pro Frau im Jahr 1900 auf 1,8 zu Beginn des zweiten Weltkriegs. Eine Trendwende erfolgte im Jahr 1938. Die Kinderzahl nahm rasch wieder zu und erreichte 1945 einen Wert von 2,6 Kinder pro Frau. Seit dem Jahr 1975 hat sich die Kinderzahl pro Frau auf tiefem Niveau stabilisiert und schwankt zwischen 1,5 und 1,6 Kinder. Die Ursache für die steigende Lebenserwartung ist wie in anderen Industrieländern auf die rückläufige Sterblichkeit der hochbetagten Menschen zurückzuführen. In den letzten drei Jahrzehnten ist die Gesamtzahl der Todesfälle zwar stabil geblieben, die Altersverteilung der Verstorbenen hat sich jedoch wesentlich verändert. Die Lebenserwartung steigt von Jahr zu Jahr weiter an und die



Geburtenrate verharrt auf tiefem Niveau. Somit gibt es immer weniger junge und immer mehr ältere, alte und hochbetagte Menschen (Bundeskanzlei, 2016, S. 8). Nach den aktuellen Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird die Anzahl Personen der Schweizer Bevölkerung von 8,3 Millionen (2015) bis zum Jahr 2045 auf 10,2 Millionen ansteigen. Die Bevölkerungsgruppe der älteren Generationen (65-jährig und älter) zählte im Jahr 2015 rund 1,5 Millionen Menschen. Bis zum Jahr 2045 steigt die Anzahl auf 2,7 Millionen an. Die Lebenserwartung erhöht sich seit dem Jahr 1900 kontinuierlich und beträgt bei den Frauen gegenwärtig 84,9 Jahre und bei den Männern 80,8 Jahre. Damit ist in der Schweiz die Lebenserwartung bei Geburt eine der höchsten der Welt und immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter bei besserer körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit. In den kommenden Jahrzehnten wird die Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung weitere beträchtliche Veränderungen erfahren und dadurch das Sozialversicherungssystem an seine Grenzen stossen (Bundeskanzlei, 2016, S. 9-10).

Nebst den Herausforderungen für das Sozialversicherungssystem hat der demografische Wandel ebenfalls einen Einfluss auf die Soziale Arbeit mit älteren, alten und hochbetagten Menschen. Organisationen im Altersbereich werden zunehmend gefordert sein, ihre Angebote den veränderten Lebensbedingungen im Alter anzupassen. Zudem muss aufgrund des demografischen Effekts mit einem zahlenmässigen Anstieg von Klientinnen und Klienten im Rentenalter gerechnet werden. Weiter hat der demografische Wandel Auswirkungen auf das individuelle Leben im Alter. Wir leben immer länger und durch die fortschrittliche Gesundheitsversorgung wächst die Anzahl gesunder Lebensjahre im Alter (vgl. Kapitel 4.4.4). Die heutigen Seniorinnen und Senioren sind fitter und aktiver denn je, wodurch sich der Anspruch und die Erwartung jüngerer Generationen an das Leben im Alter verändert. Wie genau sich die gegenwärtige Situation von Seniorinnen und Senioren gestaltet und welche positiven wie negativen Faktoren das Leben ab 60 Jahren prägen, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

#### **4.4 Die Lebenslage von Menschen ab dem 60. Lebensjahr**

Die aufschlussreiche Erfassung der Lebenslage eines Individuums oder einer Gruppe bedingt die vorgängige Festlegung zentraler Bereiche, anhand welcher ein möglichst umfassendes Bild erschaffen werden kann. Die Theorie des Lebenslagenkonzepts nach Neurath erweist sich durch ihren mehrdimensionalen Ansatz als geeignetes Instrument, um die Lebenslage älterer, alter und hochbetagter Menschen zu erfassen.

#### **4.4.1 Das Lebenslagenkonzept**

Der Begriff „Lebenslage“ wird nach Engels definiert als die Gesamtheit der äusseren Bedingungen, durch die das Leben von Personen oder Gruppen beeinflusst wird. Die Lebenslage bildet somit den Rahmen von Möglichkeiten für die persönliche Entwicklung und markiert den Handlungsspielraum. Als Grundmerkmal der Lebenslage gilt die Mehrdimensionalität - die gleichzeitige Betrachtung mehrerer Lebensbereiche richtet sich gegen einen einlinigen, monokausalen Erklärungsversuch (Engels, 2008, S. 643-646). Als Begründer des Lebenslagenkonzepts gilt Otto Neurath, welcher bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zur Erfassung der Lebenssituationen von Individuen deren Lebenslagen umfassend analysierte (Lessmann, 2006, S. 32). Anhand des Lebenslagenkonzepts nach Neurath lassen sich gemäss Voges, Jürgens, Mauer und Meyer die unterschiedlichsten strukturellen Ebenen der Gesellschaft zur expliziten Erklärung der Lebenslage von Individuen heranziehen. Das Lebenslagenkonzept basiert auf Neuraths Kritik an der damaligen Armutsforschung, welche sich stark am Einkommen orientierte. Nach Ansichten Neuraths sollen jedoch weitere Aspekte integriert werden, welche ebenfalls bestimmend sind für die Entstehung sozialer Ungleichheiten (Voges, Jürgens, Mauer & Meyer, 2003, S. 44-48). Engels beschreibt das Lebenslagenkonzept passend als Möglichkeit einer mehrdimensionalen Sozialberichterstattung (Engels, 2006, S. 109-117). Gemäss Voges et al. stellt sich beim Lebenslagenkonzept die Frage, inwieweit die subjektive Wahrnehmung von objektiven Lebensbedingungen in den Ansatz integriert werden sollen. Die subjektive Wahrnehmung verändert sich oftmals schneller als die objektiven Bedingungen. Oder die subjektive Wahrnehmung wandelt sich trotz gleichbleibenden objektiven Bedingungen. Die Heterogenität der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität oder Gesundheit bei ähnlicher objektiver Einkommens- oder Gesundheitslage kann als passendes Beispiel genannt werden, das die grosse Schwierigkeit der Einschliessung subjektiver Wahrnehmungen im Lebenslagenkonzept verdeutlicht (Voges, Jürgens, Mauer & Meyer, 2003, S. 44-49). Aufgrund des schwer feststellbaren Zusammenhangs von Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden erscheint es gemäss Engels hilfreich, den Lebenslagen-Begriff vorwiegend auf objektive Merkmale zu beschränken (Engels, 2006, S. 109-117). Bezogen auf das Älterwerden geht das Lebenslagenkonzept gemäss Erhardt, Hoffmann und Roos von einer individuellen Heterogenität aus, mit dem Ziel, durch die Orientierung an der Lebenslage den individuellen Alterungsprozessen, den vielfältigen Lebensstilen sowie den unterschiedlichen Milieus, denen sich Menschen zugehörig fühlen, gerecht zu werden. Je nach sozialwissenschaftlichem Ansatz werden die Dimensionen, die eine Lebenslage ausmachen, anders definiert. Mehrheitlich werden

die in Abbildung 5 ersichtlichen Dimensionen unterschieden (Erhardt, Hoffmann & Roos, 2014, S. 64-65):

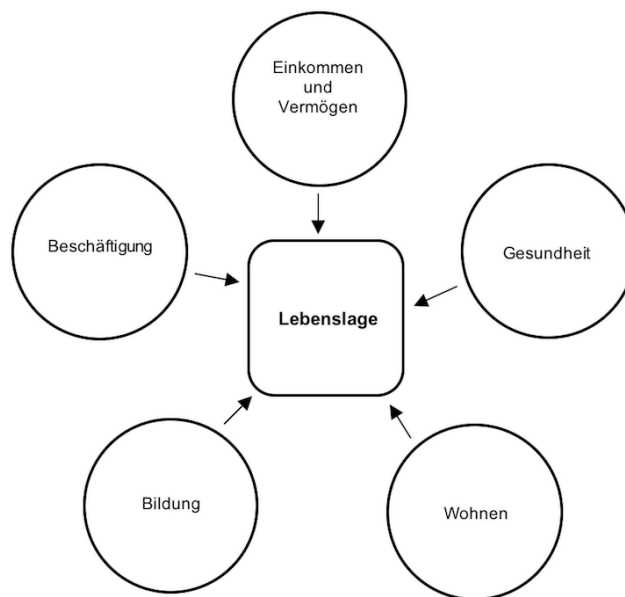


Abbildung 5. Lebenslagenkonzept. Nach Erhardt, Hoffmann & Roos, 2014, S. 65.

Jedoch nicht nur die aufgeführten fünf Dimensionen beeinflussen die Lebenslage eines Menschen, sondern auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und seine lebenszeitliche persönliche Entwicklung (Erhardt, Hoffmann & Roos, 2014, S. 65-66). Gemäss Engels lassen sich etliche weitere Dimensionen zur Beschreibung von Lebenslagen hinzuziehen, wie beispielsweise folgende (Engels, 2006, S. 109-117):

- Soziale Infrastruktur
- Bürgerrechte / soziale Rechte / politische Partizipation
- Umweltqualität
- Öffentliche Sicherheit
- Subjektives Wohlbefinden

Die nachfolgende Analyse der Lebenslage von Menschen ab 60 Jahren basiert auf dem Lebenslagenkonzept nach Neurath. Bei der Wahl der zu analysierenden Lebensbereiche werden von der Autorin und dem Autor die fünf häufig differenzierten Dimensionen nach Erhardt, Hoffmann und Roos verwendet (vgl. Abbildung 5). Die getroffene Auswahl der Lebensbereiche wird von der Autorin und dem Autor als besonders geeignet erachtet, da diese in direktem Zusammenhang stehen mit der Praxis der Sozialen Arbeit. Sozialarbeitende erfassen anhand der Situationsanalyse oftmals in den identischen Lebensbereichen die Ausgangslage von Klientinnen und Klienten. Aufgrund der Ergebnisse dieser Analyse werden geeignete Interventionen

geplant und durchgeführt. Das Lebenslagenkonzept dient an dieser Stelle als Instrument zur Situationsanalyse von älteren, alten und hochbetagten Menschen, damit im Anschluss mögliche Risiko- und Schutzfaktoren erarbeitet werden können. Um ein möglichst umfassendes Bild der Lebenslage der älteren, alten und hochbetagten Menschen zu erhalten, werden die fünf Dimensionen erweitert durch die Bereiche „Soziale Beziehungen“ und „Gesellschaftliche Sichtweisen – Altersbilder“. Mit zuletzt genannter Erweiterung wird ebenfalls die schwer zu eruiierende subjektive Wahrnehmung der Bevölkerung von älteren, alten und hochbetagten Menschen eingeschlossen.

#### **4.4.2 Gesellschaftliche Sichtweise - Altersbilder**

Durch den demografischen Wandel und die gestiegene Lebenserwartung vollzog sich nach Wurm und Huxhold in den vergangenen Jahrzehnten eine Reihe von Veränderungen, die sowohl für die Gesellschaft als auch für die einzelnen, älter werdenden Personen von grosser Tragweite sind. Die Lebensphase Alter rückt durch den zahlenmässigen Anstieg älterer, alter und hochbetagter Menschen stärker in das gesellschaftliche Bewusstsein (Wurm & Huxhold, 2010, S. 247). In Sachen Altersbild hat sich nach Erhardt, Hoffmann und Roos ein Paradigmawechsel vollzogen. Nicht nur die Lebensbedingungen im Alter haben sich verändert, sondern auch die Erwartungen der Menschen an das Leben im Ruhestand sowie die gesellschaftlichen Anforderungen an das Älterwerden. Mit diesem Struktur- und Wertewandel hat sich ein neues Bild von Seniorinnen und Senioren entwickelt, die sich am gesellschaftlichen Leben beteiligen, sich politisch einbringen, im Bereich Bildung und Kultur Akzente setzen und soziale Präsenz zeigen (Erhardt, Hoffmann & Roos, 2014, S. 22). Wie ältere, alte und hochbetagte Menschen wahrgenommen werden, hängt nach den United Nations stark von den Medien und von gesellschaftlichen und kulturellen Aspekten ab. Ebenfalls spielt die Häufigkeit des Kontakts mit Seniorinnen und Senioren eine bedeutende Rolle. Gerade bei geringem Kontakt können vermeintlich allgemein gültige Vorstellungen über deren Wert und Beitrag für die Gesellschaft entstehen. Ältere, alte und hochbetagte Menschen bilden jedoch eine sehr heterogene Altersgruppe und leisten auf verschiedene Weise Beiträge an die Gesellschaft, beispielsweise durch das Weitergeben von Wissen und Erfahrung sowie durch soziale Unterstützung (United Nations, 2012, S. 3).

Die Bedeutung von Altersbildern ist nach Wurm und Huxhold nicht zu unterschätzen, da diese eine erhebliche Wirkung entfalten können und zwar sowohl in Form von Altersdiskriminierung als auch aufgrund von Vorstellungen vom eigenen Älterwerden und Altsein (Wurm & Huxhold, 2010, S. 248). Mittels einer Langzeitstudie des

Deutschen Alterssurvey (DEAS) werden seit dem Jahr 1996 Personen zwischen 40 und 81 Jahren zu ihren individuellen Altersbildern, mit dem Fokus auf körperliche Verluste und persönliche Weiterentwicklung im Alter, befragt. Die Auswertung der Daten bis zum Jahr 2008 hat ergeben, dass das Älterwerden als ein Prozess gesehen wird, der von körperlichen Verlusten begleitet ist, aber auch die Möglichkeit zur persönlichen Weiterentwicklung beinhaltet. Menschen am Beginn der zweiten Lebenshälfte haben positivere Altersbilder als jene in höheren Altersgruppen. Das Älterwerden wird im höheren Lebensalter häufiger mit körperlichen Verlusten und seltener mit der Möglichkeit persönlicher Weiterentwicklung verbunden. Dabei ist zu beachten, dass soziale Unterschiede bei der Ausprägung dieser Facetten bestehen. Die mit dem Älterwerden einhergehenden körperlichen Verluste werden von Personen mit niedrigem Bildungsstand stärker gesehen und die Möglichkeit persönlicher Weiterentwicklung im Alter geringer wahrgenommen. Frauen und Männer lassen sich betreffend ihren Altersbildern kaum unterscheiden. Es ist anzunehmen, dass die negativeren Altersbilder von Seniorinnen und Senioren wesentlich auf eigene Erfahrungen und faktische Begebenheiten des Älterwerdens zurückzuführen sind. Dass das Älterwerden mit körperlichen Verlusten einhergeht, ist bei den ältesten Befragten die am stärksten verbreitete Ansicht. Die Abnahme des positiven Bildes in den höheren Altersgruppen ist ebenfalls damit zu erklären, dass der Zeithorizont von Personen im mittleren Erwachsenenalter meist noch mehrere Jahrzehnte umfasst, während mit steigendem Alter die verbleibende Lebenszeit und die damit verbundenen Möglichkeiten persönlicher Weiterentwicklung geringer werden (zitiert nach Wurm & Huxhold, 2010, S. 257-258).

Durch den Anstieg der Lebenserwartung dehnt sich die Lebenszeit nach der Pensionierung zunehmend aus. Die günstigen Lebensbedingungen und fortschrittliche Gesundheitsversorgung ermöglichen uns eine stetig wachsende Anzahl gesunder Lebensjahre im Alter. Durch diese Veränderungen wandelt sich das gesellschaftliche Altersbild allmählich und wird neu geprägt von aktiveren und sozial gut integrierten Seniorinnen und Senioren. Entsprechend wird das Leben nach der Pensionierung von einer Mehrheit der ins Alter nachwachsenden Generation als Möglichkeit persönlicher Weiterentwicklung betrachtet.

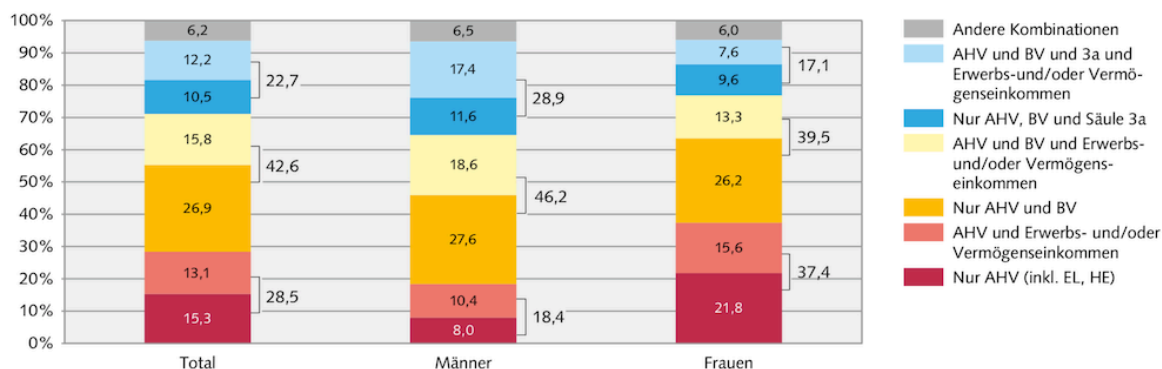
#### **4.4.3 Einkommen und Vermögen**

Für die meisten Menschen wird gemäss Heusinger und Wolter zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr das Ende der Erwerbsarbeit zum Thema und die Weichen für einen Übergang in den Ruhestand müssen gestellt werden (Heusinger & Wolter, 2011, S. 10). Für einen kleinen Teil der älteren und alten Menschen bleibt nach Heusinger,

Kammerer und Wolter die aktive Erwerbsarbeit weiterhin ein Bestandteil des Alltags und des Lebensunterhalts. Für die meisten füllen sich jedoch die Tage nach der Pensionierung mit anderen Beschäftigungen und der Lebensunterhalt wird, je nach Erwerbslebenslauf, aus einer Fülle verschiedener Quellen wie Renten, privater oder beruflicher Altersvorsorge, Vermögen oder mithilfe von staatlichen Leistungen bestritten (Heusinger, Kammerer & Wolter 2013, S. 14-15). Im Rentenalter ist eine Kombination verschiedener Einkommens- oder Leistungsarten möglich. Nach dem Bundesamt für Statistik (BFS) hängt die Ausrichtung und Höhe der Altersleistungen (neben den jeweiligen Eigenheiten der drei Säulen) primär von der Dauer und Lückenlosigkeit der Einzahlungen in die verschiedenen Säulen sowie der Höhe der einbezahlten Beiträge ab. Die 1. Säule (AHV und Ergänzungsleistungen) hat zum Ziel, den Existenzbedarf zu decken. Zusätzlich mit der 2. Säule (Pensionskasse) sollten ehemals Erwerbstätige ein Renteneinkommen von rund 60% des letzten Lohnes erhalten und somit ihren bisherigen Lebensstandard aufrechterhalten können. Darüber hinaus kann mit der 3. Säule freiwillig weiteres Alterskapital angespart werden. Personen im Rentenalter können zudem auch Vermögenseinkommen und/oder weiterhin Erwerbseinkommen beziehen (Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 10).

Auswertungen des BFS aus dem Jahr 2014 haben ergeben, dass die AHV-Altersrente für die Rentnerinnen und Rentner mit Abstand die grösste finanzielle Abdeckung darstellt (98,5% erhalten eine Rente). Neben der AHV erhält mehr als ein Viertel der Rentnerinnen und Rentner (28,5%) keine weiteren Altersleistungen (vgl. Abbildung 6). Zusammen mit allfälligen Ergänzungsleistungen (EL) oder Hilflosenentschädigungen (HE) stellt die AHV für über die Hälfte dieser Personen (15,3%) sogar die einzige Einkommensquelle dar. Die restlichen 13,1% können die AHV-Rente mit Erwerbs- und/oder Vermögenseinkommen aufbessern. Markante Geschlechterunterschiede sind bei beiden Gruppen erkennbar: Frauen beziehen rund doppelt so häufig wie Männer keine weiteren Altersleistungen (37,4% gegenüber 18,4%). Fast dreimal so häufig beziehen Frauen keine weiteren Vermögens- und/oder Erwerbseinkommen (21,8% gegenüber 8,0%). Neben der AHV können 42,6% der Rentnerinnen und Rentner zusätzlich auf Leistungen aus der beruflichen Vorsorge zurückgreifen. Fast ein Viertel (22,7%) bezieht Leistungen aus allen drei Säulen der Altersvorsorge. Auch hier existieren markante Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Leistungen aus der ersten und zweiten Säule beziehen 46,2% der Männer aber nur 39,5% der Frauen. Lediglich 17,1% der Frauen können auf alle drei Säulen zurückgreifen. Der Anteil bei den Männern liegt hingegen bei 28,9%. Bei der finanziellen Absicherung im Alter ist

somit ein deutlicher Geschlechterunterschied erkennbar (Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 11).



Anteil der Bezüger/innen in Prozent aller Rentner/innen bis 5 Jahre nach dem ordentlichen Pensionierungsalter gemäss AHV. Das Vermögenseinkommen ist hier nur berücksichtigt, sofern es mehr als 1'000 Franken im Jahr beträgt. Ein Rentner ist eine Person im AHV-Rentalter, welche mindestens eine Leistung (Rente oder Kapitalbezug) aus einer der drei Säulen des Alterssicherungssystems erhält. Aufgrund von Rundungen können die addierten Werte von Untergruppen von den ausgewiesenen Gesamtwerten leicht abweichen.

Abbildung 6. Bezugskombination verschiedener relevanter Einkommenskomponenten nach Geschlecht, in Prozent. Nach Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 11.

Das BFS hält fest, dass Rentnerinnen und Rentner gegenüber Personen im Erwerbsalter Einkommenseinbussen hinnehmen müssen, was primär auf den Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand zurückzuführen ist. Die Einkommenssituation im Alter ist umso besser, je länger und mehr während der Erwerbstätigkeit in die drei Säulen der Altersvorsorge einbezahlt wurde. Betreffend Geschlecht und Haushaltssituation zeigen sich erhebliche Unterschiede: Personen, welche lediglich Leistungen der 1. Säule beziehen, sind besonders oft einkommensarm. Dies betrifft häufig alleinlebende Frauen über 75 Jahren, da sie oft neben der AHV über keine weiteren Einkommensquellen verfügen. Frauen sind daher entsprechend häufiger als Männer auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen (Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 12).

Die finanzielle Situation der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung stellt sich gemäss dem BFS deutlich positiver dar, wenn neben dem Einkommen auch das Vermögen für die Beurteilung der finanziellen Ressourcen herangezogen wird. Viele Personen können im Rentenalter auf relativ hohe liquide Vermögen zurückgreifen. Ebenfalls erzielen sie deutlich höhere Einkommen aus Vermögen und Vermietung als Personen im Erwerbsalter. Jedoch gilt dies längst nicht für alle Teile der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung gleichermassen. Rund ein Fünftel der Personen ab 65 Jahren besitzt nicht mehr als 10'000 Schweizer Franken an liquidem Vermögen. Davon betroffen sind besonders alleinstehende Frauen sowie Personen mit der Haupteinkommensquelle 1. Säule. Benachteiligt sind also wieder mehrheitlich

dieselben Gruppen, die auch als Risikogruppen für Einkommensarmut gelten (Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 28).

Wie die Datenlage des BFS aufzeigt, sind insbesondere die heutigen Seniorinnen von finanziellen Einbussen betroffen. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich durch die traditionelle Rollenverteilung erklären, nach welcher Frauen lange Zeit hauptsächlich als Hausfrau und Mutter tätig waren und entsprechend weniger bis gar keine Beiträge in die berufliche Vorsorge einzahlen konnten. Im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen ist zu beachten, dass die ins Alter nachwachsenden weiblichen Generationen durch ihre zunehmende Erwerbstätigkeit über eine verbesserte finanzielle Absicherung verfügen werden.

#### **4.4.3.1 Armut**

Zur Messung der absoluten Armut in der Schweiz wird nach dem Bundesamt für Statistik (BFS) eine Armutsgrenze in Höhe des sozialen Existenzminimums verwendet. Personen gelten demnach als arm, wenn sie nicht über die finanziellen Mittel verfügen, um die für ein gesellschaftlich integriertes Leben notwendigen Güter und Dienstleistungen zu erwerben. Die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) dienen als Orientierung für die Armutsgrenze. Im Jahr 2015 waren in der Schweiz 7% der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten von Einkommensarmut betroffen. In Zahlen entspricht dies rund 570'000 Personen. Zu den Gruppen, welche am stärksten betroffen sind, zählen Personen die alleine oder in Einelternhaushalten mit minderjährigen Kindern leben, Personen ohne nachobligatorische Ausbildung und Personen in Haushalten ohne Arbeitsmarktteilnahme (Bundesamt für Statistik, 2017).

Ein bedeutender Indikator, der Hinweise auf die finanzielle Situation der Seniorinnen und Senioren liefert, ist nach dem BFS die Quote der Bezügerinnen und Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL-Bezugsquote). Wenn die Altersrenten oder die übrigen Einkommen (unter Anrechnung eines Teils des Vermögens) die minimalen Lebenshaltungskosten unterschreiten, kann der Anspruch auf Ergänzungsleistungen geltend gemacht werden. Die EL-Bezugsquote steht somit stellvertretend für die bekämpfte Armut im Alter. Im Jahr 2012 waren 9,5% der Rentnerinnen und Rentner in Privathaushalten auf Ergänzungsleistungen angewiesen, wobei die Quote mit zunehmendem Alter ansteigt (vgl. Abbildung 7). In allen Altersgruppen beziehen Frauen öfter Ergänzungsleistungen als Männer. Diese Tatsache steht in einem direkten Zusammenhang mit der bereits festgestellten mangelnden finanziellen Altersvorsorge der Frauen. Für die Seniorinnen und Senioren stellen die



Ergänzungsleistungen ein zusätzliches soziales Sicherungsnetz dar, auf welches ein gesetzlicher Anspruch besteht (nur in Kombination mit einer AHV- oder IV-Rente). Bei der Berechnung der Ergänzungsleistungen liegt der Betrag für den Lebensbedarf über dem Grundbedarf der Sozialhilfe, welcher sich am sozialen Existenzminimum nach den Richtlinien der SKOS bemisst. Es ist möglich, dass Personen trotz EL unter die Armutsgrenze fallen, obwohl der Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf höher ist als bei der Sozialhilfe. Dies, weil bei der EL die anerkannten Wohnkosten nach oben strikt beschränkt sind. Sind die Wohnkosten höher als von der EL anerkannt, so muss der Fehlbetrag mit dem Betrag für den allgemeinen Lebensbedarf bestritten werden, wodurch sich dieser verringert (Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 11-12). Nach Schubarth wurden die Höchstbeträge für die anrechenbaren Mietzinse, die bei der Berechnung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen berücksichtigt werden, letztmals im Jahr 2001 erhöht. Die Mietzinse in der Schweiz sind seither im Durchschnitt um rund 18% angestiegen. Im Jahr 2012 deckte das anrechenbare Mietzinsmaximum der EL bei Alleinstehenden den Mietzins nur noch bei 72% und bei Ehepaaren bei 68% der Betroffenen (Schubarth, 2014).

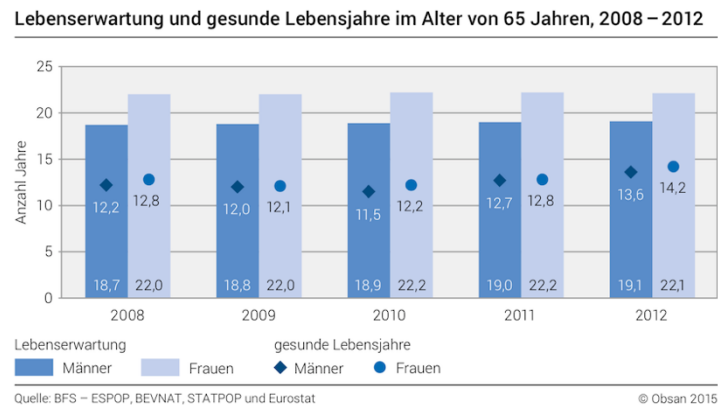
	Total	Männer	Frauen
Alle Personen ab 65 Jahren	9,5	7,2	11,3
65–69 Jahre	7,4	6,3	8,5
70–79 Jahre	9,6	7,4	11,3
80–89 Jahre	11,7	8,4	13,8
Ab 90 Jahren	14,0	8,6	16,6

*Abbildung 7.* Quote der Ergänzungsleistungen nach Geschlecht, in Prozent. Nach Bundesamt für Statistik, 2014a, S. 11.

#### **4.4.4 Gesundheit**

Ein hohes Alter in guter Gesundheit zu erreichen, ist nach Tesch-Römer und Wurm ein übergeordnetes individuelles wie auch gesellschaftliches Ziel. Alltagskompetenzen lassen sich bei guter Gesundheit aufrechterhalten und ermöglichen ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben. Früh im Lebenslauf werden die Grundlagen für ein gesundes Altern gelegt. Jede einzelne Person kann dennoch in allen Phasen des Lebens zu ihrer Gesunderhaltung beitragen. Eine entscheidende Rolle spielen dabei die körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung und weitgehender Verzicht auf Nikotin und Alkohol. (Tesch-Römer & Wurm 2009, S. 7). Unsere Lebenserwartung steigt kontinuierlich an und im Allgemeinen verbessert sich nach dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Gerade die Entwicklung der gesunden Lebensjahre, welche in den letzten Jahren schneller

zugewonnen hat als die allgemeine Lebenserwartung, ist besonders positiv zu werten (vgl. Abbildung 8). Wir leben nicht nur länger, sondern bleiben auch länger gesund (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015, S. 16).



*Abbildung 8.* Lebenserwartung und gesunde Lebensjahre im Alter von 65 Jahren, 2008-2012. Nach Burla & Kohler, 2015, S. 98.

Nach Burla und Kohler betrug im Jahr 2012 die Lebenserwartung von 65-jährigen Frauen zusätzliche 22,1 Jahre. Bei den Männern waren es zusätzliche 19,1 Jahre. Zwischen 2008 und 2012 ist die Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern leicht gestiegen. Burla und Kohler halten fest, dass 65-jährige Frauen im Jahr 2012 noch mit 14,2 gesunden Jahren und Männer mit weiteren 13,6 gesunden Jahren rechnen konnten. Unter dem Begriff „gesunde Jahre“ ist die Zeitspanne zu verstehen, die ein Mensch voraussichtlich ohne funktionale Einschränkungen leben kann (Burla & Kohler, 2015, S. 98). Der Begriff „funktionale Gesundheit“ wird nach dem Bundesamt für Statistik (BFS) definiert als Art und Weise, wie eine Person unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustands ihre täglichen Bedürfnisse abdeckt und an der Gesellschaft teilhaben kann (Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 1). Zwischen 2008 und 2012 ist die Anzahl gesunder Lebensjahre bei beiden Geschlechtern angestiegen (Burla & Kohler, 2015, S. 98).

„Gute subjektive Gesundheit im hohen Alter aber riskanter Umgang mit Medikamenten“: Mit diesem Titel wird die gesundheitliche Lage älterer, alter und hochbetagter Menschen im Nationalen Gesundheitsbericht von 2015, verfasst vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, prägnant zusammengefasst. Aus dem Bericht geht hervor, dass ungefähr zwei Drittel der Personen um 80 Jahre, die in einem Privathaushalt leben, und ein Drittel derjenigen, die in einem Alters- und Pflegeheim wohnen, sich gesund oder sogar sehr gesund fühlen. Bei 35% der 75- bis 84-jährigen Personen in Alters- und Pflegeheimen (2008) wurde eine Depression diagnostiziert.

Dies ist eineinhalb bis zweimal so häufig wie bei Personen, die zu Hause leben. Eine der grössten Herausforderungen des Alters stellen die Demenzerkrankungen dar. Schätzungen gehen davon aus, dass sich die Anzahl demenzkranker Menschen von 110'000 (2015) bis ins Jahr 2030 auf 190'000 ansteigen wird. Zudem leiden Personen im höheren Alter immer öfter an mehreren Krankheiten. Bei den zu Hause lebenden Personen über 85 Jahren sind mehr als 44% multimorbid. Bei Personen in Alters- und Pflegeheimen sind es sogar 86%. Multiple Krankheiten werden oft mit mehreren Medikamenten behandelt. Dies birgt ein grosses Risiko unerwünschter Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten. Zudem sind Medikamente, die sehr zurückhaltend eingesetzt werden sollten, im Alter weit verbreitet. Im Alter von 75 Jahren nimmt beinahe jede achte Person fast täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein, was das Sturzrisiko drastisch erhöht. Gerade die markant ansteigende Zahl demenzkranker und multimorbider Menschen wird zukünftig eine grosse Herausforderung für die Betroffenen, die Betreuenden und das Gesundheitssystem darstellen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015, S. 18-19).

#### **4.4.4.1 Chronische Erkrankungen**

Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind psychische Störungen und andere chronische Erkrankungen weltweit die häufigste Ursache für Beeinträchtigung und Tod. Nach Expertenschätzungen sind nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Atemwegserkrankungen und psychische Störungen für 86% aller Todesfälle und für 77% der Krankheitslast in der europäischen Region verantwortlich (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Die Hälfte der in der Schweiz lebenden Personen ab 65 Jahren leidet nach dem Bundesamt für Statistik (BFS) an einer Krankheit oder einem dauerhaften Gesundheitsproblem (49%). Die im Alter am häufigsten auftretenden chronischen Erkrankungen sind Bluthochdruck, Arthrose, Diabetes, Osteoporose und Krebs. Gerade Arthrose und Osteoporose haben einen deutlich negativen Einfluss auf die funktionalen Fähigkeiten eines Menschen (Bundesamt für Statistik, 2014b, S. 1). Im Jahr 2012 litten nach Bachmann 2,2 Millionen Menschen in der Schweiz (31,9%) an einer chronischen Krankheit. Betroffen sind vor allem ältere, alte und hochbetagte Personen und immer häufiger leiden Menschen nicht nur an einer einzigen chronischen Krankheit, sondern an mehreren gleichzeitig (Multimorbidität). Dies führt zu schwerwiegenden Folgen und komplexen Problemen für die Betroffenen, die behandelnden Personen sowie für die Betreuenden. Im Jahr 2011 waren 26,6% der Personen (nur in Privathaushalten) zwischen 50-65 Jahren von einer chronischen Krankheit betroffen und 13,2% multimorbid. Bei den Personen zwischen 65-79 Jahren waren 28,8% von einer chronischen Krankheit

betroffen und 25,2% multimorbid. Bei den Personen ab 80 Jahren waren 29,6% von einer chronischen Krankheit betroffen und 41,3% multimorbid. Die Kombination von Arthrose und Depression ist im Alter ein weit verbreitetes Krankheitsbild. Für rund 88% der Verluste an gesunden Lebensjahren der Menschen in der Schweiz sind chronische Krankheiten verantwortlich. Jedoch nicht alle Personen haben dasselbe Risiko für die Entstehung von chronischen Krankheiten. Je tiefer das Bildungsniveau und je knapper die finanziellen Mittel desto grösser ist das Risiko. Folgende Faktoren sind massgeblich für die Entstehung chronischer Krankheiten verantwortlich: übermässiger Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, Bluthochdruck, hohes Blutcholesterin, Übergewicht, niedriger Obst- und Gemüsekonsum sowie Bewegungsmangel. Diabetes gilt zudem als bedeutender Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Psychische Erkrankungen stellen eine wichtige Ausnahme dar, welche je nach Krankheitsbild von ganz unterschiedlichen Faktoren beeinflusst werden (Bachmann, 2015, S. 125-137).

Nach Annahmen der Autorin und des Autors wirkt ein höheres Bildungsniveau schützend vor der Entstehung chronischer Erkrankungen, da die Wahl gesunder Nahrungsmittel, der Verzicht auf schädliche Nahrungs- und Genussmittel sowie ein generell positives Gesundheitsverhalten Wissen und Informiertheit voraussetzt. Der finanzielle Aspekt kann damit erklärt werden, dass gesunde und frische Nahrungsmittel mit hohem Vitamin- und Eiweissgehalt generell zu den teureren Lebensmitteln zählen. Bei mangelnden finanziellen Ressourcen besteht die Gefahr, aus Sparmassnahmen auf konservierte, fetthaltige und energiereiche Nahrungsmittel auszuweichen, welche oftmals preisgünstiger angeboten werden, jedoch die Entstehung chronischer Erkrankungen fördern.

#### **4.4.4.2 Hilfs- und Pflegebedürftigkeit**

Durch die wachsende Zahl älterer, alter und hochbetagter Menschen in der Schweiz ist nach Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn zukünftig mit einer steigenden Zahl von pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren zu rechnen, trotz der positiven Gesundheitsentwicklung im Alter. Die Pflegeverhältnisse (durch Familie oder professionelle Pflegepersonen - ambulante oder stationäre Betreuung) werden von der familiendemografischen Entwicklung beeinflusst, wobei die Zahl an Nachkommen für die intergenerationelle Pflege entscheidend ist (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn 2011, S. 7). Die durchschnittliche Anzahl Kinder der in der Schweiz lebenden Frauen ist nach Angaben des Bundesamtes für Statistik (BFS) seit dem Jahr 1970 rückläufig und Kinderlosigkeit stellt ein relativ verbreitetes Phänomen dar. Im Jahr 2015 hatten 19% der Frauen und 21% der Männer zwischen 50 und 80 Jahren keine leiblichen oder adoptierten Kinder (Bundesamt für Statistik, 2016). Dies hat nach Annahmen der

Autorin und des Autors zur Folge, dass ambulante und stationäre Betreuungsangebote (Spitex, Pflegeinstitutionen, usw.) zunehmend an Bedeutung gewinnen werden, da die familieninternen Unterstützungsressourcen aufgrund der sinkenden Anzahl Kinder rückläufig sind.

Pflegebedürftigkeit im Alter ist nach Höpflinger und Hugentobler oftmals nicht auf eine Ursache allein zurückzuführen. Sie ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Faktoren. Pflegebedürftigkeit wird definiert durch die Möglichkeit zur Bewältigung bestimmter Alltagsaktivitäten, welche als unabdingbar erachtet werden, um den Alltag selbstständig bestreiten zu können. Zu den elementaren täglichen Verrichtungen gehören: An- und Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Essen, Notdurft verrichten, Körperpflege, Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung basiert ebenfalls auf dieser Definition von Pflegebedürftigkeit. Rund 9% der Menschen über 80 Jahren profitieren von der Auszahlung dieser Sozialversicherung (Höpflinger & Hugentobler, 2003a, S. 2-3).

Eine grosse Mehrheit der Personen ab 65 Jahren und zwei Drittel der Personen ab 85 Jahren weisen nach Höpflinger, Bayer-Oglesby und Zumbrunn keine Schwierigkeiten bei den elementaren täglichen Verrichtungen auf und sind somit nicht von funktionalen Alltagseinschränkungen betroffen. Stärkere Einschränkungen lassen sich jedoch bei den instrumentellen Aktivitäten des Alltags finden. Dazu gehören unter anderem: Einkaufen, Hausarbeit, Essen zubereiten, Verkehrsmobilität oder administrative Aufgaben. Rund 20% der Personen ab 65 Jahren in Privathaushalten stossen bei mindestens einer instrumentellen Aktivität auf starke Schwierigkeiten oder sind auf Hilfe einer Drittperson angewiesen. Mit fortschreitendem Alter zeigt sich auch eine starke Zunahme der Hilfsbedürftigkeit. Mehr als die Hälfte der Personen ab 85 Jahren in Privathaushalten können mindestens eine instrumentelle Aktivität nicht mehr selbstständig ausüben (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn 2011, S. 8). Schätzungen zur Pflegebedürftigkeit der Schweizer Bevölkerung (Privathaushalte und Pflegeinstitutionen zusammengefasst) haben ergeben, dass bei Personen zwischen 75 und 79 Jahren weniger als 10% pflegebedürftig sind. Bei Personen zwischen 80 und 84 Jahren sind es 13% und bei den Personen ab 85 Jahren sind es 34%. Bei Personen ab 90 Jahren beläuft sich die Pflegequote auf über 50%. Der Anteil pflegebedürftiger Frauen im Alter ist höher als jener der Männer, was auf die höhere Lebenserwartung der Frauen zurückzuführen ist. Dadurch, dass die Anzahl gesunder und behinderungsfreier Lebensjahre der Schweizer Bevölkerung zunimmt, kommt es zu einer Kompression schwerer Pflegebedürftigkeit im hohen Alter. Auch zukünftig ist

mit einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Personen zu rechnen. Sollten sich jedoch die gesunden Lebensjahre weiter erhöhen, würde dies den demografischen Effekt abschwächen (Höpflinger, Bayer-Oglesby & Zumbrunn, 2011, S. 8-9).

#### **4.4.5 Wohnen**

Wohnen, und insbesondere selbstständiges Wohnen, ist nach Voges und Zinke ein zentraler, existenzieller Aspekt der Lebenslage von älteren, alten und hochbetagten Menschen. Entsprechend dem Lebensalter erhöht sich auch der Anteil an Tageszeit, den Seniorinnen und Senioren im unmittelbaren Wohnbereich verbringen. Dies führt dazu, dass mit zunehmendem Alter die Wohnung in den Lebensmittelpunkt rückt (Voges & Zinke, 2010, S. 301). Nach Aussagen von Hauri, basierend auf Befragungen der Schweizer Bevölkerung, ist der weit verbreitete Wunsch im Alter, zu „wohnen wie gewohnt“. Somit ist die mit Abstand beliebteste und bedeutendste Wohnform im Alter das Führen eines selbstständigen Haushalts in der bekannten Wohnung. Rund 80% der Schweizerinnen und Schweizer bis zum 80. Lebensjahr können sich diesen Wunsch erfüllen. Das Zusammenleben von mehreren Generationen unter einem Dach, welches früher weit verbreitet war, stellt heute nur noch ein Randphänomen dar. Im Jahr 1970 lebten 20% der Personen im AHV-Alter zusammen mit ihren Nachkommen. Im Jahr 2003 waren es nur noch 3% (Hauri, 2008, S. 1). Nach Voges und Zinke überwiegt bei den meisten Rentnerinnen und Rentnern der Grundsatz „soziale Nähe bei räumlicher Distanz“. Seniorinnen und Senioren möchten ein unabhängiges Leben von ihren Kindern führen, dennoch aber nicht weit entfernt sein. Neuartige Wohnformen wie Wohn- und Hausgemeinschaften werden bisher von der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung nur selten gewählt. Aufgrund des demografischen Wandels, vermehrt fehlenden familialen Unterstützungsstrukturen und sozialpolitischen Finanzierungsproblemen könnten gemeinschaftliche Wohnformen zukünftig an Attraktivität gewinnen (Voges & Zinke, 2010, S. 301-302).

Der Lebensabschnitt nach der Pensionierung bis zum Zeitpunkt erhöhter Fragilität dauert heute länger, wodurch nach dem Bundesamt für Wohnungswesen (BWO) nebst der Wohnform ebenfalls die Gestaltung der Wohnung an Bedeutung gewinnt. Dasselbe gilt für die Wohnkosten, die Wohnsicherheit und den Standort des Wohngebäudes sowie die unmittelbare Umgebung. Diese Faktoren haben grossen Einfluss auf die Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, Besorgungen zu machen oder alltägliche Dienstleistungen zu nutzen (Bundesamt für Wohnungswesen, n.d.).

#### **4.4.5.1 Wohnbedingungen**

Der Handlungsspielraum und die Lebensqualität im Alter werden nach Voges und Zinke unter anderem bestimmt durch die Qualität der Wohnungsausstattung. Mittels einer altersgerechten Wohnausstattung kann ein weitgehend eigenständiges Wohnen im eigenen Haushalt ermöglicht und ein Heimeintritt bei Pflegebedürftigkeit hinausgezögert werden. Unter altersgerecht oder barrierefrei ist zu verstehen, dass keine Hindernisse wie Treppen, Türschwellen usw. die Nutzung von Wohnräumen erschweren. Eine nicht altersgerechte Wohnung kann dagegen die Bewältigung des Alltags stark erschweren und Gefahrenquellen bergen (Voges & Zinke, 2010, S. 303-304). Es erscheint naheliegend, dass eine gute Einkommens- und Vermögenslage den Handlungsspielraum bei der altersgerechten Wohnungsanpassung vergrössert und somit Benachteiligungen umfangreicher kompensiert werden können.

#### **4.4.5.2 Wohnkosten und Wohnsicherheit**

Mit dem wachsenden Wohlstand haben sich nach Hauri nicht nur die Haushalte verkleinert, sondern auch der Wohnstandard erhöht. In besonderem Ausmass profitieren davon die Rentnerinnen und Rentner, denn ihnen stehen überdurchschnittlich viel Wohnraum zur Verfügung. Zudem sind sie häufiger als Personen anderer Altersgruppen Eigentümer eines Hauses oder einer Wohnung. Wohneigentum bietet eine hohe Wohnsicherheit mit grossem Gestaltungsspielraum. Von wesentlicher Bedeutung ist Wohneigentum ebenfalls für die wirtschaftliche Situation von Seniorinnen und Senioren. Die Liegenschaft ist häufig nicht mehr oder nur noch mit einer kleinen Hypothek belastet, was kostengünstiges Wohnen ermöglicht. Zudem haben ältere, alte und hochbetagte Menschen, die zur Miete wohnen, verhältnismässig geringe Wohnkosten und bezahlen pro Quadratmeter etwas weniger Miete als der Durchschnitt (Hauri, 2008, S. 1). Die tiefen Mietkosten von Seniorinnen und Senioren lassen sich auf die oftmals langjährigen Mietverhältnisse zurückführen, die eine regelmässige Anpassung des Mietzinses durch die Verwaltung an aktuelle Zinsentwicklungen erschweren.

#### **4.4.5.3 Wohnumfeld**

Einen ähnlich grossen Stellenwert wie die Wohnung selbst hat gemäss Voges und Zinke die unmittelbare Umgebung. Im Alter werden beide zu den wichtigsten sozialräumlichen Kontexten, was in einer abnehmenden Bereitschaft zum Wohnortwechsel resultiert. Durch die mit der Wohndauer entstandene Vertrautheit kann das Wohnumfeld Unterstützungspotential aufweisen. Eine Veränderung der Infrastruktur kann für Menschen mit Einschränkungen eine Belastung bedeuten. Die

Lage der Wohnung, die Nachbarschaft sowie die Infrastruktur definieren nebst der individuellen Bewertung die Qualität eines Wohnquartiers. Die Unterschiede sind daher bei der Frage, was von Seniorinnen und Senioren in ihrem Wohnumfeld als notwendig und wünschenswert erachtet wird, gross. Da die quartiernahe Infrastruktur rückläufig ist, sind die heutigen Rentnerinnen und Rentner mehr als frühere Generationen gezwungen, über die Grenze des Wohnquartiers hinaus aktiv zu werden (Voges & Zinke, 2010, S. 305-306).

#### **4.4.5.4 Alters- und Pflegeheime**

Für den Fall, dass plötzliche Ereignisse den Verbleib in der bisherigen Wohnung verunmöglichen sollten, stellt nach Hauri für einen Teil der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung der Umzug in ein Alters- oder Pflegeheim eine Alternative dar. Ein Drittel der Personen über 84 Jahren, die zu Hause wohnen, ist für ein Heim angemeldet (Hauri, 2008, S. 1). Im Jahr 2016 befanden sich gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) 9,8% der Schweizer Wohnbevölkerung ab 65 Jahren in einem Alters- und Pflegeheim. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt dabei 2,4 Jahre (Bundesamt für Statistik, n.d.). Die Mehrheit der Seniorinnen und Senioren wohnt nach dem BFS zu Hause, mit zunehmendem Alter steigt jedoch der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen deutlich an. Heute können Menschen dank dem Ausbau und der Verbesserung der spitalexternen Hilfe und Pflege (z.B. Spitex) länger zu Hause leben. Bei einem Umzug in ein Alters- und Pflegeheim sind die Personen bereits sehr betagt, wodurch die einzelnen Fälle komplexer und der Pflegebedarf grösser wird. Als Hauptursache für den Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim ist der Hilfs- und Pflegebedarf zu nennen. Bei 65% der Menschen ist der Grund für den Heimeintritt, dass sie den eigenen Haushalt nicht mehr selber führen können. Medizinische Gründe spielen bei 62% eine Rolle und bei 55% der Heimbewohnerinnen und -bewohner wird der Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen als Auslöser für den Heimeintritt genannt. Unterschiede zwischen Männern und Frauen oder den verschiedenen Altersgruppen sind kaum festzustellen. In der Regel ist der Umzug von Rentnerinnen und Rentnern in ein Alters- und Pflegeheim auf eine Kumulation von Problemen zurückzuführen. Über 70% der älteren Menschen nennen mehrere Gründe für ihren Heimeintritt. Bei 62% der Menschen wird der Entscheid zum Heimeintritt einvernehmlich zwischen der Seniorin oder dem Senior, den Familienangehörigen und der Ärztin oder dem Arzt getroffen. Der Anteil Frauen, welche in einem Heim leben, beläuft sich auf mehr als zwei Drittel (Bundesamt für Statistik, 2011, S. 1-2). Das Durchschnittsalter der Frauen in Alters- und Pflegeheimen beträgt im Jahr 2012 nach Angaben von Curaviva rund 85 Jahre und



das der Männer 81 Jahre (Curaviva, 2014, S. 7). Die in Alters- und Pflegeheimen lebenden Frauen sind nach Angaben des BFS mehrheitlich verwitwet. Durch das Fehlen der Partnerin oder des Partners wird ein Heimeintritt begünstigt. Vor dem Heimeintritt lebten 57% der Personen bereits alleine (Frauen häufiger als Männer), wobei 44% die Leistungen einer Spitex-Organisation in Anspruch nahmen (Bundesamt für Statistik, 2011, S. 1-2).

#### **4.4.6 Bildung**

Die äusserst heterogenen Lebenslagen von älteren, alten und hochbetagten Menschen werden nach Stiehr, Spindler und Ritter massgeblich durch die individuelle Bildung geprägt. Nicht nur für die wirtschaftliche Produktivität und gesellschaftliche Statuszuweisung gilt Bildung als wichtige Ressource, sondern auch für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung bis ins hohe Alter. Das Gesundheitsverhalten und die Lebenserwartung junger wie alter Menschen wird unter anderem durch die Bildung beeinflusst. Das Bildungsniveau und die Bildungsaktivität eines Menschen hängt nicht allein von dessen kognitiven Fähigkeiten ab, sondern wird ebenfalls von gesellschafts- und bildungspolitischen Faktoren beeinflusst. So hat die soziale Herkunft und das je nach Epoche und Region sehr unterschiedliche Bildungssystem Auswirkungen auf die Bildungsnähe bzw. Bildungsferne einer Person (Stiehr, Spindler & Ritter, 2010, S. 321). Nach Erhardt, Hoffmann und Roos scheint heute die klassische Erwachsenenbildung in Form von öffentlichen Vorträgen auf dem Rückzug zu sein. Eine neue Erscheinung sind dagegen Kurse für das bürgerschaftliche Engagement zugunsten alter und hochbetagter Menschen. Diese sprechen die „jungen Alten“ an, welche sich für die Menschen im vierten Lebensalter einsetzen wollen. Weitgehend von Bildungsangeboten ausgeschlossen sind Menschen mit Demenz sowie Hochbetagte, welche aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität das Zuhause nur schwer oder gar nicht mehr verlassen können (Erhardt, Hoffmann & Roos, 2014, S. 69).

##### **4.4.6.1 Bildungsstand**

Nach dem Bundesamt für Statistik (BFS) wächst die Anzahl Menschen in der Schweiz mit einem Tertiärabschluss seit Jahren kontinuierlich an. Die Sekundarstufe II, welche unter den 25- bis 64-Jährigen das meistverbreitete Bildungsniveau darstellt (46%), erfährt durch den Aufschwung von Personen mit einem Tertiärabschluss einen Rückgang. Der Anteil Personen, welche nach der obligatorischen Schulbildung keine weitere Ausbildung abschliessen, hat in den vergangenen Jahren stetig abgenommen und nähert sich der 10% Marke. Nach Prognosen zum Bildungsniveau der Bevölkerung wird der Anteil der Personen zwischen 25 und 64 Jahren mit einem

Tertiärabschluss von 40% im Jahr 2014 auf 57% im Jahr 2045 ansteigen (Bundesamt für Statistik, 2017a). Die Angaben zum Bildungsniveau dieser jüngeren Altersgruppen sind für die Thematik der vorliegenden Arbeit relevant, da sie das Bildungsniveau von ins Alter nachrückenden Personen darstellen.

Eine Auswertung von Zahlen des BFS zur höchsten abgeschlossenen Ausbildung der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahr 2016 hat ergeben, dass der Anteil Männer ab 60 Jahren mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II rund 49,6% beträgt. Der Anteil Frauen beträgt 55,7%. Beide Werte sind über die Lebensjahre im Alter relativ gleichmässig verteilt und unterliegen nur geringfügigen Schwankungen. Der Anteil Männer ab 60 Jahren mit einem Abschluss auf Tertiärstufe beträgt 37,1% und jener der Frauen 15,5%. Bei den Männern sind die Werte wiederum relativ gleichmässig über die Lebensjahre im Alter verteilt, jedoch gesamthaft mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. Bei den Frauen ist entsprechend eine deutlich geringere Anzahl Personen mit einem Tertiärabschluss verzeichnet und gerade bei der Altersgruppe ab dem 75. Lebensjahr ist nochmals ein markanter Abfall der Quote zu beobachten. Der Anteil Männer ab 60 Jahren, für welche die obligatorische Schule die höchste Ausbildung darstellt, beträgt 13,3%. Der Anteil der Frauen beläuft sich auf 28,8%. Bei den Männern sind wiederum keine grösseren Schwankungen über die Jahre ersichtlich. Bei den Frauen ist die durchschnittliche Quote mehr als doppelt so hoch als bei den Männern und gerade bei der Altersgruppe ab dem 75. Lebensjahr ist ein markanter Anstieg auf über 40% verzeichnet (Bundesamt für Statistik, 2017b).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Mehrheit der Personen ab 60 Jahren, analog der jüngeren Generationen, ein Bildungsabschluss auf Sekundarstufe II vorweisen kann. Dabei sind keine grösseren Geschlechterunterschiede feststellbar. Bei den Personen ab 60 Jahren mit einem Bildungsabschluss auf Tertiärstufe sowie bei den Personen ohne nachobligatorische Schulbildung sind jedoch markante Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennbar. Nur halb so viele Frauen haben einen Bildungsabschluss auf Tertiärstufe, und mehr als doppelt so viele Frauen haben nach der obligatorischen Schule keine weitere Ausbildung abgeschlossen. Gerade bei der Altersgruppe ab 75 Jahren werden die Geschlechterunterschiede enorm deutlich, was sich nach Annahmen der Autorin und des Autors auf die damals vorherrschende traditionelle Rollenverteilung der Geschlechter zurückführen lässt. Nach der obligatorischen Schulbildung wurden viele der jungen Frauen auf die Tätigkeiten als Hausfrau und Mutter vorbereitet, wobei die Absolvierung einer Ausbildung nicht im Vordergrund stand. Diese veraltete Rollenverteilung hat sich in den letzten

Jahrzehnten stark verändert und die ins Alter nachwachsenden weiblichen Generationen werden zunehmend höhere Bildungsabschlüsse vorweisen können.

#### **4.4.7 Soziale Beziehungen**

Gute soziale Beziehungen sind nach Höpflinger in jeder Lebensphase ein zentrales Element sozialer Integration und haben einen starken Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden (Höpflinger, 2018, S. 1). Gemäss Künemund und Kohli leisten sie einen bedeutenden Beitrag bei der Bewältigung negativer Lebensereignisse, haben einen Einfluss auf die Sterblichkeit und eine generelle soziale Sicherungsfunktion. Insofern haben soziale Beziehungen besonders im Alter einen erheblichen sozialen, psychischen und ökonomischen Wert (Künemund & Kohli, 2010, S. 309). Höpflinger hält weiter fest, dass weniger die Quantität als die Qualität sozialer Beziehungen für das Wohlbefinden im Alter entscheidend ist. In späteren Lebensphasen ist zentral, dass mindestens eine Vertrauensperson vorhanden ist (Höpflinger, 2018, S. 1). Fehlen im Alter soziale Beziehungen gänzlich, so können diese nach Narr aufgrund der eingeschränkten Handlungsfähigkeiten nur schwer neu dazugewonnen oder reaktiviert werden (Narr, 1976, S. 27-28). Höpflinger weist darauf hin, dass das Fehlen guter sozialer Beziehungen nicht deckungsgleich ist mit dem Gefühl von Einsamkeit und sozialer Isolation. Nicht alle sozial isolierten Personen fühlen sich einsam und zudem ist Einsamkeit auch in einer Partnerschaft denkbar. Soziale Isolation und Vereinsamung können zudem das Ergebnis eines gewollten sozialen Rückzugsprozesses im hohen Alter sein. Untersuchungen der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahr 2015 haben ergeben, dass 9% der zuhause lebenden Personen zwischen 65 - 79 Jahren häufig oder immer Einsamkeitsgefühle haben. Bei den zuhause lebenden Personen ab 85 Jahren haben 11% häufig oder immer Einsamkeitsgefühle. Einsamkeit im Alter existiert, in den letzten Jahrzehnten hat sich jedoch die Zahl betroffener Personen verringert (Höpflinger, 2018, S. 1-2). Aktuelle Zahlen zu den Sozialbeziehungen in der Schweiz zeigen, dass nur eine Minderheit der zuhause lebenden älteren, alten und hochbetagten Menschen keine oder nur schwache Sozialbeziehungen aufweist. Auslöser dafür ist beispielsweise ein mobilitätsbedingter Rückzug. Mit dem Alter steigt der Anteil sozial isolierter Menschen tendenziell an und es kommt zu einer verstärkten Konzentration auf wenige Angehörige oder ausgewählte Freundinnen und Freunde. Vielfach ist jedoch nicht das Alter an sich für diesen Umstand verantwortlich, sondern die Tatsache, dass schon früher soziale Lücken vorhanden waren, welche im hohen Alter zur sozialen Isolation beitragen. Bei den sozialen Netzwerken älterer, alter und hochbetagter Menschen handelt es sich häufig entweder um Familienmitglieder oder gleichaltrige

Freundschaften. Die grössten Lücken bezüglich sozialer Beziehungen im Alter zeigen sich gegenwärtig bei engen Nachbarschaftskontakten sowie ausserfamiliären Generationenbeziehungen. Zudem leiden einkommensschwache und bildungsferne Personen häufiger an sozialer Isolation als wirtschaftlich gut gestellte und bildungsstarke Menschen (S. 17-18). Die soziale Isolation von Personen mit mangelnden finanziellen Ressourcen und tieferem Bildungsniveau könnte sich auf den Umstand zurückführen lassen, dass zur Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten Informiertheit über entsprechende Angebote sowie finanzielle Ressourcen vorhanden sein müssen.

#### **4.4.7.1 Paarbeziehungen im Alter**

Die heutigen Beziehungsformen sind gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) vielfältiger geworden. Nebst der klassischen Ehe gibt es Paare, die ohne Trauschein zusammenleben, gleichgeschlechtliche Partnerschaften sowie Paare, die nicht zusammenwohnen. Erhebungen aus dem Jahr 2013 haben ergeben, dass 77% der in der Schweiz lebenden Frauen und Männer zwischen 18 und 80 Jahren eine Partnerin oder einen Partner haben, wovon der Grossteil (83%) mit der Partnerin oder dem Partner im gleichen Haushalt wohnt. In der Altersgruppe der 55- bis 64-jährigen Frauen sind rund 24% ohne Partnerin oder Partner. Bei den 65- bis 80-jährigen Frauen sind 38% ohne Partnerin oder Partner. Bei den Männern bewegt sich der Anteil Singles bei den 55- bis 80-Jährigen zwischen 13 und 16%. Die prozentualen Differenzen zwischen Frauen und Männern lassen sich durch Altersunterschiede in der Partnerschaft – bei 58% der Paare ist der Mann älter als die Frau – und der durchschnittlich höheren Lebenserwartung der Frauen erklären. In der Altersgruppe der 55- bis 80-jährigen Frauen und Männer sind zwischen 89 und 92% der Frauen und Männer, die mit einer Partnerin oder einem Partner im gleichen Haushalt leben, verheiratet (Bundesamt für Statistik, 2016a, S. 5-6).

#### **4.4.7.2 Verwitwung als kritisches Lebensereignis**

Der Tod der Partnerin oder des Partners im höheren Lebensalter stellt nach Perrig-Chiello und Margelisch ein kritisches Lebensereignis dar, welches zu Veränderungen der finanziellen und gesundheitlichen Lage, der sozialen Partizipation und der Lebenszufriedenheit führen kann (Perrig-Chiello & Margelisch 2018, S. 3). Der Tod der Partnerin oder des Partners bedeutet nach Höpflinger meist das Ende einer langjährigen intimen Lebens- und Haushaltsgemeinschaft, was zu weitreichenden persönlichen und familiären Auswirkungen führen kann. Die Verwitwung gilt entsprechend als bedeutsames kritisches Lebensereignis mit negativen psychischen und sozialen Folgen. Eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische

Erkrankungen ist vor allem in der ersten Zeit nach einer Verwitwung kennzeichnend. Die langfristige Bewältigung einer Verwitwung ist abhängig von den Umständen des Partnerverlustes sowie von den sozialen und psychischen Ressourcen der überlebenden Partnerin oder des überlebenden Partners (Höpflinger, 2018, S. 7).

#### **4.4.8 Freizeit und Beschäftigung**

Nach Heusinger, Kammerer und Wolter eröffnen sich für viele Menschen im Alter neue Perspektiven und Möglichkeiten. Die Unterscheidung von Arbeitszeit und Freizeit fällt nach dem Eintritt in den Ruhestand weg und neuer Freiraum entsteht. Diesen Freiraum nach den eigenen Wünschen zu gestalten, stellt für viele Seniorinnen und Senioren ein übergeordnetes Bedürfnis sowie auch eine grosse Herausforderung dar. Attraktive Freizeitgestaltung ist selten gratis, sodass nebst der freien Zeit auch genügend finanzielle Mittel vorhanden sein müssen, um die individuellen Wünsche erfüllen zu können. Weiter erfordert Freizeitgestaltung Eigeninitiative, Mobilität, Informiertheit sowie entsprechende Angebote. Gelingt eine aktive Alltagsgestaltung im Alter, so hat dies positive Auswirkungen auf die Gesundheit, soziale Teilhabe, Bildung und im Endeffekt auf die individuelle Lebensqualität (Heusinger, Kammerer & Wolter, 2013, S. 88). Gelingt jedoch die Anpassung an das neue Leben im Ruhestand nicht oder nur mangelhaft, so kann der grosse Freiraum zur Belastung werden und sich negativ auf das Wohlbefinden auswirken.

Gemäss Kolland ist ein Grossteil der Freizeitaktivitäten alterskorreliert. Das heisst, je älter eine Person ist, desto weniger Zeit investiert sie in die Ausübung von Freizeitaktivitäten. Nebst dem Zusammenhang zwischen Alter und Aktivität werden ebenfalls die sozioökonomischen Faktoren bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten als bedeutsam erachtet. Es wurde festgestellt, dass Rentnerinnen und Rentner mit höherem Bildungsniveau häufiger kulturelle Veranstaltungen (Konzerte, Theater, Museen) besuchen als solche mit tieferem Bildungsniveau. Weiter konnte eine Verbindung hergestellt werden zwischen der Freizeitgestaltung und dem Fremd- und Selbstbild. Wird ein negatives Altersbild auf das Selbstbild adaptiert, führt dies zu einer eher passiven Freizeitgestaltung. Je positiver das Fremd- und Selbstbild, desto aktiver die Freizeitgestaltung. Ein weiterer entscheidender Aspekt für Freizeitgestaltung ist die Gesundheit. Nebst der objektiven Gesundheit, welche entscheidend ist für die Ausübung der Aktivitäten, ist ebenso das subjektive Gesundheitsempfinden von grosser Bedeutung. Ähnlich wie bei einem positiven Selbstbild wirkt ein positives subjektives Gesundheitsempfinden aktivierend und führt zu mehr Aktivität. Bei der Ausübung von Freizeitaktivitäten sind zudem geschlechterspezifische Unterschiede feststellbar. Frauen geben ihre Freizeitaktivitäten und Freizeitinteressen eher auf als

Männer, wenn diese mit anderen Anforderungen in Konflikt geraten. Dabei handelt es sich vor allem um Betreuungsaufgaben und andere soziale Aktivitäten. Zudem haben Frauen häufiger das Gefühl, kein Recht auf Freizeit zu haben und stellen ihre Freizeitbedürfnisse hinter die Bedürfnisse ihrer Angehörigen (Kolland, 2010, S. 357-358). Diese Empfindung kann gemäss der Autorin und dem Autor dadurch erklärt werden, dass die traditionelle Rolle Hausfrau und Mutter geprägt ist von Fürsorge und der ständigen Verfügbarkeit zum Wohle der Familie. Dadurch verliert die individuelle Freizeitgestaltung, mit dem Ziel der persönlichen Befriedigung, an Priorität.

#### **4.4.8.1 Freizeit und Freiwilligenarbeit in der Schweiz**

In der westlichen Gesellschaft spielt Freizeit nach Marti eine zunehmend wichtige Rolle. Gerade für die Entspannung und persönliche Entfaltung ist sie besonders bedeutsam. Aufgrund der grossen Vielfalt der Aspekte von Freizeit wird ihr Umfang nicht statistisch vom Bundesamt für Statistik (BFS) erfasst (Marti, 2012, S. 3). Entgegen der Freizeit wird die von der Schweizer Bevölkerung geleistete Arbeitszeit statistisch erfasst. Ein Element der Arbeitszeit, respektive der Arbeit, ist die Freiwilligenarbeit, welche für Seniorinnen und Senioren von grosser Bedeutung ist und einen Anhaltspunkt betreffend der Freizeitgestaltung im Alter liefert. Von der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz wird gemäss dem BFS durchschnittlich 1,8 Stunden Freiwilligenarbeit pro Woche verrichtet. Im Jahr 2016 entsprach dies 660 Millionen Stunden, die von 43% der Bevölkerung verrichtet wurden. In der institutionalisierten Freiwilligenarbeit sind leicht mehr Männer vertreten, im informellen Freiwilligenbereich dagegen mehr Frauen. Den grössten Zeitaufwand in der institutionalisierten Freiwilligenarbeit leisten Personen zwischen 65 und 74 Jahren mit gesamthaft 1,8 Stunden pro Woche (vgl. Abbildung 9). In der informellen Freiwilligenarbeit sind ebenfalls die Personen zwischen 65 und 74 Jahren mit gesamthaft 5,4 Stunden pro Woche deutlich aktiver als alle anderen Altersgruppen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Pensionierung positiv auf die institutionelle wie auch auf die informelle Freiwilligenarbeit auswirkt (Bundesamt für Statistik, 2017c). Durch ihr ehrenamtliches Engagement leisten Rentnerinnen und Rentner einen grossen Beitrag für das gesellschaftliche, generationenübergreifende Zusammenleben und helfen mit ihrem Einsatz die Staatsausgaben einzudämmen.

## Zeitaufwand für Freiwilligenarbeit, 2016

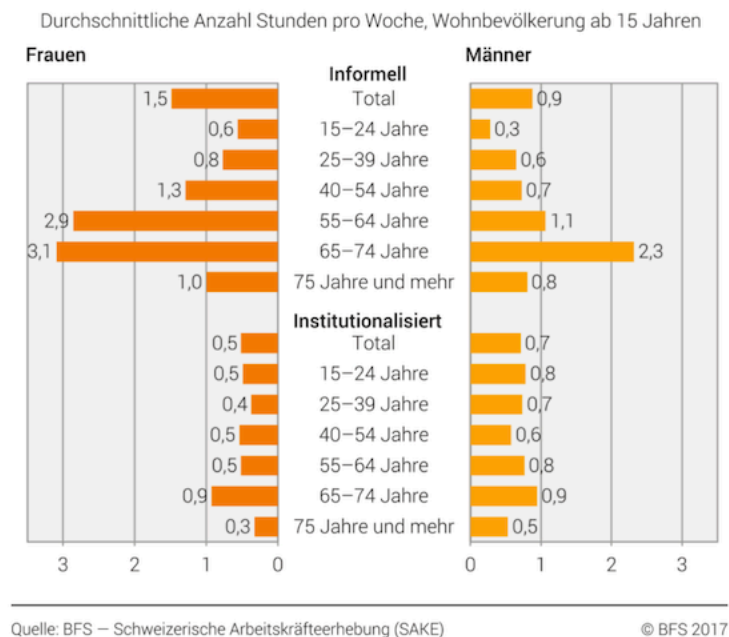


Abbildung 9. Zeitaufwand für Freiwilligenarbeit 2016. Nach Bundesamt für Statistik, 2017c.

Die Analyse der Lebenslage der Menschen ab 60 Jahren liefert eine Vielzahl möglicher Faktoren, die die Entstehung sowie den Verlauf einer Abhängigkeit beeinflussen können. Um zu verstehen, welche Faktoren in diesem Zusammenhang tatsächlich relevant sind und in welcher Form sie auf eine Abhängigkeit wirken, werden im folgenden Kapitel theoretische Ansätze aus der Suchtprävention sowie der Gesundheitsförderung herangezogen.

## 5 Suchtprävention und Gesundheitsförderung

Wie in den vorangegangenen Kapiteln bereits mehrfach festgestellt wurde, stellt der missbräuchliche oder abhängige Alkoholkonsum eine gesundheitliche Bedrohung dar, die sowohl beim Individuum selbst, wie auch in ihrem sozialen Umfeld eine Beeinträchtigung des Wohlergehens verursacht. Um diese Beeinträchtigung vorzubeugen oder sie möglichst früh zu bekämpfen, sind zwei zentrale Strategien von grosser Bedeutung: Suchtprävention und Gesundheitsförderung. Im folgenden Abschnitt werden die beiden Ansätze vorgestellt und in ein Verhältnis zueinander gebracht.

## 5.1 Suchtprävention

Prävention bezeichnet alle Interventionen, die darauf abzielen, das Eintreten oder die Ausbreitung einer Krankheit zu verhindern (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010, S. 14). Suchtprävention umfasst demnach alle Handlungen, die die Entstehung und das Fortschreiten einer Abhängigkeit abwenden sollen. Dabei richtet sie ihr Augenmerk auf die Identifizierung sowie das Zurückdrängen von möglichen Risikofaktoren (S. 17). Risikofaktoren sind Eigenschaften, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Störung erhöhen (Zander, 2009, S. 31). Die Interventionen der Suchtprävention lassen sich entlang verschiedener Ebenen differenzieren.

### 5.1.1 Zeitliche Differenzierung

Prävention kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten ansetzen. Eine der bekanntesten Differenzierungen lieferte Caplan mit der Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Blum & Sting, 2003, S. 38-40; Soyka & Kufner, 2008, S. 481).

- **Primäre Prävention:**

Sie setzt vor dem Eintreten von Missbrauch und Abhängigkeit ein und hat zum Ziel, die Rate neu auftretender Störungen zu vermindern. Durch Aufklärung, Anleitung und Beratung sollen Wissen und Fertigkeiten für den Umgang mit Alkohol vermittelt werden.

- **Sekundäre Prävention:**

Sie umfasst Angebote zur Frühintervention bei bereits erkennbaren Gefährdungen, Risiken und Abweichungen. Durch Beratung, frühzeitige Behandlung und Betreuung soll die Erkrankungsrate reduziert und die Verfestigung von problematischem Verhalten verhindert werden.

- **Tertiäre Prävention:**

Sie setzt nach dem Auftreten einer Problematik ein und hat zum Ziel, zurückbleibende Schäden und Rückfälle zu verhindern. Durch Rehabilitation, Resozialisierung und Nacherziehung soll die Fähigkeit zur Teilnahme am beruflichen und sozialen Leben gefördert werden.

### 5.1.2 Verhältnis- und Verhaltensprävention

Eine weitere Differenzierungsmöglichkeit ist die Unterteilung der Massnahmen auf den Ebenen Verhältnis und Verhalten (Blum & Sting, 2003, S. 36-38; Soyka & Kufner, 2008, S. 480-481):



- **Verhältnisprävention:**

Massnahmen der Verhältnisprävention streben eine Veränderung der Umwelt sowie der Rahmenbedingungen, die einen Einfluss auf den Alkoholkonsum haben, an. Beispiele für mögliche Massnahmen sind Preisregulierungen, ein gesetzlich festgelegtes Mindestalter, Regulierung der Geschäftsöffnungszeiten etc.

- **Verhaltensprävention:**

Beratung und Aufklärungsarbeit auf dieser Ebene setzen beim Individuum an und zielen auf die Veränderung von krankheitsverursachenden oder krankheitsbegünstigenden Verhaltensweisen.

Seit den 80er Jahren hat sich im Suchtbereich parallel zur Prävention der Ansatz der Gesundheitsförderung ausgebreitet, der sich nicht mehr nur auf die Bearbeitung von Problemlagen und auf die Bekämpfung der Ursachen von Abhängigkeiten fokussiert, sondern einem positiven Gesundheitsverständnis folgt und stärker auf gesundheitsfördernde Bedingungen und Ressourcen setzt (Blum & Sting, 2003, S. 62).

## **5.2 Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung zielt auf die Stärkung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung (Hurrelmann et al., 2010, S. 14). Durch geeignete Interventionen in den verschiedenen Lebensbereichen sollen verbesserte materielle, kulturelle und soziale Lebensverhältnisse geschaffen werden, die sich gesundheitsfördernd auswirken (Sting & Blum, 2003, S. 62). Ziel der Gesundheitsförderung ist die Erreichung eines höheren Niveaus der Gesundheitsqualität (Hurrelmann et al., 2010, S. 16). Dabei folgt sie dem salutogenetischen Wirkungsprinzip, das seinen Fokus auf die Identifikation und Stärkung von Schutzfaktoren legt (S. 16). Schutzfaktoren sind schützende Eigenschaften, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen, indem sie die Auswirkung von Risikofaktoren auf die Gesundheit vermindern (Sucht Schweiz, 2013, S. 2).

## **5.3 Prävention und Gesundheitsförderung im Alter**

Gemäss Kruse (2010, S. 88) verfolgen Prävention und Gesundheitsförderung im Alter folgende Ziele: die Erhaltung einer aktiven, selbstständigen Lebensführung, die Erhaltung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit, die Vermeidung von körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie die Aufrechterhaltung eines angemessenen Systems der Unterstützung. Bei der Planung von Handlungskonzepten

sind dabei sowohl Massnahmen auf individueller Ebene (Alltagsgestaltung, Förderung des Gesundheitsverhaltens etc.) wie auch Massnahmen in der sozialen, räumlichen oder institutionellen Umwelt (Gestaltung der Wohnung, Möglichkeiten der sozialen Partizipation, Zugang zu medizinischen Angeboten etc.) zu integrieren (S. 89-90). Im Bereich der Suchtprävention, insbesondere in der primären Prävention, wird gemäss Lützenkirchen et al. (2010, S. 37) der Zielgruppe der älteren Menschen bisher nur marginale Beachtung geschenkt. Auch Blum und Sting (2003, S. 48-58) nennen in ihrer Übersicht der Zielgruppen präventiver Massnahmen die Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren nicht als eigenständige Zielgruppe, sondern lassen diese in die Gruppe der erwachsenen Personen einfließen. Im Bereich der sekundären Prävention sind in der Schweiz in den letzten Jahren diverse Angebote für Alters- und Pflegeheime, Spitex-Organisationen und Spitäler entstanden, die diese Organisationen für die Thematik Alkoholabhängigkeit im Alter sensibilisieren und Unterstützung für Früherkennung und Frühintervention bieten (Sucht im Alter, n.d.). Bereits deutlich länger etabliert sind Angebote zur Gesundheitsförderung im Alter. Die Pro Senectute setzt sich schweizweit seit mehr als 100 Jahren mit einer Kombination aus verhaltens- und verhältnisorientierten Massnahmen sowie der Vermittlung von Informationen und Beratung für die Aufrechterhaltung der Lebensqualität im Alter ein (Pro Senectute, n.d.). Auch die Organisation Gesundheitsförderung Schweiz schenkt der Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen bei der Planung von Projekten sowie auch in der Forschung grosse Beachtung (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, n.d.).

#### **5.4 Verhältnis Prävention und Gesundheitsförderung**

Prävention und Gesundheitsförderung orientieren sich am gleichen Ziel: Sie wollen einen Gesundheitsgewinn erzielen (Hurrelmann et al., 2010, S. 17). Sie folgen dazu jedoch unterschiedlichen Ansätzen. Während sich die Prävention auf die Dynamik der Entstehung von Krankheit und somit auf das pathologische Wirkungsprinzip fokussiert, interessiert sich die Gesundheitsförderung für die Dynamik der Entstehung von Gesundheit (S. 14). Die beiden Ansätze konkurrieren dabei jedoch nicht. Vielmehr stehen Prävention und Gesundheitsförderung in einem sich ergänzenden, komplementären Verhältnis zueinander, „wobei je nach Ausgangslage einmal die eine und einmal die andere Interventionsform die angemessene und erfolgsversprechende sein kann“ (Hurrelmann et al., 2010, S. 17). Zudem weisen theoretische Modelle aus der Resilienzforschung darauf hin, dass Risiko- und Schutzfaktoren ohnehin nicht getrennt voneinander betrachtet werden können, da sie miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen (Mergenthaler, 2011, S. 70-72). Daher sind für die

Planung von wirkungsvollen präventiven oder gesundheitsfördernden Massnahmen sowohl das Wissen um mögliche Risiko- wie auch um mögliche Schutzfaktoren notwendig. Im folgenden Abschnitt wird das dynamische Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren beschrieben.

## **5.5 Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren**

Das Vorhandensein eines Risikofaktors führt nicht zwangsläufig zu einer Störung (Mergenthaler, 2011, S. 63). Nicht jede Person, die an einer psychischen Erkrankung leidet, ist gleichzeitig alkoholkrank. Die bestehende Erkrankung erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Abhängigkeit entwickelt. Ob sie eintritt, hängt davon ab, in welchem Mass die Person über Schutzfaktoren verfügt, die ihr dabei helfen, die widrigen Lebensumstände zu meistern (S. 63). Dieses Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren ist eng an das Konzept der Resilienz gebunden. Henninger (2016, S. 158) beschreibt Resilienz als „die menschliche Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Lebensumständen“. Das Konzept der Resilienz entstand aufgrund von Ergebnissen verschiedener Studien, die ergaben, dass sich Kinder trotz identischer Risikobedingungen unterschiedlich entwickeln. Bei Kindern mit einer positiven kognitiven, physischen und psychischen Entwicklung konnten verschiedene Schutzfaktoren innerhalb des Individuums sowie auch in dessen Umwelt identifiziert werden (S. 159). Dabei ist festzuhalten, dass Resilienz nicht angeboren und keine absolute Grösse ist, sondern durch Erziehung, Bildung und das soziale Netzwerk erlernt und trainiert werden kann (Bröckling, 2016, S. 395; Henninger, 2016, S. 160). Mergenthaler (2011, S. 73) geht davon aus, dass Resilienz durch gezielte Interventionen bis ins höchste Lebensalter gestärkt werden kann. Es ist zu beachten, dass je mehr Risikofaktoren kumuliert auftreten, desto grösser die Anzahl vorhandener Schutzfaktoren sein muss, um die Wirkung der Risikofaktoren zu mindern (S. 68). Zudem kann auf gewisse Risikofaktoren, wie z.B. die genetischen Dispositionen, kein direkter Einfluss genommen werden. Konkrete Risiko- und Schutzfaktoren, die auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit einwirken, werden im folgenden Kapitel erläutert.

## **5.6 Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit**

Bereits seit vielen Jahren suchen Forscherinnen und Forscher nach Risiko- und Schutzfaktoren, die in Zusammenhang mit einem übermässigen Konsum von Alkohol stehen. In der folgenden Tabelle werden durch die Autorin und den Autor bisher veröffentlichte Forschungsergebnisse zu möglichen Einflussfaktoren zusammen-

getragen. Dafür werden Daten von Bühler (2009, S. 8), Soyka und Küfner (2008, S. 69-114), Esser (2008, S. 369-373) sowie Uchtenhagen (2002, S. 68-75) herangezogen.

Tabelle 2

*Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit*

	<b>Risikofaktoren</b>	<b>Schutzfaktoren</b>
<b>Individuelle Faktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genetische Faktoren</li> <li>• Geringes Selbstwertgefühl</li> <li>• Mangel an Problemlösefähigkeiten</li> <li>• mangelnde Selbstkontrolle</li> <li>• geringe Frustrationstoleranz</li> <li>• Überforderungs-Stress</li> <li>• Schuld- und Schamgefühle</li> <li>• Versagensängste</li> <li>• Psychische Störungen als Vorläufer</li> <li>• Langanhaltende Schmerzzustände</li> <li>• Missbrauchserfahrungen</li> <li>• Frühes Einstiegsalter in Konsum</li> <li>• Lustempfinden bei Konsum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohes Mass an Selbstwertgefühl</li> <li>• Hohes Mass an Eigenaktivität</li> <li>• Realistische Selbsteinschätzung</li> <li>• Vertrauen in Selbstwirksamkeit</li> <li>• Flexibles Bewältigungsrepertoire (Stress- und Alltagssituationen)</li> <li>• Emotionale Stabilität</li> <li>• Religiöse Bindung</li> <li>• Positives Gesundheitsverhalten</li> </ul>
<b>Umweltfaktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestörte Eltern-Kind-Beziehung</li> <li>• Scheidung, familiäre Konflikte</li> <li>• Psychische Störungen in der Familie</li> <li>• Fehlende soziale Kontrolle</li> <li>• Substanzgebrauch durch Angehörige oder Freunde</li> <li>• Schlechtes Klima in der Schule oder beim Arbeitsplatz</li> <li>• Sozialer Ab- oder Aufstieg</li> <li>• Soziale Entwurzelung</li> <li>• gesellschaftliche Akzeptanz des Alkoholkonsums</li> <li>• Leichte Verfügbarkeit des Alkohols</li> <li>• Gewisse Risikoberufe (z.B. Kellnerinnen/Kellner, Köchinnen und Köche)</li> <li>• Perspektivlosigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gute Beziehungs- und Konfliktfähigkeit</li> <li>• Gutes/stabiles Verhältnis zu den Angehörigen</li> <li>• Freundschaften zu Gleichaltrigen</li> <li>• Soziale Vernetzung</li> <li>• Soziale Unterstützung</li> <li>• Soziale Kontrolle</li> <li>• Befriedigende Entwicklungsmöglichkeiten</li> <li>• Wohnqualität</li> <li>• Guter Zugang zu Information und Bildung</li> <li>• Hohes Bildungsniveau</li> </ul>

Die zusammengetragenen Forschungsergebnisse liefern eine allgemeine Übersicht möglicher Risiko- und Schutzfaktoren, vernachlässigen dabei jedoch die Tatsache, dass je nach Lebensalter unterschiedliche Faktoren wirksam sind (Bröckling, 2016, S. 394). So wirkt der Risikofaktor „Substanzgebrauch durch Freunde“ vor allem im Jugendalter (S. 394), während der Risikofaktor „langanhaltende Schmerzzustände“ vermehrt bei älteren, alten und hochbetagten Menschen auftritt (vgl. Kapitel 4.4.4.1). Aus diesem Grund werden, zur Beantwortung der Fragestellung dieser Arbeit, im Kapitel 6 mögliche Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter erarbeitet, die sich explizit auf die Lebenslage der Personen ab 60 Jahren beziehen.

## **6 Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter**

Alkoholabhängigkeit im Alter, die Lebenslage der Menschen ab 60 Jahren, Suchtprävention und Gesundheitsförderung: Durch die Gegenüberstellung und Verknüpfung der Inhalte dieser verschiedenen Themenbereiche lassen sich mögliche Risiko- und Schutzfaktoren, die eine Alkoholabhängigkeit im Alter beeinflussen können, ableiten. Im folgenden Kapitel werden diese Faktoren von der Autorin und dem Autor zusammengetragen und analog der „Trias der Suchtursachen“ (vgl. Kapitel 2.2) den Faktorengruppen Droge, Person, sozialer Nahraum und Gesellschaft zugeteilt. Das gewählte Modell eignet sich für die Darstellung der Ergebnisse besonders, da es die Interaktion sowie die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Faktoren miteinbezieht. Die Wechselwirkung der verschiedenen Faktoren wird im folgenden Abschnitt deutlich. Zu beachten gilt, dass bei gewissen nachfolgend aufgeführten Risiko- und Schutzfaktoren der Einfluss auf die Entstehung einer Abhängigkeit aufgrund des Zusammenhangs mit den Forschungsergebnissen aus Kapitel 5.6 (Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit) bereits wissenschaftlich belegt ist. Bei anderen Faktoren gehen die Autorin und der Autor von einem mutmasslichen Einfluss aus. Der tatsächliche Zusammenhang muss empirisch noch überprüft werden. Im Text wird jeweils ersichtlich, welche Faktoren bereits empirisch belegt sind. Weiter ist zu berücksichtigen, dass gewisse Faktoren nicht für alle Bevölkerungsgruppen (ältere, alte und hochbetagte Menschen) gleich wirksam sind. Die Autorin und der Autor weisen jeweils darauf hin, wenn sich die beschriebenen Faktoren nur auf eine spezifische Altersgruppe beziehen oder für eine Gruppierung besonders wirksam sind.

## **6.1 Droge**

Wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, sind auf dieser Ebene Faktoren wie Verfügbarkeit der Droge, Zugänglichkeit, die eingenommene Dosis und Konsumhäufigkeit relevant. Folgende Risiko- und Schutzfaktoren lassen sich für die Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren ableiten:

### **6.1.1 Risikofaktoren**

#### **6.1.1.1 Verstärkte Wirkung**

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, treten im Alter diverse physiologische Veränderungen auf, die die Wirkung des Alkohols verstärken. Durch die veränderte Reaktionsweise des Körpers erhöht sich das Risiko einer Abhängigkeit, selbst bei Personen die zuvor in moderater Weise Alkohol konsumiert und ihren Trinkstil im Alter nicht verändert haben. Dieser Faktor ist besonders brisant. Fehlt bei älteren, alten und hochbetagten Menschen das Wissen zu diesen physiologischen Veränderungen, können sie von einer Alkoholabhängigkeit überrascht werden, ohne zu verstehen, wie es dazu kommen konnte. Welche Person denkt schon, dass ihr bisher moderates Konsummuster plötzlich zum Problem werden kann.

#### **6.1.1.2 Chronisches Konsummuster**

In keiner anderen Bevölkerungsgruppe ist der tägliche Alkoholkonsum so weit verbreitet wie bei den Personen ab 65 Jahren. Bei den älteren Menschen liegt die Rate bei 22,2%, bei den alten und hochbetagten Menschen bei 26,2% (vgl. Kapitel 3.3). Eine mögliche Erklärung für diese hohe Rate ist die steigende Freizeit nach der Pensionierung. Es ist mehr Zeit vorhanden, um sich mit Freundinnen und Freunden zum Apéro oder zum Essen zu treffen. Hinzu kommt, dass Seniorinnen und Senioren aufgrund des Wegfalls der Erwerbsarbeit nicht mehr nüchtern zu Arbeit erscheinen müssen. Sie sind somit aufgrund der sinkenden sozialen Kontrolle von weniger Einschränkungen bezüglich des Alkoholkonsums betroffen. Das chronische Konsummuster in Kombination mit der verstärkten Wirkung des Alkohols stellt einen wichtigen Risikofaktor dar.

#### **6.1.1.3 Unauffälliger Trinkstil**

Ältere, alte und hochbetagte Menschen, die in bedenklichen Mengen Alkohol konsumieren, fallen in der Öffentlichkeit kaum auf. Nur selten trinken sie exzessive Mengen und erleben einen Rauschzustand (vgl. Kapitel 3.2 und 3.3). Dieser unauffällige Trinkstil erschwert Angehörigen und Fachpersonen die Erkennung von beginnenden Alkoholproblemen. Die Früherkennung ist jedoch ein wichtiges Element,

um mit geeigneten Interventionen die Entwicklung einer Abhängigkeit verhindern zu können.

#### **6.1.1.4 Leichte Zugänglichkeit**

Alkohol ist für diejenigen Personen im Alter, die ihre Mobilität aufrechterhalten können, eine leicht zugängliche Droge. Wer seine Einkäufe selbstständig erledigt, kann sich jederzeit einen Alkoholvorrat zulegen. Zudem kann in den meisten Restaurants und Bars von früh bis spät Alkohol konsumiert werden. Voraussetzung dafür sind ausreichende finanzielle Ressourcen. In Tabelle 2 wird ersichtlich, dass die leichte Zugänglichkeit des Alkohols ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einer Abhängigkeit ist. Im Alter fördert sie den chronischen Konsum und somit das Risiko einer Alkoholabhängigkeit.

### **6.1.2 Schutzfaktoren**

#### **6.1.2.1 Abnehmende Konsummenge / zunehmende Abstinenzrate**

In Abbildung 4 wird deutlich: Nicht nur die Rate der täglich konsumierenden Personen nimmt im Alter zu, sondern auch die Abstinenzrate: 20,4% der Personen ab 75 Jahren trinken gar keinen Alkohol, 27,1% trinken einmal im Monat oder seltener. Zudem wird in Kapitel 3.3 eine abnehmende Konsummenge für diese Bevölkerungsgruppe festgestellt. Abstinenz oder ein moderates Trinkmuster wirkt somit bei fast der Hälfte der Personengruppe ab 75 Jahren als Schutzfaktor. Wer gar keinen Alkohol oder in ganz kleinen Mengen konsumiert, läuft nicht Gefahr, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken.

#### **6.1.2.2 Eingeschränkte Zugänglichkeit**

Mit steigendem Alter nimmt der Pflege- und Hilfsbedarf zu. Gemäss Kapitel 4.4.4.2 liegt die Anzahl der Personen ab 75 Jahren, die aufgrund von Einschränkungen auf Unterstützung angewiesen sind, je nach Alter zwischen 10 bis 50%. Gewisse Einschränkungen, insbesondere im Bereich Einkauf und Verkehrsmobilität, wirken sich auf den Alkoholkonsum aus. Wer den Einkauf nicht mehr selbstständig erledigt, ist nicht der Versuchung ausgesetzt, spontan im Supermarkt noch eine Kiste Bier oder Wein zu kaufen. Wer den Einkauf zwar noch selbstständig erledigt, jedoch in der Mobilität eingeschränkt ist, wird vermutlich keine grossen Alkoholmengen kaufen, da diese nach Hause transportiert werden müssen. Ausserdem wird diese Person vermutlich nicht mehr jeden Tag im Restaurant oder in der Bar anzutreffen sein. Personen, die in einem Alters- oder Pflegeheim wohnen, sind bezüglich des Konsums von alkoholischen Getränken an institutionelle Regeln gebunden. Eine Studie von

Müller (n.d., S. 18-19) zeigt, dass nur in 32,5% der Schweizer Alters- und Pflegeheime den Bewohnerinnen und Bewohnern ein selbstbestimmter Alkoholkonsum erlaubt wird. In 18,8% der Heime wird ihnen ein Glas zum Essen oder zu bestimmten Feiern gewährt, in 28,5% sind leichte Formen des Konsums erlaubt. Die erschwerte Zugänglichkeit fördert einen moderaten Konsum und senkt damit das Risiko einer Abhängigkeit.

## **6.2 Person**

Auf individueller Ebene können genetische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale, der geführte Lebensstil sowie die psychische und physische Verfassung einer Person die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2.2). Bei älteren, alten und hochbetagten Menschen sind die folgenden Risiko- und Schutzfaktoren bedeutsam.

### **6.2.1 Risikofaktoren**

#### **6.2.1.1 *Physiologische Veränderungen im Alter***

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, verändert sich mit steigendem Alter die Reaktionsweise des Körpers auf Alkohol. Die Abnahme des Wasseranteils im Körper, die verminderte Regenerationsfähigkeit der Leberzellen, die schwächere Gehirndurchblutung sowie Wechselwirkungen mit Medikamenten führen zu einer verstärkten Wirkung von Alkohol und einem verlangsamten Abbau im alternden Körper. Die physiologischen Veränderungen im Alter gelten somit als Risikofaktor für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit – selbst bei sinkendem oder gleichbleibendem Alkoholkonsum.

#### **6.2.1.2 *Langanhaltende Schmerzzustände***

Langanhaltende oder chronische Schmerzen können nach Bachmann die Handlungskapazität, Mobilität und Lebensqualität der Betroffenen stark einschränken und haben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit (Bachmann, 2015, S. 164-165). Permanente Schmerzen führen zu einem Leidenszustand mit einem starken Verlangen nach Linderung. Können chronische Schmerzen nicht medizinisch therapiert und gelindert werden, erhöht sich das Risiko einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Tabelle 2). Mit dem Konsum von Alkohol lassen sich für einen begrenzten Zeitraum die Sinne betäuben und negative Gedankengänge unterbrechen. Die Wirkung des Alkohols lässt jedoch relativ rasch nach und um den Schmerzen weiter entfliehen zu können, muss dem Körper neuer Alkohol zugeführt werden. Wie im Kapitel 4.4.4.1



beschrieben, leiden in der Schweiz rund 32% der Bevölkerung an einer chronischen Krankheit. Mit dem Alter steigt die Anzahl betroffener Menschen stark an und erreicht bei den 80-jährigen Personen einen Wert von über 40%. Aufgrund der demografischen Entwicklung und der steigenden Lebenserwartung muss davon ausgegangen werden, dass es in den kommenden Jahren zu einer weiteren markanten Zunahme chronisch kranker und multimorbider Menschen im hohen Alter kommen wird. Diese Entwicklung wird das Pflege- und Gesundheitssystem vor neue, nie dagewesene Herausforderungen stellen.

#### **6.2.1.3 Mangel an finanziellen Ressourcen**

Nach der Pensionierung gehen die wenigsten Seniorinnen und Senioren weiterhin einer Erwerbstätigkeit nach und der Lebensunterhalt wird fortan aus einer Fülle verschiedener Altersleistungen, dem Vermögen oder aber auch aus staatlichen Leistungen bestritten. Wie in Kapitel 4.4.3 beschrieben, müssen die meisten Rentnerinnen und Rentner im Vergleich zu Personen im Erwerbsalter teilweise beträchtliche Einkommenseinbussen hinnehmen, was zu einem sozialen Abstieg führen kann. Für rund 15% der Bevölkerung stellt die AHV zusammen mit allfälligen Ergänzungsleistungen oder Hilflosenentschädigungen sogar die einzige Einkommensquelle dar. Sozialer Abstieg entsteht nach Noll und Weick durch sozioökonomische Ungleichheiten und die mit der Position in der gesellschaftlichen Statushierarchie verbundenen Benachteiligung und Privilegierung. Diese werden unter anderem beeinflusst von der sozialen Herkunft, den Bildungschancen sowie den finanziellen Mitteln und führen zu gesellschaftlichen Schichtzugehörigkeiten (Noll & Weick, 2011, S. 1). Sozialer Abstieg, der durch einen Rückgang finanzieller Ressourcen verursacht wird, kann je nach subjektiver Bewertung der Situation das Selbstwertgefühl beeinträchtigen und/oder Schamgefühle auslösen. Diese negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit können im Endeffekt eine Alkoholabhängigkeit begünstigen (vgl. Tabelle 2). Insbesondere in einer materialistisch geprägten Wohlstandsgesellschaft besteht die verstärkte Gefahr, verminderte finanzielle Mittel mit sozialem Abstieg gleichzusetzen.

#### **6.2.1.4 Überforderung und Stress**

Wie in Kapitel 4.4.4 beschrieben, leben wir immer länger und erfreuen uns einer stetig wachsenden Zahl gesunder Lebensjahre. Die meisten Menschen kommen jedoch in ihrem Leben einmal an den Punkt, an welchem die eigenen Kräfte schwinden und/oder eine Krankheit das Leben zusätzlich erschwert. Mit steigendem Alter erhöht sich entsprechend die Anzahl hilfs- und pflegebedürftiger Personen (vgl. Kapitel 4.4.4.2). Das autonome Leben, welches im Alter von grosser Bedeutung ist, muss in den

meisten Fällen irgendeinmal einer spitalexternen Betreuung (z.B. Spitex) Platz machen, bevor ein definitiver Heimeintritt erfolgt. Die verbreitetsten Einschränkungen bei Personen ab 65 Jahren lassen sich jedoch nicht bei den pflegerischen Tätigkeiten, sondern bei den instrumentellen Aktivitäten des Alltags finden. Dazu gehören unter anderem: Einkaufen, Hausarbeit, Essen zubereiten, Verkehrsmobilität oder administrative Aufgaben. Die von der Spitex oder anderen anerkannten privaten Organisationen übernommene Hilfe und Pflege kann von den Seniorinnen und Senioren über die Grundversicherung abgerechnet werden. Die Hilfe bei Alltagsverrichtungen – dort wo gegenwärtig das grösste Unterstützungspotential besteht – wird jedoch nicht von der Grundversicherung abgedeckt und muss vollumfänglich von den Rentnerinnen und Rentnern bezahlt werden. Lediglich bei Personen, die Ergänzungsleistungen und Hilflosenentschädigung beziehen oder eine entsprechende Zusatzversicherung abgeschlossen haben, werden die Kosten für hauswirtschaftliche Leistungen vom Staat oder der zuständigen Krankenkasse übernommen. Mangelnde finanzielle Mittel verunmöglichen die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen bei den instrumentellen Aktivitäten des Alltags und können gerade bei isoliert lebenden Personen zu grosser Überforderung und Stress bei der Bewältigung des Alltags führen. Diese alltägliche und umfassende Belastung birgt ein Risiko für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Tabelle 2).

#### **6.2.1.5 Psychische Störungen als Vorläufer**

Psychische Störungen gehören zu der Kategorie der chronischen Krankheiten und gelten als mögliche Vorläufer für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Tabelle 2). Weltweit stellt diese Art Erkrankung die häufigste Ursache für Beeinträchtigungen und Tod dar (vgl. Kapitel 4.4.4.1). In der Schweiz leiden rund 32% der Bevölkerung an einer chronischen Krankheit. Mit dem Alter steigt die Anzahl betroffener Menschen stark an und erreicht bei den 80-jährigen Personen einen Wert von über 40%. Häufig leiden Rentnerinnen und Rentner nicht nur an einer einzigen chronischen Krankheit, sondern an mehreren gleichzeitig (Multimorbidität). Gerade die Kombination von Arthrose und Depression ist eines der verbreitetsten Krankheitsbilder älterer, alter und hochbetagter Menschen. Wie in Kapitel 4.4.4 beschrieben, wird bei 35% der 75- bis 84-jährigen Personen in Alters- und Pflegeheimen eine Depression diagnostiziert. Dies ist eineinhalb bis zweimal so häufig wie bei Personen, die zu Hause leben. Die Ursachen für eine Depression oder andere psychische Störungen sind vielfältig und sehr individuell. Doch insbesondere das sehr hohe Alter birgt diverse Risiken, welche in einer psychischen Störung und im Endeffekt in einer Alkoholabhängigkeit münden können. Dazu zählen unter anderem chronische

Schmerzen, eingeschränkte Mobilität, Verlust der Selbstständigkeit, Einsamkeit, Entwurzelung und Verlust von Bezugspersonen.

#### **6.2.1.6 Soziale Entwurzelung**

##### Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim

In der angestammten Wohnung zu leben ist der grosse Wunsch der meisten Seniorinnen und Senioren. Wie in Kapitel 4.4.5 beschrieben, erhöht sich mit dem Alter der Anteil an Tageszeit, der im unmittelbaren Wohnbereich verbracht wird. Die Wohnung rückt somit zunehmend in den Lebensmittelpunkt und erlangt wachsende Bedeutsamkeit. Durch altersbedingte Einschränkungen werden Wohnung und auch Wohnquartier zu den wichtigsten sozialräumlichen Kontexten, was sich in einer abnehmenden Bereitschaft zum Wohnortwechsel manifestiert (vgl. Kapitel 4.4.5.3). Die Gefahr, dass plötzliche Ereignisse den Verbleib in der bisherigen Wohnung verunmöglichen, steigt mit zunehmendem Alter an. Rund 10% der Schweizer Wohnbevölkerung ab 65 Jahren leben in einem Alters- und Pflegeheim. Ein Heimeintritt kann in vielen Fällen aufgrund des Ausbaus und der Verbesserung der spitalexternen Hilfe und Pflege (z.B. Spitex) lange hinausgezögert werden. Dies führt dazu, dass Personen kurz vor Heimeintritt durchschnittlich bereits über 80 Jahre alt sind (vgl. Kapitel 4.4.5.4). Durch die im Alter erhöhte Anfälligkeit für Krankheit und Unfall können schon kleinere gesundheitliche Vorfälle den Verbleib in der eigenen Wohnung verunmöglichen und einen Heimeintritt notwendig machen. Das möglichst lange Hinauszögern des Heimeintritts birgt somit die Gefahr, plötzlich und ohne Vorbereitungszeit das eigene Zuhause verlassen zu müssen sowie den Umzug nicht mitgestalten zu können. Die soziale Entwurzelung und die teilweise fremdbestimmte Umsiedelung stellt für Personen im hohen Alter eine sehr grosse Herausforderung und Belastung dar. Die wenigsten können dabei noch auf haltgebende Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner zählen. Die altersbedingten Einschränkungen und der damit oftmals einhergehende soziale Rückzug erschweren das Einleben in einem Alters- und Pflegeheim sowie die Knüpfung neuer sozialer Kontakte markant, weshalb die negativen Folgen sozialer Entwurzelung als mögliche Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter gelten (vgl. Tabelle 2).

##### Identitätsverlust nach Pensionierung

Nach der Pensionierung eröffnen sich für viele Menschen neue Perspektiven und Möglichkeiten. Die Unterscheidung von Arbeitszeit und Freizeit fällt nach dem Eintritt in den Ruhestand weg und neuer Freiraum entsteht. Diesen Freiraum nach den eigenen Wünschen zu gestalten, stellt für viele Seniorinnen und Senioren ein übergeordnetes Bedürfnis aber auch eine grosse Herausforderung dar (vgl. Kapitel 4.4.8). So hat die

Erwerbsarbeit für viele Menschen weit mehr Bedeutung als lediglich die finanzielle Absicherung. Entspricht die Arbeit den eigenen Vorlieben und Fähigkeiten, so wirkt sich dies positiv auf die persönliche Identifikation und Arbeitsmoral aus. Arbeit hat insbesondere in der westlichen Leistungsgesellschaft eine übergeordnete Bedeutung und soziale Wirkung. Nebst dem Gelderwerb bedeutet Arbeit eine regelmässige Beschäftigung, Herausforderung, Statuszuweisung, soziale Absicherung, Weiterbildung, Umgang mit Lob, Kritik und Leistungsdruck, das Gefühl gebraucht zu werden und etliche weitere zentrale Aspekte. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer agieren meist in einem Team und befinden sich in regelmässigem sozialem Austausch. Der Übergang in den Ruhestand bedeutet nebst der Erlangung grosser Freiheit zugleich auch den Wegfall der mit der Arbeit verbundenen Aspekte. Je nach Identifikationsprozess kann das Aufgeben der Arbeit zu einer grösseren oder kleineren Herausforderung werden und wird geprägt von den Möglichkeiten der Beschäftigung im Alter. Wie in Kapitel 4.4.8 beschrieben, haben Personen mit höherem Bildungsniveau, ausreichend finanziellen Mitteln und guter Gesundheit weniger Schwierigkeiten, die Freizeit nach der Pensionierung erfüllend zu gestalten und sich eine neue Identität als Rentnerin oder Rentner aufzubauen. Personen mit tieferem Bildungsniveau, begrenzten finanziellen Mitteln und/oder körperlichen Beeinträchtigungen haben dagegen ein erhöhtes Risiko, den grossen Freiraum nach der Pensionierung nur begrenzt füllen zu können und somit bei der Sinnfindung im Lebensabschnitt nach der Erwerbsarbeit in eine Perspektivlosigkeit zu geraten und damit die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit zu begünstigen (vgl. Tabelle 2).

#### **6.2.1.7 Fehlendes Technologiewissen**

Im 21. Jahrhundert wird mehr denn je das Internet und die damit verbundenen neuen medialen Plattformen als bedeutendes Mittel zur Informationsverbreitung und -nutzung verwendet. Der dabei für die Bevölkerung geschaffene niederschwellige Zugang zu Wissen und Informationen wird vermehrt auch von sozialen Institutionen genutzt, um möglichst viele Menschen für bestimmte Themen zu sensibilisieren oder auf Angebote aufmerksam zu machen. Doch gerade bei den Generationen der heute alten und hochbetagten Menschen gehören der Zugang zum Internet und der Umgang mit Smartphones, Tablets und Computern noch längst nicht zum Standard. Alte und hochbetagte Personen können in heutiger Zeit aufgrund von fehlendem Technologiewissen nur begrenzt von diesem niederschweligen Zugang zu Wissen und Informationen profitieren. Fehlendes Technologiewissen erschwert somit auch die Aufklärungsarbeit für einen massvollen Umgang mit Alkohol im Alter, was im Endeffekt wiederum eine Alkoholabhängigkeit begünstigen kann.

### **6.2.1.8 *Fehlendes Problembewusstsein bezüglich Alkohol und Medikamenten***

Wie in Kapitel 3.1 beschrieben, nimmt im höheren Alter die Anzahl Menschen, die aufgrund von chronischen Erkrankungen auf eine regelmässige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, zu. Fehlendes Problembewusstsein oder mangelndes Wissen über die Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten sowie über die Wirkung des Alkohols im Alter selbst kann dazu veranlassen, trotz der täglichen Medikamenteneinnahme Alkohol zu konsumieren und sich somit gesundheitsschädigenden Wechselwirkungen und der Gefahr einer Abhängigkeit auszusetzen.

### **6.2.1.9 *Mangel an Copingstrategien im Umgang mit einer Alkoholabhängigkeit***

Damit eine Person mit einem kritischen Lebensereignis zurechtkommt, es bewältigen und verkraften kann, sind Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) essentiell. Copingstrategien werden massgeblich beeinflusst durch das Vorhandensein von objektiven und subjektiven Ressourcen. Sind die Ressourcen mangelhaft, kann ein kritisches Lebensereignis in einer langanhaltenden Krise münden. Um mit den Folgen einer Alkoholabhängigkeit zurechtkommen und bestenfalls einen Alkoholentzug zu schaffen, sind Copingstrategien unerlässlich. Mit dem Alter vermindern sich jedoch oftmals die objektiven und subjektiven Ressourcen (Verkleinerung soziales Netzwerk, erschwerter Zugang zu Unterstützungsangeboten, körperliche Einschränkungen, negativeres Altersbild usw.) wodurch der Umgang und die Bewältigung mit einer Alkoholabhängigkeit zu einer immer grösseren Herausforderung wird. Durch das eingeschränkte Leben im Alter nehmen zudem auch die Kompensationsmöglichkeiten ab, sodass die Bekämpfung einer Abhängigkeit noch schwieriger wird.

## **6.2.2 *Schutzfaktoren***

### **6.2.2.1 *Positives Gesundheitsverhalten***

Wie in Kapitel 4.4.4 beschrieben, werden bereits früh im Leben die Grundlagen für ein gesundes Altern gelegt, wobei in allen Lebensphasen zur eigenen Gesunderhaltung beigetragen werden kann. Eine entscheidende Rolle spielen dabei die körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung und weitgehender Verzicht auf Nikotin und Alkohol. Nebst der seit Jahrzehnten ansteigenden Lebenserwartung ist gerade die Entwicklung der gesunden Lebensjahre, welche in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat, besonders positiv zu werten. Die Zunahme der Anzahl gesunder Lebensjahre im Alter kann neben dem medizinischen Fortschritt ebenfalls auf ein bewussteres Gesundheitsverhalten der Bevölkerung mit mehr Bewegung und gesünderer Ernährung zurückgeführt werden. Alltagskompetenzen lassen sich bei guter

Gesundheit aufrechterhalten und ermöglichen ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben, was wiederum schützend gegen eine Alkoholabhängigkeit wirkt (vgl. Tabelle 2).

#### **6.2.2.2 Hohes Mass an Eigenaktivität**

Ein weiterer positiver Effekt sich ausdehnender gesunder Lebensjahre im Alter ist die Aufrechterhaltung der Eigenaktivität. Das Ausüben von Freizeitaktivitäten wird massgeblich vom individuellen Gesundheitszustand beeinflusst (vgl. Kapitel 4.4.8) und hat positive Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen und damit auch auf die Vermeidung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Tabelle 2). Wie in Kapitel 4.4.8.1 beschrieben, engagiert sich keine Altersgruppe der Schweizer Bevölkerung so umfassend in der Freiwilligenarbeit wie die Seniorinnen und Senioren. Mit durchschnittlich 5,4 Stunden informeller Freiwilligenarbeit pro Woche zählen die 65 bis 74-Jährigen zu den aktivsten freiwillig engagierten Personen. Dies deutet darauf hin, dass insbesondere die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ein hohes Mass an Eigenaktivität aufrechterhalten kann.

#### **6.2.2.3 Weibliches Geschlecht**

Zahlen zu Alkoholabhängigkeit im Alter lassen erkennen, dass deutlich mehr Männer alkoholkrank sind als Frauen (vgl. Kapitel 3.3). In Alters- und Pflegeheimen sind durchschnittlich 19,3% der Männer alkoholabhängig, wobei der Wert der Frauen bei 3,8% liegt. Frauen sind somit deutlich weniger anfällig für eine Alkoholabhängigkeit im Alter, weshalb das weibliche Geschlecht als Schutzfaktor fungiert.

#### **6.2.2.4 Religiöse Bindung**

Wie in Tabelle 2 zu entnehmen ist, können religiöse und spirituelle Praktiken und Glaubensformen als Schutzfaktoren vor der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit wirken. Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im Jahr 2014 in einer landesweiten Studie Menschen befragt, „ob sie sich selbst als eine religiöse Person bezeichnen würden“. Das Resultat macht deutlich, dass Menschen mit fortschreitendem Alter zunehmend religiös sind, wobei Vertreterinnen und Vertreter der ältesten Personengruppe (75 Jahre und älter) mit Abstand am häufigsten angeben, religiös zu sein. Bei den Personen zwischen 55-64 Jahren bezeichnen sich rund 14% als religiös und 28% als eher religiös. Bei den Personen zwischen 65-74 Jahren bezeichnen sich 16% als religiös und 35% als eher religiös. Und bei den 75-jährigen Personen und älter bezeichnen sich 22% als religiös und 37% als eher religiös (Bundesamt für Statistik, 2016b, S. 14).

#### **6.2.2.5 Hohes Bildungsniveau**

Wie in Kapitel 4.4.6 beschrieben, werden die äusserst heterogenen Lebenslagen von älteren, alten und hochbetagten Menschen massgeblich durch die individuelle Bildung geprägt. Bildung hat tiefgreifende positive Auswirkungen auf beinahe sämtliche Lebensbereiche im Alter und kann daher als zentraler Aspekt für die Vermeidung einer Alkoholabhängigkeit genannt werden.

##### Gesundheit

Nebst dem sozialen Status gilt Bildung ebenfalls als wichtige Ressource für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung bis ins hohe Alter. Das Gesundheitsverhalten junger wie alter Menschen wird unter anderem durch die Bildung beeinflusst und bildet den Grundstein für gesundes Altern ohne grössere Einschränkungen sowie eine hohe Lebenserwartung (vgl. Kapitel 4.4.4).

##### Einkommen und Vermögen

Wie in Kapitel 4.4.3 festgehalten, müssen Rentnerinnen und Rentner gegenüber Personen im Erwerbsalter Einkommenseinbussen hinnehmen, welche primär auf den Übergang vom Berufsleben in die Pensionierung zurückzuführen sind. Die Einkommenssituation im Alter ist umso besser, je länger und mehr während der Erwerbstätigkeit in die drei Säulen der Altersvorsorge einbezahlt wurde. Die finanzielle Altersvorsorge ist somit geprägt von der Höhe des Lohns während der Erwerbszeit, wobei gut entlohnte Arbeitsstellen oftmals Personen mit höherem Bildungsniveau vorbehalten sind.

##### Beschäftigung und Eigenaktivität

Wie im Kapitel 4.4.8 beschrieben, hängt die Ausprägung der Beschäftigung und Eigenaktivität im Alter unter anderem vom individuellen Bildungsniveau, der Gesundheit und den finanziellen Ressourcen ab. Gute Gesundheit und ausreichend finanzielle Ressourcen lassen sich wiederum auf ein höheres Bildungsniveau zurückführen.

Gute Gesundheit, ausreichend finanzielle Mittel und ein hohes Mass an Beschäftigung und Eigenaktivität haben positive Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, emotionale Stabilität) und wirken somit schützend vor der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Tabelle 2). Alle drei Faktoren lassen sich im Endeffekt unter anderem auf das individuelle Bildungsniveau zurückführen, weshalb die Bildung als zentraler Schutzfaktor vor der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter genannt werden kann.

## **6.3 Sozialer Nahraum**

Im sozialen Nahraum, der zu der Ebene Umwelt gehört, beeinflussen Faktoren wie Familien-, Arbeits- und Peerbeziehungen, Belastungen im Beruf oder kritische Lebensereignisse die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Kapitel 2.2.3). Folgende spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren sind dabei im Alter relevant.

### **6.3.1 Risikofaktoren**

#### **6.3.1.1 Mangelndes Fachwissen von Fachpersonen und Angehörigen**

In Kapitel 3.2 wird deutlich, dass viele Fachpersonen aufgrund von fehlendem Fachwissen nicht in der Lage sind, Alkoholprobleme bei älteren, alten und hochbetagten Menschen zu erkennen. Die Gründe dafür liegen insbesondere in der unspezifischen Symptomatik einer Alkoholabhängigkeit im Alter. Gemäss Kutsche (2012, S. 83) melden sich zwar vermehrt Personen mit alkoholbedingten somatischen Folgeschäden bei ihren Ärztinnen und Ärzten sowie im Spital, die Symptome werden aber oftmals mit Alterserscheinungen und -erkrankungen und nicht mit dem Konsum von Alkohol in Verbindung gebracht. Wenig hilfreich ist dabei auch die Tatsache, dass sich die meisten angewandten diagnostischen Verfahren zur Erkennung einer Alkoholproblematik auf jüngere Altersgruppen beziehen und sich nicht für ältere Personen eignen (Lützenkirchen et al., 2010, S. 46). Diese Tatsachen erschweren die Früherkennung einer Alkoholabhängigkeit durch Fachpersonen und verhindern somit das Einsetzen möglicher Massnahmen zur Frühintervention. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass sich beginnende Alkoholprobleme in einer Abhängigkeit manifestieren. Um diesem Faktor entgegen zu wirken, erscheint es sinnvoll, zukünftig in der Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen, die ältere, alte und hochbetagte Menschen begleiten, betreuen und pflegen, den Einbezug von Fachwissen zum Thema Alkoholabhängigkeit im Alter zu stärken.

#### **6.3.1.2 Konsumierende Partnerinnen/Partner**

Tabelle 2 zeigt, dass der Konsum von Alkohol durch Angehörige das Risiko einer Alkoholabhängigkeit erhöht. Der Grossteil der Personen ab 60 Jahren lebt in einer Partnerschaft mit gemeinsamem Haushalt (vgl. Kapitel 4.4.7.1). Konsumieren ihre Partnerinnen und Partner regelmässig Alkohol, sind sie von deren Trinkstil mitbetroffen. Die Versuchung selbst Alkohol zu konsumieren ist grösser, wenn die Partnerin oder der Partner abends eine Flasche Wein öffnet und ein Glas anbietet, als wenn die Person alleine eine Flasche öffnen müsste.



### **6.3.1.3 Verlust von nahestehenden Personen**

Gemäss Schnoz et al. (2006, S. 10) ist der Verlust der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners im Alter ein bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Durch den erlittenen Verlust entsteht für die betroffene Person eine neue gesundheitliche, finanzielle und soziale Lage, die es zu bewältigen gilt (vgl. Kapitel 4.4.7.2) Gelingt die Anpassung an die neue Situation nicht, kann dies eine Abhängigkeit begünstigen. Doch nicht nur in der Partnerschaft müssen Personen im Alter Verluste verkraften. Durch den Tod von gleichaltrigen Angehörigen sowie Freundinnen und Freunden lichtet sich mit zunehmendem Alter das soziale Netz, was zu Einsamkeit führen kann. Insbesondere Frauen sind von diesem Risikofaktor betroffen, da ihre Lebenserwartung höher ist und sie dadurch häufiger mit Verlustsituationen konfrontiert sind als Männer (Schnoz et al., 2006. S. 10). Verlusterfahrungen sind prägende kritische Lebensereignisse, die Menschen in allen Lebensphasen aus der Bahn werfen können. Die Problemlage spitzt sich im Alter jedoch deutlich zu, da Todesfälle im sozialen Netz von älteren, alten und hochbetagten Menschen überdurchschnittlich oft vorkommen und nur schwer durch neue Kontakte kompensiert werden können. Dadurch gewinnt der Risikofaktor Verlust von nahestehenden Personen in dieser Bevölkerungsgruppe an Relevanz.

### **6.3.1.4 Abnehmende soziale Kontrolle**

Einschränkungen in der Mobilität, Verluste aufgrund von Todesfällen im sozialen Netzwerk, fehlende soziale Kontakte und Kinderlosigkeit können bei zu Hause lebenden älteren, alten und hochbetagten Menschen zu sozialer Isolation führen. Insbesondere einkommensschwache und bildungsferne Personen sind von diesem Umstand betroffen (vgl. Kapitel 4.4.7). Soziale Isolation verursacht eine abnehmende soziale Kontrolle, welche ein zentraler Risikofaktor für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist (vgl. Tabelle 2). Es fehlen Personen im sozialen Umfeld, die Anzeichen von Alkoholproblemen erkennen und Interventionen in die Wege leiten könnten. Zudem muss die betroffene Person morgens auch nicht mehr nüchtern zur Arbeit erscheinen. Dadurch sinkt die Hemmschwelle, und die Versuchung, bereits früh am Tag Alkohol zu konsumieren, wird grösser. Anders gestaltet sich die Situation bei Personen, die in ein Alters- und Pflegeheim eintreten. Durch die Betreuung des Pflegepersonals nimmt die soziale Kontrolle in Altersinstitutionen wieder zu.

### **6.3.1.5 Perspektivlosigkeit**

Die Lebenszufriedenheit im Alter wird massgeblich durch die eigene Einstellung zum Altern sowie durch die Fähigkeit, weiterhin Lebensziele zu entwickeln und anzupassen,

beeinflusst (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 138). In Kapitel 4.4.2 wird deutlich, dass insbesondere ältere, alte und hochbetagte Personen mit niedrigem Bildungsstand den Prozess des Älterwerdens mit körperlichen Verlusten und nicht mit der Möglichkeit von persönlicher Weiterentwicklung in Verbindung bringen. Diese Einstellung kann zu einem Gefühl der Perspektivlosigkeit in Hinblick auf die verbleibenden Lebensjahre führen, was die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigen kann (vgl. Tabelle 2). Durch fehlende Zukunftsziele und Entwicklungsmöglichkeiten können bei betroffenen Personen Gefühle der Nutzlosigkeit und Sinnlosigkeit entstehen, was das psychische Wohlergehen massgebend beeinträchtigen und Depressionen verursachen kann.

### **6.3.2 Schutzfaktoren**

#### **6.3.2.1 Soziale Vernetzung und soziale Unterstützung**

Gute soziale Beziehungen und Unterstützung sind wichtige Faktoren, die vor einer Alkoholabhängigkeit schützen (vgl. Tabelle 2). Ältere, alte und hochbetagte Menschen sind in der Schweiz zum grössten Teil sozial gut vernetzt. Wie in Kapitel 4.4.7 beschrieben, verfügt nur eine Minderheit über ein schwaches soziales Netzwerk. Auch die soziale Unterstützung liegt insbesondere bei älteren Personen auf einem hohen Niveau. Nur 15,4% dieser Altersgruppe geben an, auf geringe soziale Unterstützung zählen zu können. Bei den alten und hochbetagten Personen liegt der Wert bei 24,7% (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015, S. 120). Über drei Viertel der Personen geben jedoch an, über ausreichende soziale Unterstützung zu verfügung. Diese Zahlen widersprechen einem in der westlichen Gesellschaft weit verbreiteten Bild von einsamen und sozial isolierten älteren, alten und hochbetagten Menschen. Im Gegenteil: Sie verfügen über grosse soziale Ressourcen, die Fachpersonen in ihre Arbeit mit dieser Bevölkerungsgruppe einbeziehen können.

#### **6.3.2.2 Freiwilligenarbeit**

Gemäss Schnoz et al. (2006, S. 10) können misslungene Anpassungsprozesse ans Altern zu Gefühlen von Nutzlosigkeit und Selbstzweifeln führen, was eine Alkoholabhängigkeit begünstigen kann. Diesen Gefühlen kann durch die Realisation von sinnstiftenden Freizeitaktivitäten entgegengewirkt werden. Ein wichtiges Element in diesem Zusammenhang ist die Freiwilligenarbeit. Freiwilliges Engagement wirkt sich positiv auf die Lebenszufriedenheit im Alter aus, in dem es dabei hilft, eine zufriedenstellende Zukunftsperspektive zu entwickeln (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 136). Zudem fördert es die aktive Lebensgestaltung im Alter und die Einbettung in ein soziales Netzwerk. Zu beachten ist dabei, dass mit zunehmendem

Alter die Möglichkeit zur Ausübung von Freiwilligenarbeit durch körperliche Beschwerden sowie durch eingeschränkte Mobilität gehemmt sein kann.

#### **6.3.2.3 *Pflegerische und medizinische Betreuung***

Aufgrund der im Alter zunehmenden physischen und psychischen Erkrankungen (vgl. Kapitel 4.4.4) sind ältere, alte und hochbetagte Menschen vermehrt auf pflegerische und medizinische Versorgung angewiesen. Die Termine beim Hausarzt oder bei der Hausärztin nehmen zu, die Spitex kommt häufiger zu Hause vorbei und bei Personen mit starkem Pflegebedarf steht der Umzug in ein Alters- und Pflegeheim an. Durch die engere und regelmässige Betreuung durch medizinisches und pflegerisches Fachpersonal steigt die soziale Kontrolle, was die Früherkennung von Alkoholproblemen fördert. Anzeichen einer Alkoholabhängigkeit können durch das Fachpersonal frühzeitig erkannt und mögliche Behandlungen in die Wege geleitet werden.

#### **6.3.2.4 *Paarbeziehung***

Forschungsergebnisse zeigen, dass gute und stabile familiäre Beziehungen vor einer Alkoholabhängigkeit schützen (vgl. Tabelle 2). Im Alter ist das Vorhandensein von mindestens einer Vertrauensperson zentral für das Wohlbefinden (vgl. Kapitel 4.4.7). In diesen Altersgruppen sind die Kinder in der Regel bereits aus dem Haushalt ausgezogen. Dadurch gewinnt die Paarbeziehung an Bedeutung. In der Schweiz leben 62% der älteren und alten Frauen in einer Partnerschaft, bei den Männern sind es sogar 84 bis 87%. Diese Zahlen sagen zwar wenig über die Qualität der Paarbeziehungen aus, zeigen aber auch hier wieder, dass ein Grossteil der älteren, alten und hochbetagten Menschen über soziale Ressourcen verfügt. Mit zunehmendem Alter kann dieser Schutzfaktor aufgrund von Todesfällen wegfallen, was zu der Entstehung von neuen Risikofaktoren führt (vgl. Kapitel 6.3.1.3).

#### **6.3.2.5 *Wegfall der Arbeitsbelastung***

Überforderungsstress kann eine Alkoholabhängigkeit begünstigen (vgl. Tabelle 2). Im erwerbstätigen Alter ist die Arbeit ein zentraler Verursacher von Stress: Leistungsdruck, Versagensängste, drohende Arbeitslosigkeit und ungenügende Entlohnung können zu Überforderungssituationen führen. Nach der Pensionierung entfällt durch die Beendigung der Erwerbstätigkeit diese Belastung, was zu einer Steigerung des Wohlbefindens führt.

## **6.4 Gesellschaft**

Den Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene kommt eine übergeordnete Rolle zu: Gesellschaftliche Normen und Werte, Sozialisationsprozesse, die strukturelle Ausgestaltung verschiedener Lebensbereiche sowie sozial- und gesundheitspolitische Entscheidungen beeinflussen Risiko- und Schutzfaktoren auf den Ebenen Droge, Person und sozialer Nahraum massgebend. Folgende Faktoren erscheinen im Hinblick auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter relevant.

### **6.4.1 Risikofaktoren**

#### **6.4.1.1 *Negatives Altersbild***

Wie in Kapitel 4.4.2 beschrieben, fördern negativ behaftete Altersbilder in der Gesellschaft die Altersdiskriminierung und haben Auswirkungen auf die Vorstellungen vom eigenen Älterwerden und Altsein. Gerade alte und hochbetagte Menschen verbinden das Älterwerden häufiger mit körperlichen Verlusten und dem schwindenden Zeithorizont. Das negative Altersbild wird zudem bei Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau verstärkt, da die verbleibende Zeit weniger als Chance persönlicher Weiterentwicklung empfunden wird. Personen mit einem negativ behafteten Altersbild laufen eher Gefahr, durch ihre bedrückte Vorstellung vom eigenen Älterwerden und Altsein das eigene Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit zu schmälern und somit das Gefühl von Perspektivlosigkeit im Alter zu stärken. Ein negatives Altersbild kann somit im Endeffekt Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen haben, was wiederum ein Risiko für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit ist.

#### **6.4.1.2 *Verharmlosung des Problems***

Seniorinnen und Senioren konsumieren meist unauffällig aber regelmässig Alkohol (vgl. Kapitel 3). Der für aussenstehende Personen kaum bemerkbare Alkoholkonsum ohne auffällige Trinkexzesse lässt den Anschein entstehen, dass Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit kaum ein Problem der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung sind. Diese Mutmassung wird verstärkt durch die Tatsache, dass auftretende Symptome von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit denjenigen verschiedener Alterserscheinungen und -erkrankungen gleichen und daher nicht als solche erkannt werden (vgl. Kapitel 3.2). Die auch noch im 21. Jahrhundert vorherrschende gesellschaftliche Verharmlosung von Alkoholproblemen im Alter hat zur Folge, dass Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit oftmals erst spät oder gar nicht erkannt werden und dementsprechend der Einsatz von möglichen Interventionen zur Verhinderung und Behandlung von Alkoholproblemen erschwert ist.

### **6.4.1.3 Gesellschaftliche Akzeptanz des Alkoholkonsums**

In der westlichen Gesellschaft ist der Konsum von Alkohol von grosser sozialer Bedeutung und gehört zum täglichen Leben dazu. Ob zu einem feinen Essen, nach Feierabend oder an Festen sind Wein, Bier und andere alkoholische Getränke allgegenwärtig, sodass Alkoholtrinken oft mit Geselligkeit, guter Laune oder Freizeit verknüpft wird (vgl. Kapitel 2). Die Akzeptanz von Alkohol in der Gesellschaft lässt die Hemmschwelle drastisch sinken und den Konsum als „normal“ erscheinen. Durch diese Verharmlosung steigt die Gefahr einer Alkoholabhängigkeit markant an, zumal das Suchtmittel omnipräsent erscheint und die Konsumentinnen und Konsumenten auch bei risikoreicher Trinkmenge kaum Stigmatisierung erfahren. Zudem kann die gesellschaftliche Akzeptanz dazu führen, dass eine Abhängigkeit lange nicht als solche erkannt wird.

### **6.4.1.4 Alkohol im Alter – Tabuthema**

Alkoholabhängigkeit im Alter gilt in der westlichen Gesellschaft nach wie vor als Tabuthema, denn „wer will schon einem 70-jährigen sein wohlverdientes Glas Wein verbieten?“ (Akzent Prävention und Suchttherapie, n.d., S. 3). Ein wichtiger Faktor für die fehlende Wahrnehmung des Altersalkoholismus ist die Tatsache, dass die Diagnose einer Abhängigkeit im Alter anspruchsvoll ist und viele Symptome sowohl einer Abhängigkeit wie auch altersbedingten Beschwerden zugeordnet werden können. Auch das bei älteren Menschen oftmals fehlende soziale Netz erschwert die Erkennung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Kapitel 1.1). Sobald jedoch alkoholabhängige Seniorinnen und Senioren ihren Konsum nicht mehr verbergen können und auffällig werden, gelten sie rasch als willensschwach und charakterlos (vgl. Kapitel 2.2.3). Die Furcht vor schwindender gesellschaftlicher Akzeptanz und Exklusion kann dazu führen, dass sich alkoholabhängige Personen ihre Problematik nicht eingestehen wollen oder die Abhängigkeit verheimlichen, indem beispielsweise kein Besuch mehr in die Wohnung gelassen wird oder beim Gang in die Öffentlichkeit penibel auf die Körperhygiene geachtet wird. Die Tabuisierung einer Alkoholabhängigkeit im Alter trägt massgebend dazu bei, dass sich eine Abhängigkeit auch für nahestehende Personen unbemerkt entwickeln kann. Aus Furcht, mit dem eigenen übermässigen Alkoholkonsum in der Gesellschaft negativ aufzufallen, wird dieser oftmals so gut es geht vertuscht. Somit erhalten betroffene Personen kaum oder erst sehr spät Unterstützung und geraten nur noch mehr in die Fänge einer Abhängigkeit.

#### **6.4.1.5 Fehlende Präventionsangebote**

Wissenschaft, Forschung sowie Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen beschäftigen sich seit vielen Jahren mit den Themen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. Eine Altersgruppe, die in Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeit bisher nur begrenzt öffentlich wahrgenommen wurde, ist diejenige der Personen ab 60 Jahren (vgl. Kapitel 1). Wie in Kapitel 5.3 beschrieben, wird im Bereich der Suchtprävention der Zielgruppe der älteren, alten und hochbetagten Menschen bisher nur marginale Beachtung geschenkt. Selten wird die Bevölkerungsgruppe ab 60 Jahren als eigenständige Zielgruppe erfasst und oft in die Gruppe der erwachsenen Personen eingeflochten. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch die grosse Ausdehnung des Alters als Lebensphase und die Heterogenität der Lebenslagen deutlich, welche sich nicht mit jenen von Menschen im Erwerbsleben gleichsetzen lassen. Fehlende oder nicht zielgruppenorientierte Präventionsangebote haben zur Folge, dass sich Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter weiter ausdehnen und dementsprechend negative Auswirkungen für Betroffene, Nahestehende und die Gesellschaft entstehen.

#### **6.4.2 Schutzfaktoren**

##### **6.4.2.1 Medizinischer Fortschritt**

Der medizinische Fortschritt hat einen direkten Einfluss auf die Gesundheit von älteren, alten und hochbetagten Menschen: Durch die fortlaufende Entwicklung von neuen Medikamenten und Behandlungsmethoden steigen die Lebenserwartung sowie die Zeitspanne der gesunden Lebensjahre im Alter kontinuierlich an (vgl. Kapitel 4.4.4). Der Erhalt der Gesundheit im Alter ist eine wichtige Voraussetzung für eine aktive Gestaltung dieser Lebensphase. Aktivität im Alter wiederum wirkt sich positiv auf die Lebenszufriedenheit aus und schützt so vor einer Alkoholabhängigkeit.

##### **6.4.2.2 Ausbau spitalexterner Leistungen**

Dank dem Ausbau sowie der Verbesserung von spitalexternen Leistungen (z.B. der Spitex) können Menschen mit Pflege- oder Hilfsbedarf heute länger zu Hause leben (vgl. Kapitel 4.4.5.4). So sind sie weiterhin in der Lage, einer selbstbestimmten und aktiven Lebensführung nachzugehen und erhalten gleichzeitig die nötige Unterstützung, um in ihrem gewohnten Umfeld bleiben zu können. Dies fördert den Erhalt der sozialen Netzwerke und wirkt sich zudem positiv auf die psychische Befindlichkeit aus. So ist die Depressionsrate bei Personen in Alters- und Pflegeheimen deutlich höher als bei Personen, die weiterhin zu Hause leben (vgl. Kapitel 4.4.4). Der Ausbau von spitalexternen Leistungen wirkt sich somit positiv auf

die Lebensqualität von älteren, alten und hochbetagten Menschen aus und fungiert als Schutzfaktor vor der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit.

#### **6.4.2.3 Gesundheitsfördernde Angebote**

Ein positives Gesundheitsverhalten schützt vor einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Kapitel 6.2.2.1). Gesundheitsfördernde Angebote für ältere, alte und hochbetagte Menschen wirken sich durch die Stärkung von Lebenskompetenzen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, soziale Begegnung und Bildung positiv auf das Gesundheitsverhalten im Alter aus und liefern so einen wichtigen Beitrag zum Schutz vor einer Alkoholabhängigkeit.

#### **6.4.2.4 Bildungsangebote im Alter**

Gemäss Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2015, S. 143) leistet die Bildungsbeteiligung von älteren, alten und hochbetagten Menschen einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung eines autonomen und aktiven Lebensstils im Alter. In Kapitel 6.2.2.5 wird deutlich, welche positiven Auswirkungen die individuelle Bildung auf die Lebenslage im Alter hat und wie sie vor der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit schützt. Die Voraussetzung für eine Bildungsbeteiligung älterer, alter und hochbetagter Menschen ist das Vorhandensein von Bildungseinrichtungen, die sich an ihren Bedürfnissen orientieren. So sind gemeindenahe Angebote wichtig, damit auch hochbetagte und in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen Zugang haben. Zudem sind differenzierte Angebotsstrukturen nötig, die nicht nur Personen mit höherem Bildungsniveau ansprechen.

## **7 Schlussfolgerungen**

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen: Alkoholabhängigkeit im Alter ist ein aktuelles Thema, das durch den demografischen Wandel mehr Beachtung von Wissenschaft und Fachpersonen verdient. Die Brisanz der Problematik wird durch die erschwerte Diagnosestellung und mangelndes Fachwissen von Professionellen im Alters- und Suchtbereich zusätzlich verschärft. Ziel dieser Arbeit war die Erarbeitung möglicher Einflussfaktoren auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit bei Personen ab 60 Jahren. Für die Generierung möglicher Risiko- und Schutzfaktoren wurde in einem ersten Schritt mit Hilfe der „Trias der Suchtursachen“ Bezug genommen auf mögliche Ursachen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Dabei wurde deutlich, dass ein komplexes Bündel aus Bedingungsfaktoren für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit verantwortlich ist. Die einzelnen Faktoren stehen in einer

wechselseitigen Interaktion und werden durch die aktuelle Lebenslage der betroffenen Person beeinflusst. Für die Analyse der Auswirkungen der Lebenslage auf die Entstehungsfaktoren einer Alkoholabhängigkeit wurde das „Lebenslagenkonzept“ beigezogen, welches die Analyse zentraler Lebensbereiche ermöglicht. Durch die Gegenüberstellung und Verknüpfung der Ergebnisse aus dem Themenbereich Alkoholabhängigkeit im Alter und der Lebenslage der älteren, alten und hochbetagten Menschen wurden mögliche Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter erarbeitet. Die Ergebnisse zeigen, dass gewisse Faktoren einen umfassenden Einfluss auf eine Vielzahl weiterer Risiko- und Schutzfaktoren haben. So neigen Personen mit einem höheren Bildungsniveau zu einem bewussteren Gesundheitsverhalten, einem höheren Mass an Eigenaktivität und verfügen generell über mehr finanzielle Ressourcen als bildungsferne Menschen. Diese Faktoren wirken sich positiv auf das psychische Wohlergehen aus, was sich wiederum auf verschiedene weitere Schutzfaktoren wie ein positives Selbstwertgefühl oder das Vertrauen in die Selbstwirksamkeit auswirkt. Auch die psychische und physische Gesundheit beeinflussen verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren. Eine gute physische Verfassung im Alter fördert die Gestaltung eines aktiven Lebens. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität hingegen verursachen langanhaltende Schmerzzustände und fördern psychische Störungen, welche sich im Alter oftmals in Form von Depressionen manifestieren. Dieser Ausschnitt der Erkenntnisse macht die Komplexität der Wechselwirkungen der einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren deutlich. Die einzelnen Faktoren können daher nicht voneinander getrennt betrachtet und analysiert werden. Für eine übersichtliche Darstellung der erarbeiteten Ergebnisse wird durch die Autorin und den Autor in der folgenden Grafik das Modell der „Trias der Suchtursachen“ durch mögliche Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter erweitert. Dadurch entsteht ein erweitertes Modell, welches die Ursachen einer Alkoholabhängigkeit durch die Unterteilung in Risiko- und Schutzfaktoren präzisiert.



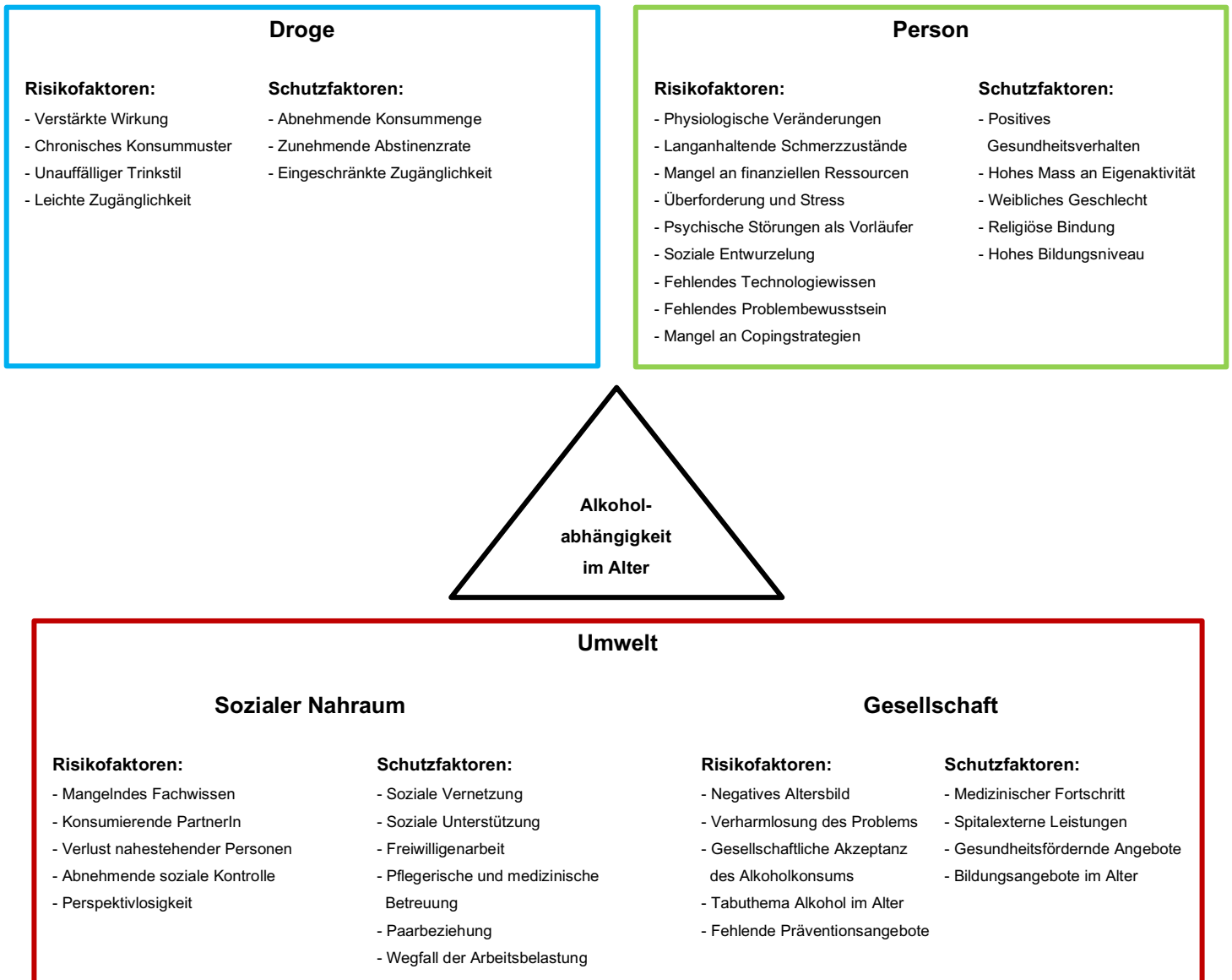


Abbildung 10. Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter.

Besonders auffallend in Bezug auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter erscheint die Situation der Frauen. Die Analyse der Lebenslage der Menschen ab 60 Jahren zeigt, dass vor allem Personen mit mangelnden finanziellen Ressourcen sowie mit tiefem Bildungsniveau besonders viele Risikofaktoren aufweisen. Überdurchschnittlich oft sind Frauen von diesen Umständen betroffen. Dennoch erweist sich das weibliche Geschlecht als Schutzfaktor. Ein möglicher Erklärungsansatz für diesen Widerspruch könnte die Annahme sein, dass Frauen bei einem übermässigen Alkoholkonsum mit stärkerer Stigmatisierung und gesellschaftlichen Sanktionen rechnen müssen und daher öfter als Männer auf einen übermässigen Alkoholkonsum verzichten. Zudem darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass nebst dem Alkoholkonsum weitere Formen von Substanzmissbrauch und

-abhängigkeit existieren, welche in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden. Dabei erscheint es durchaus möglich, dass Frauen bevorzugt andere Substanzen wählen. Einen Hinweis darauf liefert die Studie von Kessler et al. (2012, S. 17-18), welche zeigt, dass Frauen einen höheren Medikamentenkonsum aufweisen als Männer. Die Frage, ob sich das weibliche Geschlecht tatsächlich als Schutzfaktor vor der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit erweist oder ob die Problemlagen von Frauen schlicht in anderen Störungen münden, bleibt zu klären. Eine weitere bedeutungsvolle Erkenntnis ist die untrennbare Verknüpfung von Lebenslage und Alkoholabhängigkeit. Die Ursprünge einer Alkoholabhängigkeit lassen sich auf die Ausgestaltung der verschiedenen Lebensbereiche zurückführen. Diese Tatsache ist für die Soziale Arbeit von grosser Relevanz. Denn durch die Förderung der individuellen Lebensführungskompetenzen in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Wohnen, Finanzen und Beschäftigung können Fachpersonen der Sozialen Arbeit das Risiko einer Alkoholabhängigkeit reduzieren. Dadurch wird die Bedeutsamkeit von gesundheitsfördernden Angeboten im Alter deutlich, da ihre Interventionen genau diesem Ansatz folgen. Zu beachten gilt dabei, dass gewisse Lebensführungskompetenzen möglichst früh im Leben gestärkt werden sollten. Zum Beispiel haben Untersuchungen ergeben, dass es mit zunehmendem Alter schwieriger wird, neue soziale Beziehungen einzugehen. Wer hingegen bereits in jüngeren Jahren ein stabiles Netzwerk aufbaut, kann dieses oftmals bis ins hohe Alter aufrechterhalten (vgl. Kapitel 4.4.7). Auch die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Bildungsaktivitäten im Alter werden schon in jungen Jahren geschaffen. Wer bereits im Erwachsenenalter regelmässig an Bildungsveranstaltungen teilnimmt, wird dies mit grosser Wahrscheinlichkeit auch im höheren Alter tun (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2015, S. 143). Ein positives Gesundheitsverhalten, das auf die Erhaltung des psychischen und physischen Wohlergehens abzielt, kann grundsätzlich bis ins hohe Alter gefördert werden. Dennoch stellen sich die Weichen für gewisse altersbedingte Erkrankungen bereits früh im Leben. So kann beispielsweise eine lebenslange gesunde Ernährung eine Diabeteserkrankung im Alter vorbeugen. Genannte Beispiele weisen auf ein mögliches Defizit in der Bearbeitung der Fragestellung hin: Auf der Suche nach möglichen Risiko- und Schutzfaktoren wurde die Lebenslage der älteren, alten und hochbetagten Bevölkerung erfasst. Das verwendete „Lebenslagenkonzept“ orientiert sich dabei ausschliesslich an der gegenwärtigen Situation. Biografische Aspekte wie vorangegangene kritische Lebensereignisse oder negative Beziehungserfahrungen werden dabei ausser Acht gelassen. Im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes müssten diese Faktoren ebenfalls berücksichtigt werden. Weiter zu beachten ist der Umstand, dass sich die beschriebenen Risiko- und

Schutzfaktoren auf die Gruppe der Late-Onset-Drinkers beziehen. Für die deutlich grössere Gruppe der Early-Onset-Drinkers müssen für die Eruiierung möglicher Risiko- und Schutzfaktoren frühere Lebensphasen hinzugezogen werden.

Betrachten wir die aktuelle Situation von Organisationen im Altersbereich, zeigen sich in Bezug auf das Thema Alkoholabhängigkeit im Alter grosse Herausforderungen für Alters- und Pflegeheime. Die Rate alkoholkranker Menschen ist bei Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim überdurchschnittlich hoch, weil die betroffenen Personen aufgrund von alkoholbedingten Folgeerkrankungen und Unfällen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in eine Altersinstitution eintreten müssen (vgl. Kapitel 3.3). Aufgrund der engen Begleitung ist für Mitarbeitende in Alters- und Pflegeheimen alkoholspezifisches Fachwissen, das sich auf alte und hochbetagte Menschen bezieht, essentiell. Nur auf diese Weise kann die notwendige Pflege und Betreuung durch das Fachpersonal sichergestellt werden. Die gegenwärtige Situation weist jedoch auf einen Mangel an Fachwissen hin. Gemäss Müller (n.d., S. 30) äussern rund 48% der Heimleitenden von Schweizer Alters- und Pflegeheimen einen Schulungsbedarf für ihre Mitarbeitenden zum Thema Alkoholabhängigkeit im Alter. Zudem befinden sich die zuständigen Organisationen in einem ethischen Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge. Sie können entweder als Dienstleister auftreten und den Bewohnerinnen und Bewohnern einen selbstbestimmten Alkoholkonsum gewähren oder im Sinne eines Fürsorgeauftrags den Alkoholkonsum zum Schutz der Konsumierenden reglementieren. Zur Lösung dieses Konfliktes sind eine Auseinandersetzung des gesamten Teams mit der Thematik und die Erarbeitung einer gemeinsamen Haltung und Vorgehensweise notwendig.

Ansätze der Gesundheitsförderung und Prävention werden in der Theorie strikt getrennt. Präventionsangebote fokussieren sich auf das Zurückdrängen von Risikofaktoren und wollen so die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit verhindern. Im Gegensatz dazu hat die Gesundheitsförderung die Erreichung eines höheren Niveaus der Gesundheitsqualität zum Ziel, indem sie Schutzfaktoren identifiziert und stärkt. In der Praxis lassen sich diese beiden Ansätze jedoch kaum voneinander trennen. Ein Beispiel dafür ist das Projekt „Genussvoll im Alter“ der Pro Senectute Berner Oberland. Gemäss Karin Gfeller, zuständige Mitarbeiterin Gesundheitsförderung Pro Senectute Berner Oberland, verfolgt dieses Projekt das Ziel, durch Information der älteren, alten und hochbetagten Menschen deren Lebensführungskompetenzen im Bereich Ernährung zu stärken und weist gleichzeitig auf die Risiken eines übermässigen Alkoholkonsums hin (pers. Mitteilung, 05.12.18). Die Kombination der beiden Ansätze hat den Vorteil, dass ein breiteres Zielpublikum erreicht werden kann. Orientieren sich

präventive Angebote nur an den Risiken einer Alkoholabhängigkeit im Alter, ist die Gefahr gross, dass Informationsveranstaltungen aufgrund von fehlendem Problembewusstsein der betroffenen Personen sowie der stigmatisierenden Wirkung einer Alkoholabhängigkeit nur spärlich besucht werden. Aus diesem Grund scheint es wirksam, präventive und gesundheitsfördernde Ansätze in der Praxis zu verbinden.

Setzen wir die Problematik einer Alkoholabhängigkeit im Alter in einen sozialpolitischen Kontext, fällt Folgendes auf: Aufgrund der demografischen Entwicklung sowie der steigenden Lebenserwartung wächst die Bevölkerungsgruppe der älteren, alten und hochbetagten Menschen kontinuierlich an. Dadurch kommt es zu einem verhältnismässigen Anstieg von alkoholabhängigen Seniorinnen und Senioren. Diese Tatsache wird durch die stetig zunehmenden altersbedingten physischen und psychischen chronischen Erkrankungen verschärft. Insbesondere die Kombination von Arthrose und Depression ist im Alter weit verbreitet. Die Folgen dieser Erkrankungen begünstigen eine Alkoholabhängigkeit. Zur Verhinderung dieser und weiterer altersbedingten Erkrankungen sind präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen von grosser Bedeutung. Die aktuellen sozialpolitischen Entwicklungen zeigen jedoch in eine entgegengesetzte Richtung. So hat der Regierungsrat des Kantons Bern im November 2017 einem Entlastungspaket zugestimmt, das unter anderem einschneidende finanzielle Sparmassnahmen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für diverse Organisationen vorsieht (Berner Gesundheit, n.d.). Ein Leistungsabbau in diesen Bereichen hat einen direkten Einfluss auf Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter auf der Ebene der Gesellschaft. Organisationen mit Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Bildungsangeboten sind auf die finanzielle Unterstützung des Staates angewiesen, um ihre Angebote erhalten und den sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen anpassen zu können. Müssen Leistungen aufgrund von Sparmassnahmen abgebaut werden, ist mit einer Zunahme von alkoholkranken Menschen zu rechnen. Durch deren Therapie- und Behandlungsbedarf steigt die finanzielle und personelle Belastung im Gesundheits- und Sozialbereich an. Die Auswirkungen der Sparmassnahmen erzeugen somit im Endeffekt mehr Kosten als Einsparungen.

Projizieren wir die zentralen Ergebnisse auf zukünftige Entwicklungen, fällt Folgendes auf: Die erarbeiteten Risiko- und Schutzfaktoren beziehen sich auf die gegenwärtigen Lebenslagen der Personen ab 60 Jahren. Diese werden bestimmt durch die Gesamtheit der einzelnen Lebensbereiche und unterliegen einer zeitlichen Dynamik. Daher werden die zukünftig ins Alter nachrückenden Generationen veränderte Lebensbereiche aufweisen. Ein Beispiel dafür ist das verstärkte Aufkommen von

neuen Wohnformen wie Wohngemeinschaften oder intergenerationelles Wohnen. Wie in Kapitel 4.4.5 beschrieben, wählen die heutigen Seniorinnen und Senioren diese neuen Wohnformen nur selten. Aktuelle Trends deuten jedoch darauf hin, dass gemeinschaftliche Wohnformen zukünftig an Attraktivität gewinnen werden. Auch sind die Beziehungsformen von jüngeren Generationen vielfältiger geworden. Neben der klassischen Ehe existieren heute vermehrt auch Patchwork-Familien und gleichgeschlechtliche Partnerschaften. Zudem wird sich die finanzielle Situation von zukünftigen Rentnerinnen und Rentnern aufgrund von bevorstehenden Reformen des Renten- und Sozialversicherungssystems anders gestalten. Diese veränderten Umstände werden zukünftig die Lebenslagen der älteren, alten und hochbetagten Menschen beeinflussen, was zu neuen oder veränderten Risiko- und Schutzfaktoren einer Alkoholabhängigkeit im Alter führen kann. Daher müssen die erarbeiteten Faktoren dieser Arbeit für zukünftige Generationen im Alter überprüft und an veränderte Lebenslagen angepasst werden.

## 8 Literaturverzeichnis

- Akzent Prävention und Suchttherapie. (n.d.). *Frühintervention in Alters-Institutionen* [PDF]. Abgerufen von [http://www.akzent-luzern.ch/praevention/gesundheitswesen/spitex-alters-und-pflegeheime/sensor\\_alter/handlungsleitfaden](http://www.akzent-luzern.ch/praevention/gesundheitswesen/spitex-alters-und-pflegeheime/sensor_alter/handlungsleitfaden)
- Alter und Sucht. (n.d.a). *Early-onset und late-onset* [Website]. Abgerufen von <https://www.alterundsucht.ch>
- Alter und Sucht. (n.d.b). *Eine Wissensplattform für ältere Menschen, für Angehörige und für Berufsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag ältere Menschen betreuen, begleiten oder beraten* [Website]. Abgerufen von <https://www.alterundsucht.ch>
- Bachmann, Nicole. (2015). Chronische Erkrankungen. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (S. 125-189). Bern: Hogrefe Verlag.
- Backes, Gertrud M. & Clemes, Wolfgang. (2013). *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
- Berner Gesundheit. (n.d.). *Fakten* [Website]. Abgerufen von <http://vorbeugenspartkosten.ch>
- Bröckling, Ulrich. (2016). Gut angepasst? Belastbar? Widerstandsfähig? Resilienz und Geschlecht. In Roland Anhorn & Marcus Balzereit (Hrsg.), *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (S. 391-408). Berlin: Springer Verlag.
- Buchka, Maximilian. (2012). *Das Alter: Heil- und sozialpädagogische Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bühler, Johannes. (2009). Die Rolle von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit. *Suchtmed*, 11, 7-14.
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2016). *Hintergrunddokument: Die Geschichte der AHV* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/suche.html#Geschichte%20der%20ahv>
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Armut* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch>

- Bundesamt für Statistik. (2017a). *Bildungsstand* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch>
- Bundesamt für Statistik. (2017b). *Bildungsstand der Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht* [Excel-Dokument]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.2662056.html>
- Bundesamt für Statistik. (2017c). *Freiwilligenarbeit* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch>
- Bundesamt für Statistik. (2016). *Die Bevölkerung der Schweiz 2015* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1401562.html>
- Bundesamt für Statistik. (2016a). *Paarbeziehungen: Erhebung zu Familien und Generationen 2013* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.350506.html>
- Bundesamt für Statistik. (2016b). *Religiöse und spirituelle Praktiken und Glaubensformen in der Schweiz: Erste Ergebnisse der Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur 2014* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.350455.html>
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Strassenverkehrsdelinquenz und Alkohol: Retrospektive 2001–2012* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/suche.html#alkohol>
- Bundesamt für Statistik. (2014a). *Armut im Alter* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.349389.html>
- Bundesamt für Statistik. (2014b). *Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.349311.html>

- Bundesamt für Statistik. (2011). *Eintritt in ein Alters- und Pflegeheim 2008/09: Betagte Personen in Institutionen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.348174.html>
- Bundesamt für Statistik. (n.d.). *Alters- und Pflegeheime* [Website]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch>
- Bundesamt für Wohnungswesen. (n.d.). *Wohnen im Alter* [Website]. Abgerufen von <https://www.bwo.admin.ch>
- Bundeskanzlei. (2016). *Demografischer Wandel in der Schweiz: Handlungsfelder auf Bundesebene - Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 13.3697 Schneider-Schneiter* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/dokumentation/fuehrungsunterstuetzung/demografiebericht.html>
- Burla, Laila & Kohler, Dimitri. (2015). Ältere Menschen. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015* (S. 97-121). Bern: Hogrefe Verlag.
- Curaviva. (2014). *Statistik Alters- und Pflegeinstitutionen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.curaviva.ch/Verlag/PDgwT/?id=4F1159DA-C917-18D4-9E2E6B94512ABB65&method=objectdata.detail&p=3&callerid=&c=DE609894-EC42-78FB-ABEE19D5B63B1482>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2008). *Informationen zum Thema: Alkohol im Alter* [PDF]. Abgerufen von <https://www.infoset.ch/de/alkohol.html>
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin. (Hrsg.). (2015). *ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (10. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Drogen Forum Innerschweiz. (n.d.). *Suchtgefährdung im Alter* [PDF]. Abgerufen von <https://www.infoset.ch/de/dossier-sucht-im-alter.html>
- Duden. (n.d.). *Das Alter* [Website]. Abgerufen von <https://www.duden.de>
- Engels, Dietrich. (2008). Lebenslagen. In Bernd Maelicke (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (S. 643-646). Baden-Baden: Nomos-Verlag.



- Engels, Dietrich. (2006). Lebenslagen und soziale Exklusion: Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. *Sozialer Fortschritt*, 5, 109-117.
- Erhardt, Martin, Hoffmann, Lothar & Roos, Horst. (2014). *Altenarbeit weiterdenken: Theorien-Konzepte-Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Esser, Günther. (Hrsg.). (2008). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen* (3. aktual. und erw. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2008). *Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem* [PDF]. Abgerufen von <https://www.infoset.ch/de/dossier-sucht-im-alter.html>
- Feuerlein, Wilhelm. (2008). *Alkoholismus – Warnsignale, Vorbeugung, Therapie* (6. Aufl.). München: Verlag C.H. Beck.
- Fischer, Barbara, Telser, Harry, Widmer, Philippe & Leukert, Karoline. (2014). *Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz* [PDF]. Abgerufen von <http://suchtmonitoring.ch/de/2/8.html?alkohol-gesellschaftliche-kosten-und-folgen>
- Gamp, Roland. (2017, 6. November). Von der Arbeit in die Abhängigkeit. *Der Bund*. Abgerufen von <https://www.derbund.ch>
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt. (2016). *Sucht kennt kein Alter* [PDF]. Abgerufen von <https://www.infoset.ch/de/dossier-sucht-im-alter.html>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (n.d.). *Grundlagen* [Website]. Abgerufen von <https://gesundheitsfoerderung.ch>
- Gmel, Gerhard, Kuendig, Hervé, Notari, Luca & Gmel, Christiane. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016* [PDF]. Abgerufen von <http://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-5.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-chronisch>
- Hallgren, Mats, Höberg, Pi, & Andréasson, Sven. (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union citizens: Health effects, consumption trends and related issues* [PDF]. Abgerufen von <http://www.antoniocasella.eu/archila/drg.htm>

- Hauri, Ernst. (2008). *Wohnsituation und Wohnformen der älteren Bevölkerung* [PDF].  
 Abgerufen von  
<https://www.bwo.admin.ch/bwo/de/home/suche.html#Wohnsituation%20und%20Wohnformen%20der%20älteren>
- Henninger, Mirka. (2016). Resilienz. In Dieter Frey (Hrsg.), *Psychologie der Werte* (S. 158-164). Berlin: Springer Verlag.
- Heusinger, Josefine, Kammerer, Kerstin & Wolter, Brigit. (2013). Alte Menschen: Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter zwischen 65 und 80 Jahren. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 44, 14-88.
- Heusinger, Josefine & Wolter, Brigit. (2011). Die Jungen Alten: Expertise zur Lebenslage von Menschen zwischen 55 und 65 Jahren. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, 38, 10.
- Hoff, Tanja, Kuhn, Ulrike, Kuhn, Silke & Isfort, Michael. (Hrsg.). (2017). *Sucht im Alter – Massnahmen und Konzepte für die Pflege*. Berlin: Springer Verlag.
- Höpflinger, François. (2018). *Sozialbeziehungen im höheren Lebensalter: Einleitung und Problemstellung* [PDF]. Abgerufen von  
<http://www.hoepflinger.com/fhtop/fhalter1.html>
- Höpflinger, François, Bayer-Oglesby, Lucy & Zumbunn, Andrea. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Höpflinger, François & Hugentobler, Valérie. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen für das 21. Jahrhundert*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Höpflinger, François & Hugentobler, Valérie. (2003a). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz: Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert – Zusammenfassung* [PDF]. Abgerufen von  
<https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/pflegebedurftigkeit-der-schweiz>
- Hurrelmann, Klaus, Klotz, Theodor & Haisch, Jochen. (2010). Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 13-23). Bern: Hans Huber Verlag.
- Karl, Fred. (2009). *Einführung in die Generationen- und Altenarbeit*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

- Kessler, Daniel, Salis Gross, Corina, Koller, Stephan & Haug, Severin. (2012). *Exploration erfolgversprechender Massnahmen zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums bei älteren Menschen in der Schweiz: Schlussbericht* [PDF]. Abgerufen von [http://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user\\_upload/sia/studien](http://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/studien)
- Kolland, Franz. (2010). Freizeit im Alter. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 357-358). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kruse, Andreas. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im hohen Alter. In Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz & Jochen Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. überarb. und erw. Aufl., S. 88-98). Bern: Hans Huber Verlag.
- Kruse, Gunther, Körkel, Joachim & Schmalz, Ulla. (2000). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Kuendig, Hervé. (2010). *Estimation du nombre de personnes alcool-dépendantes dans la population helvétique* [PDF]. Abgerufen von <http://suchtmonitoring.ch/de/2/1-8.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-alkoholbedingte-probleme-und-alkoholabhangigkeit>
- Kutschke, Andreas. (2012). *Sucht – Alter – Pflege: Praxishandbuch für die Pflege suchtkranker alter Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Künemund, Harald & Kohli, Martin. (2010). Soziale Netzwerke. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 309-313). Wiesbaden: VS Verlag.
- Lessmann, Ortrud. (2006). Lebenslagen und Verwirklichungschancen (capability) – Verschiedene Wurzeln, ähnliche Konzepte. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*, 75(1), 30-42.
- Lieb, Bodo, Rosien, Meike, Bonnet, Udo & Scherbaum, Norbert. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 76, 75-85. doi: 10.1055/s-2007-993041
- Lützenkirchen, Anne, Böss, Annegret, Hochberger, Silke, Moll, Gabriele & Wittig, Annika. (2010). *Sucht im Alter - Soziale Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ab 60 Jahren*. Lage: Jacobs Verlag.

- Marmet, Simon, Gmel, Gerhard, Gmel, Gerrit, Frick, Hannah & Rehm, Jürgen. (2013). *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011* [PDF]. Abgerufen von <http://suchtmonitoring.ch/de/2/7.html?alkohol-mortalitat>
- Marti, Jürg. (2012). Freizeit. *ValeurS: Ein Informationsmagazin des Bundesamtes für Statistik*, 1, 3.
- Mergenthaler, Andreas. (2011). *Gesundheitliche Resilienz: Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Meyer, Thomas & Willimann, Barbara. (2007). *Altersalkoholismus: Eine Bestandesaufnahme* [PDF]. Abgerufen von <https://www.suchtimalter.ch/materialien/studien/>
- Moore, Alison, Whiteman, Elizabeth & Ward, Katherine. (2007). Risks of combined alcohol-medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*, 5(1), 64-67.
- Müller, Richard. (n.d.). *Einstellungen zu Alkoholproblemen und zum Umgang mit ihnen in Altersheimen* [PDF]. Abgerufen von <https://www.suchtimalter.ch/materialien/studien/>
- Narr, Hannelore. (1976). *Soziale Probleme des Alters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Noll, Heinz-Herbert & Weick, Stefan. (2011). Schichtzugehörigkeit nicht nur vom Einkommen bestimmt: Analyse zur subjektiven Schichteinstufung in Deutschland. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 45, 1.
- Pack, Jochen, Buck, Hartmut, Kistler, Ernst, Mendius, Hans Gerhard, Morschhäuser, Martina & Wolff, Heimfried. (2000). *Zukunftsreport demographischer Wandel: Innovationsfähigkeit in einer alternden Gesellschaft* [PDF]. Abgerufen von <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/23722>

- Perrig-Chiello, Pasqualina & Margelisch, Katja. (2015). *Verwitwung im Alter (im Längsschnitt 2012-2014): Partnerschaft in der zweiten Lebenshälfte – Herausforderungen, Verluste und Gewinne* [PDF]. Abgerufen von [https://boris.unibe.ch/cgi/search/simple?exp=0%7C1%7C-date%2Fcreators\\_name%2Ftitle%7Carchive%7C-%7Cq%3Aabstract%2Fcreators\\_name%2Fdate%2Fdocuments%2Fdoi\\_name%2Ftitle%3AALL%3AIN%3Averwitwung%7C-%7Ceprint\\_status%3Aeprint\\_status%3AANY%3AEQ%3Aarchive%7Cmetadata\\_visibility%3Ametadata\\_visibility%3AANY%3AEQ%3Ashow&\\_action\\_search=1&order=-date%2Fcreators\\_name%2Ftitle&screen=Search&cache=2714192&search\\_offset=0](https://boris.unibe.ch/cgi/search/simple?exp=0%7C1%7C-date%2Fcreators_name%2Ftitle%7Carchive%7C-%7Cq%3Aabstract%2Fcreators_name%2Fdate%2Fdocuments%2Fdoi_name%2Ftitle%3AALL%3AIN%3Averwitwung%7C-%7Ceprint_status%3Aeprint_status%3AANY%3AEQ%3Aarchive%7Cmetadata_visibility%3Ametadata_visibility%3AANY%3AEQ%3Ashow&_action_search=1&order=-date%2Fcreators_name%2Ftitle&screen=Search&cache=2714192&search_offset=0)
- Pro Senectute Schweiz. (n.d.). *Dienstleistungen* [Website]. Abgerufen von <https://www.prosenectute.ch>
- Rönnau-Böse, Maike & Fröhlich-Gildhoff, Klaus. (2015). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Schäufele, Martina. (2010). Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. *Sucht*, 55(5), 266-280.
- Schnoz, Domenic, Salis Gross, Corina, Grubenmann, Damian & Uchtenhagen, Ambros. (2006). *Alter und Sucht: Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen* [PDF]. Abgerufen von [http://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user\\_upload/sia/studien](http://www.suchtimalter.ch/fileadmin/user_upload/sia/studien)
- Schubarth, Katharina. (2014). *Höhere anrechenbare Mietzinse in den Ergänzungsleistungen* [Website]. Abgerufen von <https://www.admin.ch>
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2015). Management Summary. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Soyka, Michael. (2009). *Wenn Alkohol zum Problem wird* (5. Aufl.). Stuttgart: Trias Verlag.
- Soyka, Michael & Kufner, Heinrich. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (6. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Statistisches Amt des Kantons Zürich. (2008). *Babyboomer kommen ins Rentenalter* [PDF]. Abgerufen von [https://statistik.zh.ch/dam/justiz\\_innern/statistik/Publikationen](https://statistik.zh.ch/dam/justiz_innern/statistik/Publikationen)
- Stiehr, Karin, Spindler, Mone & Ritter, Joachim. (2010). Bildung. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 321-330). Wiesbaden: VS Verlag.
- Sting, Stephan & Blum, Cornelia. (2013). *Soziale Arbeit in der Suchtprävention*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Sucht im Alter. (n.d). *Angebote* [Website]. Abgerufen von <https://www.suchtimalter.ch>
- Sucht Schweiz. (2014). *Alkohol*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Sucht Schweiz. (n.d.). *Risikoarmer, problematischer und abhängiger Alkoholkonsum* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtschweiz.ch>
- Sucht Schweiz. (2013). *Theoretische Grundlagen der Suchtprävention* [PDF]. Abgerufen von <http://www.suchtschweiz.ch/ueber-uns/praevention/>
- Tesch-Römer, Clemens & Wurm, Susanne. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In Karin Böhm, Clemens Tesch-Römer, Thomas Ziese & Robert Koch (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 7-20). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Uchtenhagen, Ambros. (2002). Forschungsbefunde und Forschungsperspektiven zu Risiko- und Schutzfaktoren. In Renate Walter-Hamann (Hrsg.), *Frühe Schädigung, spätere Sucht?* (S. 68-75). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- United Nations. (2012). Altersbilder. *Policy brief: UNECE Kurzdossier zum Thema Altern*, 12, 3.
- Voges, Wolfgang & Zinke, Melanie. (2010). Wohnen im Alter. In Kirsten Aner & Ute Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 301-306). Wiesbaden: VS Verlag.
- Voges, Wolfgang, Jürgens, Olaf, Mauer, Andreas & Meyer, Eike. (2003). *Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes: Endbericht* [PDF]. Abgerufen von <http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.html>
- Weyerer, Siegfried. (2010). Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter. *Sucht*, 55(5), 262-265.

- Weltgesundheitsorganisation. (2010). *Chronische körperliche Erkrankungen und psychische Gesundheit* [Website]. Abgerufen von <http://www.euro.who.int>
- Wolter, Dirk. (2014). Systemische Therapie bei Suchtproblemen im Alter – ein (noch?) unbestelltes Feld. In Thomas Friedrich-Hett, Noah Artner & Rosita A. Ernst (Hrsg.), *Systemisches Arbeiten mit älteren Menschen - Konzepte und Praxis für Beratung und Psychotherapie* (S. 152-164). Heidelberg: Carl Auer Verlag.
- Wurm, Susanne & Huxhold, Oliver. (2010). Individuelle Altersbilder. In Andreas Motel-Klingebiel, Susanne Wurm & Clemens Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys* (S. 246-262). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zander, Margeritha. (2009). *Armes Kind - starkes Kind?: Die Chance der Resilienz* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. (2010). *Suchtprobleme im Alter – es gibt Lösungen!* [PDF]. Abgerufen von <https://www.infoset.ch/de/dossier-sucht-im-alter.html>
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. (n.d.). *Suchtprävention* [Website]. Abgerufen von <https://www.zuefam.ch>
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. (n.d.a). *Studien* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtimalter.ch>
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs. (n.d.b). *Angebote* [Website]. Abgerufen von <http://www.suchtimalter.ch>