

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

Sucht und Alter

Alkoholkonsum als Bewältigungsversuch im Alter



Bachelor-Thesis vorgelegt von
Petra Brand
17-528-175

Eingereicht bei
Prof. lic. phil. Johanna Kohn
Olten, am 8. Januar 2021

Abstract

Der Konsum von Alkohol ist in der Schweiz weitverbreitet, auch bei älteren Menschen. Übermässiger Alkoholkonsum passiert heimlich oder in Gesellschaft, meist fällt dieser aber, auf Grund der hohen gesellschaftlichen Akzeptanz, lange nicht auf. Wenn doch, ist die allgemeingültige Haltung von Aussenstehenden: «Wie viel jemand trinkt geht mich nichts an.» Oder: «In diesem Alter spielt es ja eh keine Rolle mehr...» Mit diesen etwas lapidar formulierten Aussagen, die jedoch gang und gäbe sind, werden viele ältere Menschen ihrem Schicksal überlassen. Das Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, weshalb ältere Menschen trinken und inwiefern dieses Phänomen eine Aufgabe für die Soziale Arbeit darstellt.

Inhalt

1	Einleitung und Fragestellung	1
1.1	Relevanz für die Soziale Arbeit	4
1.2	Arbeitsaufbau	5
2	Alter	6
2.1	Alter und Altern	6
2.1.1	Alter	6
2.1.2	Altern	7
2.2	Demographischer Wandel	7
2.3	Strukturwandel des Alterns	8
2.4	Lebensereignisse im Alter	9
2.4.1	Anerkennungskrisen vor dem Eintritt in die Pensionierung	9
2.4.2	Pensionierung - Übergang in die nachberufliche Phase	10
2.4.3	Beziehungen im Alter	11
2.4.4	Verlusterfahrungen von Partnern oder Angehörigen	11
2.4.5	Multimorbidität	12
2.4.6	Psychische Gesundheit im Alter	12
2.4.7	Eintritt ins Heim	12
2.5	Bewältigungsherausforderung	12
2.6	Altersbilder	13
2.7	Fazit	14
3	Sucht	15
3.1	Konsumverhalten	15
3.2	Diagnostik	16
3.3	Alkoholabhängigkeit - eine chronische Erkrankung	16
3.4	Ursachen für die Suchtentwicklung	17
4	Sucht im Alter	18
4.1	Epidemiologie	18
4.2	Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell	19
4.2.1	Person	19
4.2.2	Umwelt	21
4.2.3	Alkohol	22
4.3	Typologisierung der Alkoholabhängigkeit im Alter	22
4.4	Vergleich der Trinkmuster von Männern und Frauen	23
4.5	Stigmatisierung und Scham bei Abhängigkeit	24

4.6	Behandlungsmöglichkeiten	25
4.7	Behandlungsangebote	26
4.7.1	Unterversorgung auf der Angebotsseite	26
4.7.2	Geringe Inanspruchnahme durch Betroffene	27
4.8	Zwischenfazit	27
5	Theorie der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch	29
5.1	Drei Dimensionen der Lebensbewältigung	29
5.1.1	Psychodynamische Dimension: Verhalten	30
5.1.2	Soziodynamische Dimension: Bewältigungskulturen	30
5.1.3	Gesellschaftliche Dimension: Lebens- und Bewältigungslagen	31
5.2	Vier Dimensionen der Bewältigungslage als Zugang für die Soziale Arbeit	31
5.3	Lebensbewältigung im Alter	32
5.3.1	Alter als Zeitbruch	33
5.3.2	Dem Alter Raum geben	34
5.3.3	Altsein und neuer Lebenssinn	34
5.4	Fazit	36
6	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit	37
6.1	Alkoholkonsum im Alter als Bewältigungsversuch	37
6.1.1	Psychodynamische Dimension	37
6.1.2	Soziodynamische Dimension	38
6.1.3	Gesellschaftliche Dimension	39
6.2	Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit	39
6.2.1	Prävention	40
6.2.2	Früherkennung und Frühintervention	41
6.2.3	Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	42
6.2.4	Professionelle Beziehung	43
6.2.5	Arbeit mit Angehörigen	44
6.2.6	Soziale Arbeit und Gesellschaft	45
6.2.7	Beispiel aus der Praxis	45
6.2.8	Handlungsempfehlungen im Überblick	46
6.3	Persönliches Fazit	46
7	Literatur	48
	Anhang	52

1 Einleitung und Fragestellung

«Alkohol ist dein Sanitäter in der Not, Alkohol ist dein Fallschirm und dein Rettungsboot, Alkohol ist das Drahtseil, auf dem du stehst, Alkohol ist das Schiff, mit dem du untergehst.» (Grönemeyer, Herbert 1984: o.S).

Alkoholkonsum gehört in der Schweiz zur Normalität. Es gibt kaum einen gesellschaftlichen Anlass, sei es die Taufe, die Hochzeit, das Traueressen oder der Apéro am Feierabend, an dem nicht mit Alkohol angestossen wird. Die meisten Menschen können dies in moderatem Masse tun, doch nicht wenige verlieren die Kontrolle über den Konsum. Missbräuchlicher Konsum von Alkohol und Alkoholabhängigkeit betrifft alle sozialen Schichten und alle Altersgruppen in unserer Gesellschaft (vgl. Kutschke 2012: 27).

Der Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft ist stark angestiegen und wird noch weiter steigen; die Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren faktisch verdoppelt. Gemäss der Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht hat sich die Anzahl der über 65-jährigen Männer und Frauen verdreifacht. Das bedeutet, dass es auch deutlich mehr ältere Menschen mit einem Alkoholproblem gibt. Schätzungen zufolge wird sich die Anzahl der Menschen mit missbräuchlichem Konsum verdoppeln (vgl. Weyer/Schäufele 2017: 70).

Die Generation der Babyboomer, die zu den geburtenstarken Nachkriegsjahrgängen von 1946 bis 1966 gehört, steht aktuell an der Schwelle zur Pension. Gemäss Perrig-Chiello und Höpflinger (2009: 7) ist es eine Generation, die es gewohnt ist, Tradiertes und Etabliertes in Frage zu stellen und nicht bereit ist, schicksalhaft auf das Alter zuzugehen, wie das bei ihren Eltern der Fall war. Diese Kohorte weist einen überdurchschnittlich hohen Alkoholkonsum auf, der auch im Alter beibehalten wird. Zudem führen Fortschritte in der medizinischen Versorgungslage, sowie verbesserte Behandlungsmöglichkeiten zu einer höheren Lebenserwartung alter Menschen mit einer langjährigen Abhängigkeit. Ihre Lebenserwartung hat sich um fünf Jahre verlängert und liegt heute bei 58.1 Jahren (vgl. Weyer/Schäufele 2017: 70).

Das Thema Sucht im Alter hat erst in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit erfahren, da der Handlungsbedarf in stationären und ambulanten Einrichtungen der Altenpflege, sowie in anderen Einrichtungen, erkannt und benannt wurde (vgl. Hoff et al. 2017: 2).

In der Schweiz trinken 43% der 65- bis 74-jährigen Männer und 22% der gleichaltrigen Frauen täglich Alkohol. Bei den über 75-jährigen Männern sind es sogar 46%, allerdings sinkt der Konsum bei Frauen dieser Altersgruppe auf 17% (vgl. Kutschke 2012: 40).

Laut dem Bundesamt für Gesundheit steigt die Lebenserwartung und damit auch die Zahl der im Alter gehäuft vorkommenden Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Bluthochdruck oder Depressionen. Aufgrund aktueller Studien konnte festgestellt werden, dass starker Alkoholkonsum einen zusätzlichen Risikofaktor in Bezug auf die anderen Krankheiten darstellt. Die altersbedingten körperlichen Veränderungen bewirken zudem, dass der Alkohol eine stärkere und somit auch schädlichere Wirkung erzielt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2020: 1). Regelmässiger starker Alkoholkonsum im Alter kann viele unterschiedliche und unangenehme Folgen nach sich ziehen, wie zunehmende Verwirrtheit, Stürze, aber auch Verhaltensveränderungen und sozialer Rückzug (vgl. Bachmann/Wenger/Gotmann 2019: 12). Bei vorbestehenden Erkrankungen kann es durch den Alkoholkonsum zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustands kommen. Als weiterer Risikofaktor gilt der zusätzliche Konsum von Medikamenten: mit Alkohol eingenommen kommt es zu Interaktionen, worauf sich die Wirkung der Medikamente verändern, z.B. verstärken kann. Hier zeigen sich oft mangelndes Wissen und Fehleinschätzungen über das eigene Konsumverhalten (vgl. ebd.: 12).

Des Weiteren zeigen gerade ältere Menschen eine besondere Vulnerabilität, an einer Abhängigkeit zu erkranken, da sie auf Grund des zunehmenden Alters vermehrt mit schwierigen Lebensereignissen wie Verlusterlebnissen, Krankheiten und kleiner werdenden Beziehungsnetzwerken konfrontiert sind. Zusätzlich können nach der Pensionierung die mangelnde Tagesstruktur, fehlende Anerkennung und/oder finanzielle Einbussen sehr belastend sein. Als weiteres Risiko für vermehrten Alkoholkonsum gilt die Zunahme an körperlichen und psychischen Beschwerden (vgl. Weyerer/Schäufele 2017: 70).

Alkohol kompensiert Einsamkeitsgefühle, spendet Trost, hilft gegen Schmerzen, entspannt und vieles mehr. Der subjektive Nutzen der Wirkung von Alkohol ist vielfältig, deshalb kann der missbräuchliche Konsum von Alkohol auch bei älteren Menschen als Bewältigungsmöglichkeit verstanden werden und es droht die Gefahr, dass eine Suchtspirale in Gang gesetzt wird (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 67). Auch Niekrens (2012: 36) postuliert, dass der Mensch im Laufe seines Lebens immer wieder vor neue Entwicklungs- und Bewältigungsaufgaben gestellt wird. Gelingt es ihm nicht, diese angemessen zu bewältigen, kann daraus abweichendes Verhalten, wie etwa Suchtverhalten, resultieren.

Die Theorie der Lebensbewältigung befasst sich mit der Annahme, dass Menschen, die ihre soziale Orientierung verlieren, wenig Möglichkeiten haben, daran etwas zu verändern

und in ihrer erlebten Hilflosigkeit oft allein bleiben. Hier setzt ein somatisch getriebener Bewältigungsversuch in Form von Alkoholkonsum ein, der selbstdestruktive Züge annehmen kann (vgl. Böhnisch 2016a: 18).

Böhnisch (2017: 250f) bezeichnet den Schritt vom Erwerbsleben ins Rentnerdasein als eine, für die meisten Menschen, einschneidende biographische Umstellung. Während der Erwerbstätigkeit ist der Alltag oft sehr strukturiert und durch den Arbeitsprozess getaktet. Es muss viel geleistet werden, um mit der technischen und industriellen Entwicklung mithalten zu können. So scheint es nachvollziehbar, dass sich Menschen auf die Pensionierung und die damit verbundene Ruhe freuen, dann aber doch Mühe bekunden, weil sie es sich nicht gewohnt sind, die nun zur Verfügung stehende Zeit selbstständig zu strukturieren und sinnvoll auszufüllen.

Damit im Rahmen der Sozialen Arbeit diese Situation verbessert werden kann, ist es grundlegend wichtig über die spezifischen Lebens- und Bewältigungslagen älterer Menschen Bescheid zu wissen und entsprechende Handlungsempfehlungen und Methoden umsetzen zu können (vgl. Aner 2012: 50).

In der Schweiz und in Deutschland finden sich keine Erhebungen zur Prävalenz von alkoholbedingten Störungen, die eine differenzierte Auskunft über den frühen oder späteren Beginn des Konsums geben. Befunden aus den USA zufolge, liegt die Prävalenz bei zwei Dritteln der betroffenen älteren Menschen vor dem 60. Lebensjahr (early-onset) und ein Drittel nach dem 60. Lebensjahr (late-onset). Diese Differenzierung ist wichtig, da sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten unterscheiden. Personen mit einem späten Krankheitsbeginn verfügen meist über bessere psychosoziale Ressourcen, wie z.B. sozioökonomischer Status oder Bildung und sind sich gewohnt Probleme lösungsorientiert anzupacken. Der Beginn der Krankheit ist zudem oft eng gekoppelt mit altersspezifischen Verlusten, wie dem Beginn der Pensionierung, Erkrankungen oder dem Tod des Partners oder der Partnerin (vgl. Weyer/Schäufele 2017: 74).

Aufgrund der geschilderten Ausgangslage, dass Alkoholkonsum gesellschaftlich etabliert ist, die Menschen immer älter werden und es eine wachsende Anzahl älterer Menschen mit einem missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum gibt, befasst sich die vorliegende Arbeit mit dem Thema problematischer Alkoholkonsum im Alter. Der Fokus wird dabei auf die Gruppe der late-onset, also der Menschen, die nach dem 60. Lebensjahr die Kontrolle über den Alkoholkonsum verlieren, gelegt. Auf das ebenfalls sehr relevante Thema des Medikamentenmissbrauchs im Alter wird bewusst nicht näher eingegangen, um den Rahmen dieser Arbeit einzugrenzen.

Anhand einer Literaturrecherche wird folgende Fragestellung bearbeitet und beantwortet:

Alkoholkonsum als Bewältigungsversuch im Alter?

Wie kann mit Hilfe des Lebensbewältigungskonzeptes der steigende Alkoholkonsum älterer Menschen nach der Pensionierung verstanden werden und was für Handlungsempfehlungen lassen sich daraus für die Soziale Arbeit ableiten?

1.1 Relevanz für die Soziale Arbeit

Gemäss Schroeter und Knöpfel (2020: 95ff) nimmt die Schweiz im Bereich der Sozialen Arbeit in verschiedener Hinsicht eine Sonderstellung ein. Das zeigt sich darin, dass die soziale gerontologische Altenforschung und die Professionalisierung der Altersarbeit im Vergleich zu anderen europäischen Ländern später begonnen haben. Als Gründe dafür werden die langsame Entwicklung zum Sozial- und Wohlfahrtsstaat und der dezentral föderalistische Aufbau der Schweiz genannt. In der Schweiz sind die Kantone für die Regelungen der Alters-, Gesundheits- und Sozialpolitik zuständig. Dies führt zu vielen unterschiedlichen Massnahmen. Auch werden die alters- und sozialpolitischen Aufgaben zivilgesellschaftlich angegangen. Die Familie fungiert dabei als wichtigste Stelle für die Hilfe und Betreuung älterer Menschen. So entstanden schon früh Angebote für altersspezifische Bedürfnisse und entsprechende Betreuungseinrichtungen. Diese entwickelten sich aber meist unabhängig von einer fachlich-wissenschaftlichen Perspektive, was zu einer Praxis ohne Theorie führte.

Es ist der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen bis anhin noch nicht gelungen ihr Aufgabenfeld genauer zu definieren. Sie muss ihren Gegenstandsbereich klarer eingrenzen, ihre Zuständigkeitsbereiche benennen, um sich so von den anderen Disziplinen abzugrenzen (vgl. Schroeter/Knöpfel 2020: 104).

Soziale Arbeit im Suchtbereich ist etabliert und vielseitig. Die Arbeit mit älteren, abhängigen Menschen ist jedoch ein neueres Phänomen, auf das sich die Soziale Arbeit noch einstellen muss. Das erfordert suchtspezifisches Wissen. Genauso relevant ist jedoch auch Wissen über die Eigenheiten, die Lebensbedingungen, und die Voraussetzungen für physische und psychische Gesundheit älterer Menschen. Darüber hinaus braucht es spezifische Angebote, die den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden. Ältere Menschen sind oft skeptisch gegenüber Hilfsangeboten und es fällt ihnen schwer, sich die eigene Schwäche einzugestehen. Deshalb erfordert es auch besonderes Feingefühl, diese Hilfsangebote älteren Menschen näherzubringen (vgl. Niekrens 2012: 80).

1.2 Arbeitsaufbau

Nachdem in **Kapitel 1** die Fragestellung hergeleitet wurde, befasst sich das **Kapitel 2** mit dem Thema Alter, der Bedeutung des Alters für älter werdende Menschen und mit derer Situation innerhalb der Gesellschaft. Es werden auch die in dieser Lebensphase auftretenden Herausforderungen vorgestellt.

In **Kapitel 3** werden zuerst einige allgemeine Begriffe zum Thema Sucht erläutert und es wird erklärt, wie Sucht entsteht.

Kapitel 4 beleuchtet das Thema Sucht im Alter. Es werden die spezifischen Bedingungen und Hintergründe, die ältere Menschen besonders anfällig für Alkoholmissbrauch machen, aufgezeigt. Des Weiteren wird auf die Folgen des Konsums eingegangen und die aktuelle Versorgungssituation in der Schweiz beschrieben.

Kapitel 5 befasst sich mit dem Konzept der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch, mit dem Ziel, ein Verständnis für das Bewältigungsverhalten von Menschen in kritischen Lebenssituationen zu entwickeln. Darüber hinaus verweist es auf für die Soziale Arbeit wichtige Handlungsmöglichkeiten und mögliche Zugänge zu den schwierigen Bewältigungslagen der Betroffenen. Der Fokus liegt auf Grund der Fragestellung bei der Lebensbewältigung im Alter.

Die aus den vorangehenden Kapiteln resultierenden Erkenntnisse werden in **Kapitel 6** miteinander verknüpft und darauf basierend Handlungsempfehlungen für Soziale Arbeit abgeleitet. Abschliessend wird die Fragestellung beantwortet, die Arbeit reflektiert und es werden weiterführende Gedanken formuliert.

2 Alter

Die vorliegende Arbeit befasst mit dem steigenden Alkoholkonsum älterer Menschen als Bewältigungsstrategie im Umgang mit ihrer herausfordernden Lebenslage. Bevor auf das Thema Sucht näher eingegangen wird, wird im nun folgenden Kapitel die Lebenslage Alter beschrieben. Wie wird Alter definiert? Welche wichtigen Begriffe gehören dazu? Anschließend werden individuelle, soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen oder Veränderungsprozesse dargestellt, welche die Entwicklung älterer Menschen beeinflussen.

2.1 Alter und Altern

Gemäss Schroeter (2009: 8) lassen sich die Begriffe Alter und Altern nicht eindeutig definieren. Das chronologische oder kalendarische Alter bezieht sich auf die gelebten Jahre von der Geburt bis zum Tod. Das Alter wird als soziales Strukturierungsprinzip verstanden, welches Zugang und Ausschluss zu sozialen Teilhabechancen regelt und soziale Beziehungen herstellt oder unterbindet. Das zeigt sich gut am Alter 65, das bei den meisten Berufstätigen die Pensionierung markiert. Ab diesem Zeitpunkt nehmen sie nicht mehr am Arbeitsprozess teil und damit werden Beziehungen unterbunden (vgl. Schroeter 2009: 8f).

2.1.1 Alter

Gemäss Kruse (2017: 19) beschreibt der Begriff Alter eine Lebensphase. Es ist dabei nicht der Verlauf des Alterungsprozesses entscheidend, sondern die gesellschaftliche Zuschreibung. Letztere kann variieren: Menschen, die das Rentenalter erreichen, werden als alt bezeichnet. Das kann in gewissen Ländern bereits im Alter von 60 Jahren passieren oder wie bei uns beim Erreichen des 65. Lebensjahres. Heute weisen ältere Menschen einen allgemein besseren Gesundheitszustand, eine erhöhte Leistungsfähigkeit und eine höhere Selbständigkeit auf als in früheren Zeiten. Es zeigen sich auch Unterschiede innerhalb verschiedener Altersgruppen, so kann z.B. eine 70-jährige Person leistungsfähiger sein als eine 50-jährige. Es wird darauf verwiesen, dass somit die Eingrenzung eines eigenen Lebensabschnitts Alter eigentlich nicht möglich sei. Entscheidend für den Alterungsprozess, der sich schrittweise vollzieht, ist die gesamte Biografie und die Veränderung des Organismus.

In Bezug auf die körperlichen und seelisch-geistigen Veränderungen stellt die gerontologische Forschung die Frage nach der Kontinuität oder Diskontinuität dieser Alterungsprozesse. So begünstigen ein Ausbleiben von schwerer Krankheit oder belastenden Lebenskrisen eher einen kontinuierlichen Prozess. Schwierige Lebensverläufe stellen die

Anpassungsfähigkeit des Organismus vor grosse Herausforderungen und die Wahrscheinlichkeit für diskontinuierliche Veränderungsprozesse nimmt zu. Wie in allen anderen Lebensaltern, können belastende Ereignisse Menschen dazu veranlassen, ihre bisherigen Überzeugungen und Gewohnheiten zu hinterfragen und zu verändern. Dies kann zur Folge haben, dass sie sich selbst und die Welt, in der sie leben, grundlegend anders wahrnehmen als vor dem Ereignis (vgl. ebd.: 20).

2.1.2 Altern

Beim Altern handelt es sich um Prozesse, die zum Alter führen und somit dem Altern zu Grunde liegen (vgl. Schroeter 2009: 8). Verschiedene Autoren beschreiben diese Prozesse: z.B. Kruse (2017: 19) definiert das Altern als lebenslangen Prozess, der mit der Geburt beginnt und mit dem Tode endet. Höpflinger und Van Wezmael (2014: 16f) sprechen von einem dynamischen Prozess, der durch wirtschaftliche, soziale, psychische und körperlich-biologische Faktoren beeinflusst wird. Altern ist immer auch verbunden mit körperlichen und kognitiven Veränderungen. Mit zunehmendem Alter nehmen die körperlichen, sowie auch hirnganischen Veränderungen tendenziell zu. Es wird dabei unterschieden zwischen normalem und krankhaftem Altern (vgl. ebd.: 19).

Laut Kruse (2017: 19) kann Altern zu einem grossen Teil vom Individuum gestaltet werden, wobei die Einflussmöglichkeiten u.a. von Gesundheit, Offenheit des Individuums und den sozialen Beziehungen abhängig ist. Verluste nehmen im Alter zu. Es wird dabei unterschieden zwischen Verlusten im sozialen Bereich, in der geistigen Verarbeitung von Informationen und bezüglich körperlicher Leistungsfähigkeit. Trotz der Zunahme an Verlusten gibt es wichtige Dinge, die sich durchaus entwickeln oder neu entstehen können. Es gibt z.B. Gewinne im seelisch-geistigen Bereich, welche nicht nur für den älteren Menschen, sondern insbesondere auch für jüngere Generationen sehr wertvoll sein können. Verluste im Alter können somit auch die Möglichkeit eröffnen, neue Perspektiven auf sich selbst und die Welt zu entwickeln. Gemäss Mayering und Saup (1990: 9f) ist Weiterentwicklung bis ins hohe Alter möglich und ältere Menschen erleben das Älterwerden ganz unterschiedlich.

2.2 Demographischer Wandel

Gemäss Backes und Clemens (2013: 31) lässt sich ein deutlicher Rückgang an Geburten beobachten. Der Anteil an Kindern in der Bevölkerung hat sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts mehr als halbiert und wird vermutlich noch weiter sinken. Demgegenüber hat sich die Anzahl der über 65-Jährigen verdreifacht und es wird prognostiziert, dass diese Zahl weiter ansteigen wird. Dieser demographische Wandel führt zu einer sogenannten Überalterung der Gesellschaft, was auch Auswirkungen auf die jüngeren Generationen hat.

Durch diese sozialstrukturellen Veränderungen hat sich das Alter zu einer gesellschaftlich relevanten Lebensphase entwickelt.

Dieser Anstieg an älteren Menschen ist in Bezug auf den steigenden Alkoholkonsum älterer Menschen, was somit für die Thematik der vorliegenden Arbeit von grosser Bedeutung ist, da sich dadurch die Anzahl der Betroffenen deutlich erhöht.

2.3 Strukturwandel des Alterns

Der Begriff Altersstrukturwandel fasst gesellschaftliche Veränderungen zusammen, die innerhalb des Alterungsprozesses zu beobachten sind, wie Verjüngung, Entberuflichung, Feminisierung, Singularisierung und die Zunahme der Hochaltrigkeit (vgl. Schroeter 2009: 17).

Gemäss Perrig-Chiello und Höpflinger (2009: 8) hat sich die Lebenserwartung in den letzten hundert Jahren praktisch verdoppelt, daher hat die Lebensphase Alter eine Differenzierung zwischen jungem, mittlerem und hohem Alter erfahren.

Laut Höpflinger (2009: 2) wachsen neue Generationen unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen auf als ihre Eltern. Insofern verändern sich auch die Vorstellungen über Lebens- und Wohnformen. Die Babyboomer sind die erste Generation, die in einer vorher nie dagewesenen Friedens- und Wohlstandskultur aufwachsen durfte. Sie wurden stark durch eine globalisierte Jugendkultur geprägt und erlebten während des Aufwachsens einen vielseitigen Wandel in Form von veränderten traditionellen und kulturellen Werten bezüglich Sexualität, Heirat und Familienplanung. Auch der Suchtmittelkonsum veränderte sich in dieser Generation, denn es wurden vermehrt verschiedene Rauschmittel konsumiert und Frauen begannen häufiger zu rauchen. Dieser Wandel im Umgang mit Suchtmitteln hat offenbar auch einen Einfluss auf den Konsum im Alter. So beschreibt Höpflinger (vgl. ebd.: 6) das Phänomen von Menschen, die erst im Alter suchtfähig sind, etwa als Reaktion über den Verlust der Tagesstruktur und sozialer Kontakte nach der Pensionierung oder wegen altersbedingter Beschwerden. Da Menschen nach der Pensionierung keiner Leistungskontrolle mehr unterliegen, wird der Konsum oft nicht erkannt. Darauf wird in Kapitel 4 und 5 noch genauer eingegangen.

Eine weitere wichtige Veränderung erfuhr das Bildungssystem. Dadurch konnten mehr Männer und Frauen eine höhere Fachausbildung oder ein Studium absolvieren als ihre Eltern. Daraus ergaben sich bessere Karrierechancen und höhere Renten, sowie mehr Flexibilität, um sich auf den schnell wachsenden gesellschaftlichen und technologischen Wandel einzustellen und diesen aktiv zu bewältigen. Diese Bewältigungskompetenz zeigt sich nun auch im höheren Alter und verweist auf ein aktives Verhalten. Durch die Abnahme

harter körperlicher Arbeit zeigen die Babyboomer weniger körperliche Abnutzungserscheinungen, was ihnen ermöglicht, gesünder und vitaler in die Rente einzutreten. Des Weiteren sind die Frauen selbstbewusster und eigenständiger als noch ihre Mütter (vgl. Höpflinger 2009: 2).

Die Lebensphase Alter unterliegt heute einem stark ausgeprägten gesellschaftlichen Wandel. Die späte Berufsphase und das Rentenalter können neugestaltet werden und Fortschritte in der gerontologischen und geriatrischen Forschung zeigen neue Möglichkeiten für eine aktive und kompetenzfördernde Gestaltung des Alters auf. Prozesse wie Individualisierung, Pluralisierung und Dynamisierung der Lebensvorstellungen beeinflussen auch die älteren Menschen. Dies zeigt sich anhand von Veränderungen in den Bereichen Wohnmobilität, sozialen Verhaltensweisen wie Sport und Sexualität, sowie Lernen bis ins hohe Alter. Alt und innovativ als Lebensprogramm für die späte Lebensphase wird immer zentraler (vgl. ebd.: 2).

Ältere Menschen leben heute meist in Ein- bis Zweipersonenhaushalten. Dieser Umstand eröffnet individuelle Freiräume. Insgesamt leben Herr und Frau Schweizer länger zu Hause. Erst im höheren Alter nimmt der Anteil an institutionellen Wohnformen zu. 68% der älteren Bevölkerung schätzen ihr Gesundheitsbefinden als gut bis sehr gut ein.

2.4 Lebensereignisse im Alter

Es erscheint der Autorin wichtig, den Blick nun gezielt auf Lebensereignisse und soziale Veränderungen zu legen, die zur Lebensphase Alter gehören. Diese Lebensereignisse prägen das Älterwerden und müssen bewältigt werden. Neben der Pensionierung, die unbestritten ein wichtiges Lebensereignis darstellt, erscheint auch die Zeit davor relevant. Hier können Probleme entstehen, die negative gesundheitliche Auswirkungen auf die Betroffenen haben können. Darauf wird nun näher eingegangen.

2.4.1 Anerkennungskrisen vor dem Eintritt in die Pensionierung

Gemäss Siegrist (2012: 313f) erhalten Menschen in der Regel Anerkennung, wenn sie über Eigenschaften, Ressourcen, Güter oder Leistungen verfügen. Dies kann in Form von Lohn, Bonuszahlungen oder auch ausgesprochenem Lob erfolgen. Um Anerkennung zu erhalten, muss also etwas getan werden.

Es wird davon ausgegangen, dass Anerkennungskrisen ein gesundheitliches Risiko darstellen. Die Enttäuschung bei ausbleibender Belohnung führt bei den Betroffenen meist zu emotionalen Reaktionen wie Verärgerung und Verzweiflung. Die Dauer und Intensität dieser Gefühle sind gekoppelt mit der Grösse der erbrachten Leistung, die nicht gewürdigt wurde. Dauern diese starken und negativen Gefühle an, können sie das Selbstwertgefühl beeinträchtigen, Stress auslösen und tatsächlich krank machen: Andauernd auftretender

Stress kann im Körper eine hormongesteuerte Reaktion auslösen, die sich schädlich auf den Organismus auswirkt. Dies führt zu seelischen oder körperlichen Krankheiten (vgl. ebd.: 315).

In gross angelegten Studien konnte bewiesen werden, dass bei fast allen erwerbstätigen älteren Männern und Frauen, die von mangelnder Anerkennung betroffen sind, ein signifikant höheres Risiko besteht, an einer der folgenden Störungen zu erkranken: koronare Herzkrankheiten, Depression, Diabetes Typ II, Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Schlafstörungen, sowie schlechte subjektive Gesundheit. Es zeigt sich im Mittel über alle Studien, dass von einer Risikoverdoppelung stressbedingter Krankheitsmanifestationen ausgegangen werden kann. Eine wichtige Erkenntnis ist, dass nicht nur fehlende materielle Anerkennung krank macht, sondern auch mangelnde immaterielle Anerkennung (vgl. ebd.: 319ff).

2.4.2 Pensionierung - Übergang in die nachberufliche Phase

Gemäss Mayering (1990: 38) markiert der Eintritt in die Pensionierung ein gesellschaftlich historisches Phänomen. Nach wie vor wird die Pensionierung durch negative Zuschreibungen wie Pensionsbankrott oder sozialer Tod begleitet. Diese Begriffe seien aber heute nicht mehr haltbar, da die Pensionierung als Lebenskrise nicht empirisch bewiesen werden konnte. Zwei Drittel der Betroffenen erleben den Übertritt ins Rentnerdasein als positiv.

Laut Backes und Clemens (2013: 61) erfährt der Wechsel vom Erwerbsleben in den Ruhestand nach wie vor die stärkste Zuschreibung von Alter. Dieser Übergang wird von Betroffenen sehr unterschiedlich erlebt und ist von folgenden Faktoren abhängig: Finanzielle und gesundheitliche Situation, familiäre Situation und soziales Eingebunden-Sein. Geschlechterspezifisch gibt es in der Anpassungsphase an den Ruhestand keine grossen Unterschiede. Bei Frauen und Männern zeigen sich sowohl unauffällige als auch krisenhafte Verläufe.

Wie zufrieden sich Menschen nach der Pensionierung fühlen, hängt gemäss Perrig-Chiello und Höpflinger (2009: 57) stark vom Umstand ab, ob die Pensionierung eine bewusste, gewollte Entscheidung war. Als belastend wird die unfreiwillige Pensionierung empfunden und am problematischsten wird der Ruhestand wahrgenommen, wenn gesundheitliche Probleme, geringes Einkommen und wenig soziale Kontakte bestehen.

Backes und Clemens (2013: 61) zufolge, ist der Ruhestand auch in der Sozialen Gerontologie ein zentrales Thema. Bis anhin hat sich die Forschung vor allem mit den krisenhaften Bewältigungsprozessen von Männern beschäftigt, in neuerer Zeit gewinnen, aufgrund des Strukturwandels, auch die Berentungsprozesse von Frauen zunehmend an Bedeutung.

Maercker (2015: 8) verweist darauf, dass den meisten älteren Menschen die Bewältigung der Pensionierung gut gelingt und dadurch keine besonderen gesundheitlichen Probleme resultieren. Er benennt aber eine kleine Gruppe, welche den Berufsausstieg negativ verarbeitet. Ob bei dieser Gruppe bereits im Vorfeld psychische Störungen bestanden, darüber finden sich keine entsprechenden Studien.

Auch Mayring (1990: 47) beschreibt das Erleben der Pensionierung als ein Geschehen, das von vielen Faktoren beeinflusst wird, aber durchaus von vielen als positiv erlebt wird. Er beschreibt ebenfalls eine Risikogruppe und benennt folgende Probleme, die für eine negative Verarbeitung der Pensionierung verantwortlich sein können:

- Geringe Rente (betrifft eher Frauen, die nicht durch den Partner abgesichert sind)
- Frühe Pensionierung (bei gesundheitlichen Problemen)
- Starke Fixierung auf den Beruf ohne angemessene Freizeitaktivitäten
- Arbeitskollegen als einzige Sozialkontakte und nicht weiterführen dieser Beziehungen
- Kombination von Pensionierung und anderen kritischen Ereignissen.

2.4.3 Beziehungen im Alter

Als wichtigste soziale Beziehungen im Alter gelten Familie und Partnerschaft. Trotz Veränderungen in der Institution Familie, wie mehr Scheidungen und weniger Kinder, ist die Wertschätzung der Familie nach wie vor hoch. Es zeigt sich hier aber auch ein grosses Konfliktpotenzial, wenn Wünsche und Erwartungen nicht erfüllt werden können (vgl. Backes/Clemens 2013: 236). Die Sozialen Netzwerke von Menschen im Altersheim sind kleiner und bei geschiedenen Personen werden sie als am kleinsten errechnet. Fehlende soziale Beziehungen zeigen sich oft auch bei kinderlosen älteren Menschen. Hier sind die Angehörigen meist wichtige Bezugspersonen, die aber oft ähnlich alt sind und somit versterben können. Ausserfamiliäre Kontakte werden daher als sehr wichtig erachtet. Es wird vermutet, dass im höheren Alter intensiver Kontakt gesucht wird zu Menschen, denen man sich verbunden fühlt. Insgesamt nehmen soziale Beziehungen mit zunehmendem Alter ab (vgl. ebd.: 237).

2.4.4 Verlusterfahrungen von Partnern oder Angehörigen

Mit zunehmendem Alter steigt gemäss Maercker (2015: 9) das Risiko Partner, Kinder oder auch Freunde und Verwandte zu verlieren. Es zeigen sich bei der Bewältigung dieser Verlusterfahrungen unterschiedliche Verläufe der Trauerverarbeitung. Verwitwete Männer haben mehr Schwierigkeiten, sich wieder sozial einzubinden. Es kann resümiert werden, dass bei den meisten Betroffenen die unmittelbare Trauerreaktion nach einer gewissen Zeit abnimmt und wieder mehr Lebenszufriedenheit erlangt werden kann.

2.4.5 Multimorbidität

Gemäss Godde, Voekel und Olk (2016: 493) steigt die Anfälligkeit für körperliche Erkrankungen und kognitive Einbussen im Alter. Häufige körperliche Erkrankungen sind Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen und Krebs. Auch Schlafstörungen auf Grund von psychischen oder physischen Beeinträchtigungen sind häufig. Multimorbidität entwickelt sich meist über die Lebensspanne, als Folge von bestimmten Lebensstilen.

2.4.6 Psychische Gesundheit im Alter

Gemäss dem Bericht 5 zur Gesundheit und Lebensqualität im Alter (2016: 91) spielt, neben den abnehmenden körperlichen und sozialen Möglichkeiten, die psychische Gesundheit im Alter eine zentrale Rolle. Insgesamt wird die psychische Gesundheit im Alter als sehr gut eingeschätzt, von vielen sogar besser als in jüngeren Jahren. Dennoch erkranken 15-25% der älteren Menschen an mindestens einer psychischen Erkrankung. Am häufigsten sind dies Depressionen, Angsterkrankungen, Demenzen, Suchterkrankungen und Schlafstörungen.

2.4.7 Eintritt ins Heim

Der Eintritt in ein Heim wird selten frühzeitig geplant, sondern geschieht auf Grund nachlassender Alltagskompetenzen und beeinflusst die selbständige Lebensführung stark. Der Hauptgrund für einen Heimeintritt ist meistens ein sich verschlechternder Gesundheitszustand. Ältere Menschen werden durch diesen Schritt stark gefordert und ihre psychische Bewältigungskapazität kann an ihre Grenzen stossen. Der drohende Verlust der Selbständigkeit auf Grund von Pflegebedürftigkeit und der damit erlebte Kontrollverlust können als sehr belastend wahrgenommen werden (vgl. Backes/Clemens 2013: 263).

2.5 Bewältigungsherausforderung

Gemäss Backes und Clemens (2013: 105) wirken sich körperliche, psychische und/oder soziale Veränderungen mit zunehmendem Alter stärker auf die Bewältigungsmöglichkeiten aus. Ältere Menschen verfügen zwar lange über die Fähigkeit, sich mit Verlusterfahrungen auseinanderzusetzen und wieder an Stabilität zu gewinnen, doch stehen ihnen nicht mehr die gleichen unterstützenden Strategien zur Verfügung, wie in jungen Jahren. Diese Ausgangslage erfordert eine reflexive Form der Auseinandersetzung. Wenn diese Anpassungsleistung misslingt, kann es zu Konflikten und Enttäuschungen kommen. Gerade im Alter gestaltet sich die Verbindung von Körper und Psyche intensiver und deshalb führen Einschränkungen und Erkrankungen zu einer erhöhten Verletzlichkeit (vgl. ebd.: 106).

Gemäss Saup (1990: 185) müssen sich ältere Menschen in fast allen Lebensbereichen auf Veränderungen einstellen. So kann auf die Vielfalt der bedeutsamen Lebensereignisse nicht mehr gleich routiniert reagiert werden, was bedeuten kann, dass vorhandene Fähigkeiten angepasst werden müssen. Es muss z.B., entgegen der Gewohnheit, auf Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zurückgegriffen werden, was zu Überforderung führen kann. Bedeutsame Lebensereignisse und die damit einhergehenden Veränderungen können als Bewältigungsaufforderungen verstanden werden.

2.6 Altersbilder

Negative Zuschreibungen gegenüber einer bestimmten Menschengruppe oder einer Krankheit haben nachweislich Einfluss auf die Betroffenen. Deshalb erscheint es relevant, an dieser Stelle auf die, nach wie vor bestehenden, negativen Altersbilder einzugehen.

Gemäss Schroeter (2009: 7f) haben negativ besetzte Altersbilder rückblickend eine lange Tradition, ebenso wie der Wunsch nach ewiger Jugend. Diese ambivalente Vorstellung hat sich bis in die heutige Zeit behauptet. So ist in der Gesellschaft meist die Rede von aktiven, rüstigen älteren Menschen oder kranken alten Menschen. Das Alter ist sozial konstruiert und somit Ergebnis gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse. Die Vorstellungen über das Alter werden ideologisch, sozial und kulturell gebildet.

Gemäss Backes und Clemens (2013: 59) handelt es sich bei Altersbildern um bildhafte Vorstellungen, die auf Meinungen und Vorstellungen über alte Menschen basieren. Von Altersstereotypen spricht man, wenn älteren Menschen gewisse Verhaltensweisen, Eigenschaften und Rollenerwartungen ausschliesslich auf Grund des Alters zugeschrieben werden. Die Betroffenen Personen werden dabei nicht über ihre Wahrnehmung und Bewertung befragt.

Laut Kruse (2019: 57) führen negative Meinungsäusserungen bezüglich Alter und Altern oft dazu, dass diese von den älteren Menschen selbst übernommen werden. Diese negativen Zuschreibungen können die Handlungsspielräume im Alter stark einschränken. Ebenfalls beeinflussen gesellschaftliche Strukturen die Teilhabe an sozialen Rollen. Es wird davon ausgegangen, dass negative Altersbilder, die auf Defizite fokussieren, zu selbsterfüllenden Prophezeiungen werden können.

Kruse (2019: 59) führt weiter aus, dass die erhöhte Vulnerabilität im Alter, aber auch der eigene Umgang damit, teilweise auf der Grundlage von bestehenden Altersbildern sozial konstruiert wird. Besonders schwerwiegend erweist sich dies, wenn Alter mit Krankheit

gleichgesetzt wird und älteren Menschen die kognitive Plastizität, sowie psychische Anpassungsfähigkeit und Selbstgestaltungspotenziale abgesprochen werden. Dies zeigt sich besonders akzentuiert, wenn älteren Menschen Rehabilitationen oder Psychotherapien vorenthalten werden, obwohl man heute über die Nützlichkeit dieser Interventionen Kenntnis hat. Hier zeigt sich damit eine Einengung oder Reduktion von Verhaltensspielräumen älterer Menschen, die durch die Gesellschaft mitbedingt werden.

Von einer positiven Stigmatisierung wird dann gesprochen, wenn beispielsweise Gerontologen und Gerontologinnen ein positives Modell des Alterns entwickeln, um den bestehenden Defizitbildern des Alters entgegen zu wirken. Die Vorstellungen über das Alt-Sein variieren zwischen dem generalisierten und dem selbstbezogenen Altersbild. Das selbstbezogene Altersbild ist eher positiv akzentuiert, demgegenüber ist das generalisierte Altersbild eher negativ gezeichnet (vgl. ebd.: 60).

2.7 Fazit

Das Altern ist ein dynamischer Prozess, der sowohl Gewinne als auch Verluste beinhaltet. Die Lebensphase, wie sie sich heute zeigt, erscheint insgesamt vielfältig und kann nach der Pensionierung noch viele Jahre dauern. So haben die heutigen Rentner und Rentnerinnen viele Möglichkeiten ihre Leben zu gestalten und sich guter Gesundheit zu erfreuen. Aber das Leben im Alter wird auch komplexer, da sich in dieser Zeit kritische Lebensereignisse häufen können. Die im Lebenslauf erworbenen individuellen Bewältigungsmöglichkeiten sind daher von zentraler Bedeutung. Die Literatur verweist darauf, dass gute Gesundheit, ein funktionierendes soziales Netzwerk, gesicherte finanzielle Möglichkeiten und das Verwirklichen eigener Ziele massgeblich zu einem zufriedenen Alter beitragen. Doch nicht alle älteren Menschen in der Schweiz verfügen über diese Voraussetzungen. Der gesellschaftliche Blick auf das Alter scheint immer noch negativ gefärbt zu sein, dadurch werden die Bewältigungsmöglichkeiten eingeschränkt, weil älteren Menschen teilweise keinen Zugang zu bestimmten Hilfeleistungen gewährt wird. Schlussendlich werden negative Altersbilder von den Betroffenen oft übernommen.

Schwierige Lebensphasen stellen ein Risiko für erhöhten Alkoholkonsum dar. Der nachweislich hohe Alkoholkonsum älterer Menschen wird oft damit begründet, dass die Generation der Babyboomer viel trinkt. Deshalb wird kaum nach den Hintergründen des Konsums gefragt. Auf diese Frage wird deshalb im Kapitel 4 Sucht und Alter näher eingegangen.

3 Sucht

Rauschtrinken und betrunkenes Verhalten wird meist im Zusammenhang mit Jugendlichen oder Erwachsenen thematisiert, erst seit kurzem spricht man auch über das Thema Sucht im Alter. Da sich die vorliegende Arbeit mit dem steigenden Alkoholkonsum älterer Menschen befasst, wird im folgenden Kapitel zunächst auf die Krankheit Sucht näher eingegangen. Eine Suchterkrankung entwickelt sich in den meisten Fällen schleichend, der Übergang von regelmässigem Konsum zur Sucht ist schwer zu erkennen. Zudem wird der Konsum von Betroffenen und auch von Angehörigen oft bagatellisiert. Daher erscheint es für das Verständnis der Thematik relevant, die Entstehung einer Abhängigkeit näher vorzustellen. Zudem werden wichtige Begriffe zu diesem Thema aufgegriffen und erläutert.

3.1 Konsumverhalten

Ob es sich beim Konsumverhalten einer Person um unproblematischen, riskanten, schädlichen und/oder abhängigen Konsum handelt, ist häufig sehr schwer zu unterscheiden (vgl. Lützenkirchen 2010: 14). Von «risikoarmem Konsum» spricht man, gemäss Lindenmeyer (2013: 7f), wenn folgende Trinkmengen pro Tag nicht überschritten werden:

- Frauen: 12g reiner Alkohol (= 1dl Wein, 3dl Bier oder 4cl Schnaps)
- Männer: 24g reiner Alkohol (= 2dl Wein, 6dl Bier oder 8cl Schnaps)

Es sollte ausserdem nicht häufiger als an 5 Tagen pro Woche getrunken werden, um eine Toleranzentwicklung zu vermeiden. Für die Einschätzung des Konsumverhaltens sollte man sich aber nicht ausschliesslich an der Trinkmenge orientieren, sondern auch die individuelle Lebenssituation berücksichtigen. So ist riskanter Konsum vor dem 20. Lebensjahr gefährlicher als nach dem 40. Lebensjahr, aber die Alkoholverträglichkeit verringert sich aufgrund körperlicher Veränderungen ab dem 60. Lebensjahr (vgl. Kapitel 4.2.1). Die Tatsache, dass sich die Alkoholverträglichkeit im Alter verringert, erscheint in Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit besonders wichtig, um das Konsumverhalten älterer Personen zu beurteilen. Es können sich plötzlich negative Folgen des Konsums einstellen, auch wenn es sich bis anhin um einen moderaten Konsum gehandelt hat (vgl. ebd.: 7f).

Niekrens (2012: 33ff) benennt folgende vier Stadien der Abhängigkeitsentwicklung:

- Erstgebrauch / Einstieg
- Wiederholter Gebrauch / Konsum
- Regelmässiger Gebrauch / Gewöhnung
- Unkontrollierter Gebrauch / süchtige Abhängigkeit

Diese Stadien sind schwer voneinander zu unterscheiden, da die Übergänge fließend und hoch individuell sind. Der Zwischenschritt Gewöhnung kann z.B. wenige Monate bis Jahre dauern. Es ist somit schwierig einzuschätzen, welches Stadium der Suchtentwicklung bei einem oder einer Betroffenen erreicht ist. Der Kontrollverlust ist jedoch ein wichtiges Indiz: Bei fortschreitender Abhängigkeit unterliegt die Handlungsfähigkeit zunehmend dem Zwang zu konsumieren, die Selbststeuerung geht verloren.

Bei der Entstehung einer Abhängigkeit wirken verschiedene Faktoren mit, denn nicht jeder Mensch, der eine Substanz konsumiert, wird davon abhängig. Die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung ist besonders gross, wenn die Substanz in einem emotional aufgewühlten Zustand konsumiert wird und es dadurch zu einer positiven Veränderung des erlebten Zustands kommt. Man spricht von einer «unverdienten Belohnung» (vgl. Wolter 2011: 66).

3.2 Diagnostik

Eine Abhängigkeitssyndrom (F10.2) liegt vor, wenn mindestens drei der folgenden Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt sind:

- Starkes Verlangen oder Zwang zu konsumieren
- Kontrollverlust bezüglich Beginnes, Beendigung und Menge
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion der Menge
- Toleranzentwicklung
- Einengung der Interessen auf den Konsum
- Anhaltender Konsum trotz schädlicher körperlicher und sozialer Folgen (vgl. WHO, 2008: 115).

Liegt kein Abhängigkeitssyndrom vor, sind jedoch alkoholbedingte Schäden auf psychischer und körperlicher Ebene nachweisbar, spricht man von «schädlichem Gebrauch/Missbrauch». «Riskanter Konsum» bedeutet, dass noch keine gravierenden Schäden aufgetreten sind, jedoch ein erhöhtes Risiko für einschneidende negative Folgen besteht (vgl. ebd.)

3.3 Alkoholabhängigkeit - eine chronische Erkrankung

Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine chronische Erkrankung, bei der eine einmalige Behandlung selten ausreicht. Sie erfordert in den meisten Fällen eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der Betroffenen durch Fachpersonen und Angehörige. Leider zeigt sich aber gerade bei chronischen Verläufen oft, dass die Betroffenen kaum

über soziale Unterstützungsnetze verfügen, was den Krankheitsverlauf negativ beeinflusst (vgl. Lindenmeyer 2013: 11).

Tritt gleichzeitig zur Abhängigkeit eine weitere psychische Erkrankung auf, ist mit einem krisenhaften Verlauf zu rechnen. Hier kann auch bei missbräuchlichem Konsum ein Behandlungserfolg nur eintreten, wenn eine entsprechende integrierte Suchtbehandlung erfolgt. Verschlechtert sich die komorbide psychische Erkrankung, kann dies zu vermehrten Alkoholrückfällen führen (vgl. ebd.: 11).

3.4 Ursachen für die Suchtentwicklung

Der Mensch ist grundsätzlich daran interessiert, sein Leben, Denken, Fühlen und Handeln so zu beeinflussen, dass er sich wohl fühlen kann. Er strebt nach der Befriedigung folgender vier Grundbedürfnisse:

- Orientierung, Kontrolle und selbstbestimmtes Handeln
- Selbstwert und Selbstachtung
- Bindung und Zugehörigkeit
- Luststreben und Unlustvermeidung (vgl. Schneider 2013: 23).

Der Wunsch nach Orientierung, Kontrolle und selbstbestimmtem Handeln beschränkt sich nicht nur auf die äussere Situation, sondern betrifft auch persönliche Fragen nach dem Lebenssinn. Hier zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Gefühl der Scham und der Abhängigkeitsentwicklung. Ist das Schamgefühl vor anderen oder auch vor sich selbst gross, weil man zum Beispiel das Gefühl hat, nicht den Erwartungen zu entsprechen, führt dies zu einem Verlust des Selbstwertes. Dieser Verlust wird mit allen Mitteln zu kompensieren versucht, zum Beispiel durch den Konsum bewusstseinsverändernder Substanzen wie Alkohol. Der Alkoholkonsum kann demnach als Versuch der Schamabwehr verstanden werden (vgl. ebd.: 23). Die Abhängigkeit entsteht dadurch, dass der Konsum von Alkohol, aber auch anderer bewusstseinsverändernder Substanzen, als positiv und erhellend erlebt wird und dadurch die negativen Zustände, wie z.B. Scham, Angst, Unsicherheit und Einsamkeit vermieden werden können. Im Gehirn entsteht im Belohnungszentrum eine Verbindung zwischen der Droge und deren Wirkung, was eine immer stärker werdende Erwartungshaltung bezüglich der Wirkung erzeugt und im Endeffekt zu einer Abhängigkeit führen kann (vgl. ebd.: 30).

(s. Anhang I: Grundbedürfnisse Trinkmotive und vorbeugende Massnahmen)

4 Sucht im Alter

Im Kapitel zwei wurden Veränderungsprozesse und Herausforderungen im Alter vorgestellt, die alle älteren Menschen mehr oder weniger betreffen. Bei vielen verläuft dieser Veränderungsprozess ohne grössere Krisen. Wie schon angedeutet, gibt es Menschen, die mit den Herausforderungen im Alter überfordert sind und eine ungesunde Form der Bewältigungsstrategie, wie z.B. den Alkoholkonsum, wählen.

Im Folgenden wird das Phänomen Sucht im Alter vorgestellt. Es werden mögliche Ursachen und Hintergründe aufgezeigt. In einem nächsten Schritt wird ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell in Bezug auf das Alter vorgestellt und auf das Thema Stigmatisierung eingegangen. Abschliessend werden Behandlungsmöglichkeiten und die aktuelle Versorgungsstruktur beschrieben.

4.1 Epidemiologie

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, trinken in der Schweiz 43% der über 65-jährigen Männer und 22% der gleichaltrigen Frauen täglich Alkohol (vgl. Kutschke 2012: 40). Bei den über 65-Jährigen treten alkoholbezogene Störungen häufig auf, diese werden aber selten diagnostiziert oder behandelt. Zwar geht der Alkoholkonsum im Alter durchschnittlich zurück, doch die aktuell in die Rente gehende Kohorte der Babyboomer weist einen hohen Konsum auf. In Dänemark wird diese Kohorte auch die «Rotweingeneration» genannt. Der vergleichsweise hohe Alkoholkonsum der Babyboomer hat verschiedene Gründe, wie die zunehmende Verfügbarkeit von Alkohol nach dem 2. Weltkrieg und der folgende Preiszerfall. Auch wurde der Alkoholkonsum zusehends ein Zeichen des Wohlstandes und der Kultur. Viele Menschen lassen sich die Gewohnheit des Alkoholkonsums im Alter nicht nehmen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Anteil älterer Menschen mit missbräuchlichem und abhängigem Konsum wächst und weiterwachsen wird. (vgl. Mühlig/Wolter 2018: 123).

Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass übermässiger Konsum im Alter besonders problematisch ist, da sich die oft bereits bestehenden Grunderkrankungen durch den Konsum verschlechtern (vgl. ebd.: 126). Zudem wird von einem Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Suizidalität ausgegangen. Auch eine frühere Suchterkrankung kann im Alter unter bestimmten Bedingungen reaktiviert werden und muss als Risikofaktor berücksichtigt werden (vgl. ebd.: 129).

Basierend auf einer Erhebung der Suchtprävalenz im Alter, muss hinsichtlich der Verbreitung von Substanzmissbrauch und Abhängigkeit im Alter von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Bei älteren Menschen besteht zudem häufig das Problem der Unterdiagnostik, die Abhängigkeit wird oft nicht erkannt, bagatellisiert, geleugnet oder fehlinterpretiert. Apathie, Verwirrtheitszustände, Interessenverlust oder Stürze werden häufig dem Alter zugeschrieben, anstatt dahinter eine Alkoholproblematik zu vermuten (vgl. ebd.: 126).

Die Generation der Babyboomer ist nach Mühlig und Wolter (2018: 124) ausserdem die erste, welche mit der Einstellung sozialisiert wurde, dass es für jedes Problem die passende Tablette gäbe, weshalb mit einer Zunahme des Medikamentenmissbrauchs im Alter zu rechnen sei. Auch dem Konsum illegaler Drogen bei älteren Menschen wurde bislang kaum Bedeutung geschenkt. Dies erweist sich nun aber als dringend notwendig, da sich die Lebenserwartung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeit erhöht hat. Diese Entwicklungen stellen die Gesundheitsversorgung und die Politik vor neue Herausforderungen.

4.2 Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell

Abhängigkeit im Alter ist ein neues Phänomen, altersspezifische Ursachen für eine Suchtentwicklung sind vielfältig und erst ansatzweise erforscht. Schnoz et al. weisen darauf hin, dass entgegen früherer Annahmen, eine Abhängigkeit im Alter weder anhand der Persönlichkeitsstruktur noch durch klar definierte auslösende Faktoren erklärt werden kann (vgl. Schnoz et al. 2006: 10). Bojack, Brecht und Derr zufolge wird in modernen Ansätzen die Entstehung einer Sucht als komplexer Vorgang verstanden, der über längere Zeit aus einem Ursachengefüge zwischen den drei Faktoren **Person, Droge und Umwelt** entsteht. Diese drei Faktoren werden oft als Suchtdreieck dargestellt. Man spricht von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (vgl. Bojack/Brecht/Derr 2010: 43).

Da in dieser Arbeit der Fokus auf Menschen liegt, die nach dem 60. Lebensjahr eine Suchterkrankung entwickeln, werden in den folgenden Kapiteln die einzelnen Faktoren des eben erwähnten Suchtdreiecks mit dem Blick aufs Alter näher beleuchtet.

4.2.1 Person

Mit dem älter Werden ist der Mensch mit einer Vielzahl von Veränderungen konfrontiert. In der Folge werden körperliche und psychische Bedingungen ausgeführt.

Körperliche Bedingungen

Wolter weist darauf hin, dass sich mit fortschreitendem Alter der Wasseranteil im Körper und die Enzymaktivität reduzieren. Daraus resultiert eine höhere Blutalkoholkonzentration

bei gleichbleibender Trinkmenge. Die neuropsychologischen Auswirkungen sind dadurch gravierender als bei jüngeren Menschen.

Alkoholintoxikationen, Entzugssymptome oder auch Folgeerkrankungen werden aufgrund der unspezifischen Symptome oft mit anderen altersbedingten Krankheiten verwechselt, oder bei einem negativen Altersstereotyp, dem normalen Altern zugeschrieben (vgl. Wolter 2015: 264). Diese Phänomene sind aber von grosser Alltagsrelevanz mit Hinblick auf die Mobilität und Selbstständigkeit der Betroffenen. Sie führen z.B. zu erhöhter Sturzgefahr oder Fahruntauglichkeit, unabhängig davon, ob es sich um missbräuchlichen oder abhängigen Konsum handelt. Zudem besteht aufgrund der körperlichen Veränderungen eine erhöhte Gefahr von Wechselwirkungen mit Medikamenten, die im Alter häufig verordnet werden (vgl. ebd.: 264).

Mit dem Alter steigt das Risiko körperlich zu erkranken. Die Folgen können Schmerzen oder Behinderungen sein. Insgesamt nimmt die körperliche Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ab. Alle diese Einschränkungen können, so Schnoz, den Verlust der Eigenständigkeit, des persönlichen Freiraumes bedeuten. Plötzlich ist man z.B. nicht mehr in der Lage, selbstständig einzukaufen oder die Körperpflege auszuführen. Diese Einschränkungen bedeuten auch, dass soziale Kontakte nicht mehr wie bis anhin gepflegt werden können, was häufig ein Gefühl der Nutzlosigkeit auslöst. Hinzu kommen Gefühle von Einsamkeit und Resignation (vgl. Schnoz et al. 2006: 10).

Auch Lützenkirchen et al. (2010: 44) beschreiben, dass kognitive und körperliche Fähigkeiten mit zunehmendem Alter nachlassen, was Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen kann. Im Alter treten auch öfters Schlafstörungen auf. Zudem besteht gemäss Bojack et al. (2010: 45) die Gefahr, dass sich beim Verlust von tragenden Beziehungen und bei nicht verarbeiteter Trauer innerpsychische Konflikte entwickeln, die über den Körper ausgetragen werden können.

Psychische Bedingungen

Bojack et al. (2010: 46) benennen die Ausstattung der Persönlichkeit als wichtigen Faktor psychischer Bedingungen. Damit sind die Konfliktlösestrategien des Menschen gemeint, die es ihm ermöglichen, die spezifisch im Alter auftretenden Situationen zu bewältigen. Als solche benennen sie Einsamkeit, Verlustängste aber auch Trauer. Weitere Faktoren sind Altersstress und erlernte Hilflosigkeit. Im Alter steigt das Risiko schwer zu erkranken, was zu grossen Belastungen, Stress und Unsicherheit führen kann. Viele Arztbesuche werden auf stressbedingte Störungen zurückgeführt. Insgesamt spielen bei Frauen und Männern die Persönlichkeit, die vorhandene Konfliktlösungskompetenz und die aktuell erlebte Belastungssituation eine entscheidende Rolle bei einer Suchtentwicklung (vgl. ebd.: 47).

Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit weisen nach Wolter eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Besonders im Alter findet sich häufig die Kombination einer Alkoholproblematik und einer Depressionssymptomatik (vgl. Wolter 2015: 263). Lützenkirchen betont, dass der Alkoholkonsum die Symptome der Depression verstärkt und die Wirksamkeit der Antidepressiva verringert. Die seelische Not, in die ältere Menschen geraten können, spielt jedoch eine zentrale Rolle bei der Abhängigkeitsentwicklung. Je weniger es ihnen gelingt, sich den Veränderungen anzupassen, desto grösser ist die Gefahr, an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 43f).

4.2.2 Umwelt

Bojack et al. (2010: 30) betonen, dass aus der Perspektive der Betroffenen die Umwelt wesentlich zur Entstehung einer Sucht beiträgt: Der Mensch muss sich den Anforderungen im Alltag stellen und diesen gerecht werden. Reichen die erlernten Bewältigungsstrategien nicht aus, kann es zu Überforderung und Ohnmachtsgefühlen kommen, was eine Abhängigkeitsentwicklung begünstigt.

Dagegen bezeichnen Lützenkirchen et al. (2010: 43) Lebenskomplikationen als direkte Folge des Alterungsprozesses, die sich bereits im mittleren Alter entwickeln. Dies trifft vor allem auf die Gruppe der late-onset Konsumenten zu und hat zur Folge, dass latent vorhandene Probleme mit fortschreitendem Alter an Komplexität zunehmen. Grund dafür sind zusätzlich auftretende altersspezifische Probleme, wie gesellschaftliche Vorurteile gegenüber älteren Menschen oder strukturelle Veränderungen. Umweltbedingte Herausforderungen können demnach sowohl Ursache als auch Folge von late-onset Konsum sein.

Ebenfalls in den Bereich Umwelt gehören die in Kapitel 2.4 beschriebenen Lebensereignisse, wie z.B. der Verlust von Partnern und Freunden, der Wegzug der Kinder und die Pensionierung.

Seit dem Ende des 2. Weltkrieges erfuhr der Konsum von Drogen eine ganz neue Bedeutung und wurde im grossen Stil betrieben. Wie bereits in Kapitel 2.3 beschrieben, ist hiervon besonders die Gruppe der Babyboomer betroffen, die als erste mit der «Quickfix»-Mentalität sozialisiert wurde, was bedeutet, dass es gegen jedes Unwohlsein das passende Medikament gibt. Die ständige Verfügbarkeit von Substanzen, der Preiszerfall des Alkohols, sowie die verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten bei Konsumfolgeerkrankungen haben dazu geführt, dass die Motivation zur Abstinenz gesunken ist (vgl. Wolter 2015: 259).

Lützenkirchen et al. (2010: 25) nennen als weitere Faktoren für den steigenden Drogenkonsum den Mangel an Zukunftsaussichten und Alternativen. Dabei spielt das gesellschaftliche Trinkverhalten eine grosse Rolle.

4.2.3 Alkohol

Alkohol wurde bereits als ein Konsumgut beschrieben, das gesellschaftsfähig ist. Es erfreut sich grosser Beliebtheit und Akzeptanz. Dies spiegelt sich auch in der Sprache: Das Wort Alkohol kommt aus dem Arabischen und bedeutet «das Feinste» (vgl. Schneider 2013: 39ff). Die negativen Aspekte des Alkoholkonsums werden in diesem Zusammenhang wenig benannt.

Heute kann Alkohol lange haltbar gemacht werden, ist in grossen Mengen verfügbar und preisgünstig erhältlich. Ca. 80% der Erwachsenen trinken Alkohol und entsprechend wird die Substanz oft nicht als Droge angesehen. Er findet seine Verwendung als Genussmittel, Nahrungsmittel und erlaubtes Rauschmittel (vgl. Schneider 2013: 39-46).

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, seine Wirkung auf das Gehirn ist jedoch bis heute nicht restlos geklärt. Ursprünglich ging man in der Forschung von einer dämpfenden Wirkung aus. Heute denkt man eher, dass Alkohol im Gehirn, an den Nervenzellen des Belohnungszentrums, in das Gleichgewicht von hemmenden und aktivierenden Botenstoffen eingreift (vgl. Lindenmeyer 2005: 45).

Entscheidend für die Entstehung des Suchtmechanismus bei Alkohol ist nach Lindenmeyer die sogenannte Zweiphasen-Wirkung. Nach der Einnahme entfaltet sich sehr schnell, aber nur kurz andauernd, eine angenehme Wirkung, die als beruhigend, entspannend, schmerzlindernd oder stimmungsaufhellend wahrgenommen wird. Die nachfolgende unangenehme Wirkung setzt ein, wenn der Alkoholspiegel im Blut absinkt. Ein komplexer Vorgang im Gehirn führt dabei zu einer mangelnden Endorphin-Aktivität. Dies äussert sich durch einsetzende Unruhe, Unlust, Nervosität oder Depressivität. Die angenehme Wirkung dauert dabei viel weniger lang als die unangenehme Wirkung. Diese Zweiphasenwirkung beschreibt das Suchtpotenzial einer Substanz und kommt auch bei allen Medikamenten mit Suchtpotenzial vor, wie z.B. bei Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (vgl. Lindenmeyer 2005: 46).

4.3 Typologisierung der Alkoholabhängigkeit im Alter

Beutel und Bachmann (2000: 157) halten fest, dass die meisten Menschen, die sich in einer stationären oder ambulanten Suchtbehandlung befinden, zwischen 35 und 45 Jahre alt sind

und vor dem 25. Lebensjahr mit dem Konsum begonnen haben. Sie werden als early-onset bezeichnet. Die Gruppe der sogenannten late-onset, umfasst die Menschen, die erst später im Leben einen problematischen Konsum aufweisen. Neben den early-onset und den late-onset gibt es auch Menschen, die in jungen Jahren an einer Suchterkrankung gelitten hatten, diese aber erfolgreich behandeln konnten. Im Alter kann diese Erkrankung durch ungünstige Umstände reaktiviert werden (vgl. Mühlig/Wolter 2018: 129).

Da sich die Gruppen der early-onset und late-onset hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten unterscheiden, erscheint die Differenzierung wichtig (vgl. Weyer/Schäufele 2017: 74). Deshalb wird im Folgenden auf diese beiden Gruppen näher eingegangen.

Early-onset: Zwei Drittel der Alkoholkranken im Alter gehört zur Gruppe der early-onset. Diese beginnen den Konsum in jungen Jahren und behalten ihn über die Jahre bei. Es zeigen sich oft vielfältige Folgeschäden des langjährigen Konsums und die Betroffenen altern schneller. Auf Grund der speziellen Lebensführung treten oft zusätzliche Krankheitsbilder auf und die Therapiechancen werden als gering eingestuft. Das Ziel der Behandlung ist in vielen Fällen eine Schadensminderung. Oft geht es auch darum, eine geeignete Wohnform zu finden, die den spezifischen Bedürfnissen dieser Gruppe gerecht wird. (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 22).

Late-onset: Bei der Gruppe der late-onset liegt die Manifestation der Erkrankung zwischen dem 55. und 65. Lebensjahr. Die Alkoholprobleme entstehen aufgrund mangelnder Bewältigungsstrategien bei kritischen Lebensereignissen, die sich im Alter häufen können (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 23).

Den late-onset wird ein besserer Behandlungserfolg zugeschrieben als den early-onset und haben somit eine optimistischere Prognose. Es wird davon ausgegangen, dass die im fortgeschrittenen Alter entwickelte Problematik weniger stabil ist und sich noch nicht verfestigt hat. Die Betroffenen weisen im Vergleich zu den early-onset eine bessere psychische Stabilität, eine höhere Anzahl an Ressourcen, sowie eine stärkere Resilienz auf. Zudem verfügen sie oft über soziale Kontakte. Schaffen es die Betroffenen, den Konsum zu reduzieren, führt dies schnell zu einem verbesserten Wohlbefinden und die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nimmt rasch zu (vgl. Mühlig/Wolter 2018: 133).

4.4 Vergleich der Trinkmuster von Männern und Frauen

Ältere Männer trinken quantitativ mehr als Frauen und tun dies häufig in der Öffentlichkeit und unter ihresgleichen. Dieses Verhalten wird von der Öffentlichkeit nicht hinterfragt und

als normal betrachtet. Männer trinken also eher in der Gruppe, was positive Gefühle verstärkt.

Frauen hingegen trinken vorwiegend allein zu Hause und können ihre Problematik dadurch länger verheimlichen. Auch durch gezieltes Verhalten in Bezug auf Äusserlichkeiten und bessere Alltagskompetenz gelingt es ihnen oft länger als den Männern, den problematischen Konsum zu vertuschen. Frauen trinken zudem oft kompensatorisch bei zwischenmenschlichen Konflikten und Belastungen und es findet, eher als bei Männern, ein Mischkonsum von Alkohol und Medikamenten statt (vgl. Wolter 2015: 264).

4.5 Stigmatisierung und Scham bei Abhängigkeit

Wie schon in der Einleitung erwähnt, sind Suchterkrankungen häufig und betreffen alle Schichten der Gesellschaft. Trotzdem werden Personen mit Abhängigkeitsproblemen und auch deren Angehörige noch immer als Randgruppe wahrgenommen und stigmatisiert. Dies vergrössert die Problematik und erschwert den Suchtausstieg. Die Autorin erachtet die Tatsache der Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitsproblemen, gerade auch in Bezug auf ältere Menschen als äusserst relevant.

Gemäss Fleckenstein et al. (2020: 9) haben abhängige Menschen mit verschiedensten Herausforderungen zu kämpfen: Sie erleben immer wieder den eigenen Kontrollverlust über ihren Konsum, leiden oft an weiteren psychischen Erkrankungen und erfahren von der Gesellschaft wenig Verständnis für ihre Situation. Sie werden sogar für ihre Abhängigkeit verurteilt und stigmatisiert. Viele Betroffene übernehmen diese Stigmatisierung, was zu Selbststigmatisierung und Selbstbeschämung führt.

Auch Lützenkirchen et al. (2010: 124) benennen die nach wie vor verbreitete falsche Annahme, dass es sich bei einer Alkoholabhängigkeit um eine Charakter- oder Willensschwäche handelt, im Gegensatz zu z.B. Diabetes, Krebs und Bluthochdruck, die als Krankheiten anerkannt werden. Diese falsche Annahme besteht in der Gesellschaft, Politik, Medizin und auch bei den Betroffenen selbst. Lügen und Verheimlichen sind bei der Alkoholabhängigkeit Symptome, wie z.B. das Zittern eines Diabetikers, der unter einer Unterzuckerung leidet. Würden die Symptome der Abhängigkeit gleichermassen als Krankheitssymptome anerkannt werden, könnte die negative Spirale von Scham, Schuld und dadurch Verstärkung der Abhängigkeit durchbrochen werden. Gerade alte Menschen, die in ihrem Leben viel erreicht haben, schämen sich ganz besonders über den Kontrollverlust und schreiben dies persönlichem Versagen zu. So versuchen sie den Alkoholkonsum so lange wie möglich zu verheimlichen.

4.6 Behandlungsmöglichkeiten

Gemäss Mühlig und Wolter (2018: 132) wird auch bei älteren Menschen von der Wirksamkeit international anerkannter Therapierichtlinien zur Suchtbehandlung ausgegangen. In wie weit eine angepasste Behandlung für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung nützlich und effektiv ist, kann empirisch noch nicht belegt werden. Es finden sich aber adaptive Ansätze, welche typische Lebensbedingungen wie Vereinsamung, Verlusterlebnisse und veränderte Beziehungsgestaltung im Alter berücksichtigen. Diese Ansätze bieten auch, innerhalb eines geregelten Tagesablaufs, körperliche und kreative Aktivitäten, Angebote zur Beschäftigung und Gruppenangebote innerhalb der Altersgruppe. Im Weiteren finden sich Hinweise darauf, dass eine nicht konfrontative Vorgehensweise und spezifische Gruppenbehandlungen mit Peers hilfreich ist.

Bojack et al. (2010: 72f) erachten es als wichtig, dass Themen wie Bilanzierung, Würdigung der Lebensereignisse und erbrachte Leistungen bearbeitet werden können. Auch auf die Verarbeitung relevanter Themen wie Angst, Verlusterfahrungen und gesundheitliche Probleme soll bei Bedarf eingegangen werden und zudem das Bedürfnis nach Zärtlichkeit, Kontakt und Beziehungsaufbau, sowie die Verbesserung der Merkfähigkeit und Konzentration angestrebt werden. Dadurch werden Selbstvertrauen und Lebensfreude wiederaufgebaut und gestärkt. Sie postulieren, dass die herkömmlichen Behandlungsziele für ältere Menschen nicht ausreichend sind und fordern deshalb spezifische Konzepte zur Behandlung.

Beutelmann und Bachmann (2000: 160) beschreiben zwei Behandlungsmodelle: Ein gerontologisch spezialisiertes, milieutherapeutisches Konzept, in dem ältere Menschen in Gruppen zusammenleben und eine Mehrgenerationengemeinschaft, in die ältere Menschen aufgenommen werden. Letzteres sei aber nur in kleinen Einrichtungen umsetzbar. Sie beschreiben, gute Erfolge erzielt zu haben, weil der kleine Rahmen es ermöglicht, individuelle Ressourcen zu fördern. Ältere Menschen verfügen auf Grund der grossen Lebenserfahrung über vielfältige Kompetenzen, die im Zusammenleben mit jüngeren Menschen für beide Seiten wichtige und neue Erfahrungsspielräume ermöglichen. In Gruppen- und Einzeltherapien wird zudem auf, für ältere Menschen, wichtige Themenschwerpunkte eingegangen. Dies sind zum Beispiel Religion, Sterben, Probleme mit dem Abschiednehmen, Alleinsein, die Angst, nicht mehr gebraucht zu werden, sowie die Bilanzierung früherer Lebensereignisse. Das Gruppensetting fördert die Kontaktfähigkeit und ermöglicht gegenseitige Aktivierung. Ältere Menschen können so die wertvolle Erfahrung machen, wieder gemocht und für andere wichtig zu sein.

Trotz dieser Erkenntnisse, dem Behandlungserfolg und dem guten Zugang zu medizinischen Versorgungsangeboten, werden ältere Menschen selten an solche spezifische therapeutische Angebote weitergeleitet. Dies beruht auf der noch immer vorhandenen irigen Annahme, dass alte Menschen sich nicht mehr ändern können und deshalb nicht therapierbar sind. Diese Haltung überträgt sich auf die Betroffenen. Die Autoren benennen im Weiteren, dass bei alten Menschen die Schuld- und Schamgefühle insgesamt ausgeprägter sind als bei jungen Menschen. Doch gerade bei alten Menschen ist die grösste Motivation zur Abstinenz, die Wiedererlangung der Würde und Selbstbestimmung (vgl. ebd.: 160).

Insgesamt besteht eine schwache Evidenzbasis zur Wirksamkeit altersspezifischer Behandlungen für ältere Menschen mit einer Alkoholstörung. Eine besondere Bedeutung als effiziente und effektive Behandlung kommt Kurzzeitinterventionen zu. Die Empfehlung zu dieser Behandlungsform basiert auf klinischer Erfahrung. Es kommen hierfür die gängigen psychotherapeutischen, psychosozialen und pharmakologischen Methoden zum Einsatz, wie bei allen Erwachsenen (vgl. Mühlig/Wolter 2018: 134).

Schnoz et al. (2006: 15) benennen die Wirksamkeit von vorbeugenden und ausstiegsorientierten Interventionen als besonders wirksam bei älteren Menschen.

Die Forschung sollte die Gruppe der älteren Menschen vermehrt in ihre Arbeit miteinbeziehen. Dadurch wird es möglich, auch ihnen zu einer verbesserten Lebensqualität zu verhelfen (vgl. Beutelmann/Bachmann 2000: 161).

4.7 Behandlungsangebote

Im Folgenden wird auf die aktuellen Behandlungsangebote für ältere Menschen mit einem Alkoholproblem eingegangen.

4.7.1 Unterversorgung auf der Angebotsseite

Auf institutioneller Ebene gibt es kaum spezifische Angebote. Gerade im Hinblick auf die häufig genannten kritischen Lebensereignisse als Auslösefaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung, wäre hier ein möglicher Ansatzpunkt, z.B. im Rahmen offener Altenarbeit in Form von niederschweligen Angeboten. Insgesamt besteht eine Versorgungslücke für ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Das zeigt sich auch z.B. bei Altersheimen, die nicht bereit sind, Menschen mit einer Abhängigkeit aufzunehmen oder der nicht genügend geregelten Finanzierungslage (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 89).

Auf gesellschaftlicher Ebene sollte der stark wachsenden Gruppe alkoholkranker älterer Menschen mehr Beachtung geschenkt werden. Dies erfordert entsprechende Massnahmen

und Konzepte. Dazu gehören eine bessere Vernetzung und Koordination der involvierten Berufsgruppen (vgl. ebd.: 90).

Ob ältere Menschen sich der Gefahr des Alkoholkonsums auf Grund der körperlichen Veränderungen bewusst sind, wird als fraglich erachtet. Hier proklamieren die Autoren eine verbesserte Aufklärung und Information der Thematik innerhalb der breiten Öffentlichkeit (vgl. ebd.: 91). Dem Hausarzt oder der Hausärztin kommt bei der Früherkennung eine grosse Bedeutung zu, denn ältere Menschen suchen bei Beschwerden als erstes den ihnen bekannten Hausarzt oder die ihnen bekannte Hausärztin auf. Hier sollte der Fokus verstärkt auf mögliche Frühinterventionen gelegt und entsprechende Screening Methoden angewandt werden. Zudem sollten Betroffene sensibilisiert und an geeignete Fachstellen vermittelt werden. Auch Suchthilfeeinrichtungen sind sich der Problematik noch zu wenig bewusst und es fehlt das nötige gerontologische Wissen (vgl. Mühlig/Wolter 2018: 131f).

Das Bundesamt für Gesundheit (2016: 11-15) hat diese Problematik erkannt und Ziele für die Jahre 2017 bis 2024 formuliert. Zudem wurden Massnahmen gezielt für ältere Menschen ausgearbeitet, wie z.B. die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie die Förderung der Früherkennung und Frühintervention über alle Lebensphasen.

4.7.2 Geringe Inanspruchnahme durch Betroffene

Wie bereits erwähnt, werden Suchterkrankungen im Alter unterdiagnostiziert und anders interpretiert als bei jüngeren Menschen. Daraus resultiert ein Missverhältnis zwischen Bedarf und Inanspruchnahme. Sowohl im stationären Bereich als auch in der ambulanten Beratung bilden über 60-Jährige die Ausnahme (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 58f).

Als mögliche Ursachen für die geringe Inanspruchnahme kommen Verleugnung und Bagatellisierung, Scham und Angst vor Stigmatisierung in Frage. Der Konsum wird mit somatischen Beschwerden gerechtfertigt. Ältere Menschen stellen zudem die Autorität des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin kaum in Frage. Oft steht die Behandlung anderer psychischer Erkrankungen wie Depressivität oder Suizidalität im Vordergrund (vgl. Mühlig/Wolter 2018: 131).

4.8 Zwischenfazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Menschen mit dem Älterwerden viele Herausforderungen bewältigen müssen. In dieser, für einige als schwierig erlebten Lebensphase, ist der Alkoholkonsum eine mögliche Bewältigungsstrategie. Die Gefahr dabei ist, dass sich eine Abhängigkeit entwickelt, die weder von den Betroffenen noch von Fachleuten und Angehörigen erkannt und in der Folge nicht behandelt wird. Erschwerend erscheint

dabei der Umstand, dass Alkoholkonsum in der Generation Babyboomer einen starken kulturellen Aspekt aufweist, für viele ist es Gewohnheit verbunden mit jahrelangen Ritualen. Es ist eine Tatsache, dass Alkoholabhängigkeit bei vielen älteren Menschen ein Problem darstellt und dass es dafür zu wenig Behandlungsmöglichkeiten gibt. Zudem werden Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in unserer Gesellschaft nach wie vor stigmatisiert, was bei den Betroffenen und auch deren Angehörigen enorme Schuld- und Schamgefühle auslöst, was die Inanspruchnahme von Hilfe zusätzlich erschwert. Der Bund hat den Bedarf und die Lage älterer Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit zwar erkannt und versucht mit dem neuen Massnahmenplan zur nationalen Strategie Sucht diesem Umstand entgegen zu wirken, doch ist die Situation nicht befriedigend gelöst.

5 Theorie der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch

Zur Beantwortung der Fragestellung, wie mit Hilfe des Lebensbewältigungskonzepts der steigende Alkoholkonsum bei älteren Menschen nach der Pensionierung verstanden werden kann, wird nun auf die Theorie der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch näher eingegangen. Nachdem in den vorhergehenden Kapiteln die Grundlagen zu den Themen Alter, Sucht und Sucht im Alter beschrieben wurden, eröffnet die Theorie der Lebensbewältigung einen sozialarbeiterischen Zugang.

Zuerst werden die drei Dimensionen der Lebensbewältigung vorgestellt, sowie die vier Zugangsdimensionen für die Soziale Arbeit. Anschliessend wird der Fokus auf die Lebensbewältigung im Alter gelegt. Es wird dabei untersucht, ob und wie der steigende Alkoholkonsum als Versuch verstanden werden kann, die Kontrolle und Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenssituationen zu erhalten. In einem weiteren Schritt werden entsprechende Hypothesen über die Hintergründe und Ursachen dieser Lebenssituationen hergestellt. Dies ermöglicht eine soziale Diagnose und daraus die Ableitung konkreter Handlungsempfehlungen an die Soziale Arbeit.

Das Konzept der Lebensbewältigung wurde gewählt, weil es einen engen Bezug zwischen Theorie und Praxis herstellt. Es hilft, ein besseres Verständnis für die betroffenen alten Menschen und deren Bewältigungsverhalten in schwierigen Lebenssituationen zu entwickeln.

Das Konzept der Lebensbewältigung wurde 1985 erstmals veröffentlicht und wurde seither oft überarbeitet und ergänzt. Lothar Böhnisch und Werner Schefold suchten nach einer theoretischen Lösung zweier sozialpädagogischer Grundprobleme. Es sollte einerseits die Subjektperspektive der Klientel erfasst werden, welche unter Stigmatisierung und Bewältigungsdruck leiden und andererseits eine Verbindung zu den sozialökonomischen Bedingungen aufgezeigt werden. Seither werden Lebensbewältigung und Lebenslagen als theoretisches Tandem im Bewältigungsansatz aufeinander bezogen (vgl. Böhnisch 2016b: 18).

5.1 Drei Dimensionen der Lebensbewältigung

Die Grundvoraussetzung für eine gelingende Lebensbewältigung beinhaltet, erfahrene Hilflosigkeit und Ohnmacht thematisieren zu können und dabei auch gehört und verstanden zu werden. Dies spiegelt sich in den drei Dimensionen der Lebensbewältigung, die nun näher vorgestellt werden (vgl. Böhnisch 2016a: 11f). In der Praxis lassen sich diese drei Dimensionen nicht voneinander trennen.

5.1.1 Psychodynamische Dimension: Verhalten

Wenn Menschen auf Grund von einschneidenden Ereignissen ihre soziale Orientierung verlieren und damit auch die soziale Anerkennung, führt dies dazu, dass sie sich wertlos fühlen. Ein Gefühl der Handlungsunfähigkeit kann sich ausbreiten. Wenn es ihnen nicht gelingt, über diese Hilflosigkeit sprechen zu können, setzt ein somatisch getriebener, psychosozialer Bewältigungsmechanismus ein, der auch Abspaltung genannt wird (vgl. Böhnisch 2016a: 18). Dabei werden zwei Hauptformen im Umgang mit Hilflosigkeit unterschieden: die äussere Abspaltung, die zu antisozialem Verhalten führt und die innere Abspaltung, die zu autoaggressivem Verhalten führt (vgl. ebd.: 20). Unter äusserer Abspaltung werden auffällige Verhaltensweisen, wie z.B. Lügen, psychische und physische Gewalt und Randalieren verstanden; innere Abspaltung bedeutet Gewalt, die gegen sich selbst gerichtet wird, in Form von z.B. Selbstverletzung, Essstörungen und Medikamentenmissbrauch (vgl. Böhnisch 2016a: 24-26).

Psychosozial handlungsfähig ist, wer sich sozial anerkannt fühlt und sich als wirksam erleben kann. Dadurch wird der Selbstwert gestärkt. Das Streben nach Anerkennung, Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit wohnt jedem Menschen inne, macht sich aber vor allem in kritischen Lebenslagen bemerkbar und wird auch darüber freigesetzt. Der Selbstbehauptungstrieb, ein Grundantrieb der Menschen, macht sich damit bemerkbar. Das Bedürfnis nach Selbstwert, Anerkennung und Selbstwirksamkeit muss auf jeden Fall befriedigt werden. Wenn dies nicht mit sozial anerkanntem Verhalten möglich ist, dann zur Not auch mit abweichendem Verhalten (vgl. Böhnisch 2016a: 20).

5.1.2 Soziodynamische Dimension: Bewältigungskulturen

Die soziodynamische Dimension bewegt sich weg von der innerpsychischen zur sozialen Zone der Lebensbewältigung. Soziale Beziehungen helfen nicht nur die subjektiven Bewältigungsmuster mit zu gestalten, sondern geben auch die Form der erwarteten sozialen Handlungsform vor. Dafür verantwortlich sind soziale Bedingungs- und Beziehungskonstellationen. Je nach sozialem Milieu zeigen sich entsprechend unterschiedliche Bewältigungsverhalten. Diese wiederum beeinflussen das eigene Streben nach Handlungsfähigkeit. Mit Bewältigungskultur wird beschrieben, ob es möglich ist Konflikte zu thematisieren oder ob diese eher tabuisiert werden. In verschiedenen sozialen Milieus herrschen demnach auch unterschiedliche Bewältigungskulturen. So kann sich z.B. die Bewältigungskultur in der Familie von derjenigen in einer Organisation oder in einem Verein unterscheiden. Die erlebten Bewältigungskulturen beeinflussen massgeblich das eigene biographische Bewältigungsverhalten (vgl. Böhnisch 2017: 29f).

5.1.3 Gesellschaftliche Dimension: Lebens- und Bewältigungslagen

Die Bewältigungsmöglichkeiten werden durch die soziale Lebenslage des Einzelnen ausgeformt. Mit dem Begriff Lebenslage werden die Lebensverhältnisse und die individuellen zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Lebensbewältigung beschrieben. Lebenslagen sind Produkte der gesellschaftlichen Entwicklung aber auch Ausgangssituationen für die Entwicklung von Menschen und Gruppen. Bewältigungslagen entstehen in schwierigen Lebenslagen, die nicht allein bewältigt werden können und bezeichnen den Übergang zwischen Lebenslage und Lebensbewältigung. Fehlt die sozialpolitische Anerkennung, werden Betroffene oft für ihre Situation verantwortlich gemacht und erleben Hilflosigkeit und Ohnmacht (vgl. Böhnisch 2016a: 94f).

Sozialpolitisch kann die Soziale Arbeit wenig Einfluss auf die Lebenslagen der Menschen nehmen: sie kann Einkommen, Arbeit und Beruf nur bedingt verändern. Das Ziel ist somit die beeinflussbaren sozialen und kulturellen Räume zu gestalten. Die dazu geeigneten Mittel der Sozialen Arbeit sind die Sprache, Beziehungen, Zeit und Raum. Ist ein Mensch stumm und kann seiner Hilflosigkeit keinen Ausdruck verleihen, bedeutet dies, dass er sich in einer Lebenslage befindet, die ihn verstummen lässt und Abspaltung erzeugt. In der Sozialen Arbeit ist man sich bewusst, dass kritische Lebenssituationen nur besprochen werden können, wenn diese auch als soziale Probleme anerkannt werden (vgl. Böhnisch 2017: 34).

5.2 Vier Dimensionen der Bewältigungslage als Zugang für die Soziale Arbeit

Da die Soziale Arbeit, wie soeben erwähnt, wenig Einfluss auf die Lebenslagen nehmen kann, sondern vor allem personenbezogen agiert, werden in den folgenden Kapiteln die Möglichkeiten der pädagogischen Zugänge zu sozialen und kulturellen Räumen erörtert.

Ausdruck

Die Sprache steht im Zentrum der Beratung zwischen Betroffenen und Sozialarbeitenden. Sie ermöglicht im besten Falle den Betroffenen den inneren Druck nicht abspalten zu müssen, sondern einen Zugang zu sich selbst und den eigenen Bedürfnissen wieder zu finden und diese Bedürfnisse auch zu äussern. Gelingt es, die innere Hilflosigkeit zu thematisieren, kann die Beziehung zu sich selbst und zum sozialen Umfeld neugestaltet werden (vgl. Böhnisch 2016a: 96).

Anerkennung

Im Streben nach Handlungsfähigkeit ist der Wunsch nach Anerkennung zweifellos enthalten. Daraus lässt sich folgern, dass antisoziales und autoaggressives Verhalten Versuche darstellen, die Kontrolle über die verlorengegangene Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen und sind daher als Symptome zu verstehen. Das Gefühl, vom Gegenüber anerkannt zu werden ist eine Grundvoraussetzung, um über sich sprechen zu können (vgl. Böhnisch 2016a: 97f).

Abhängigkeit

Menschen als soziale Wesen sind immer bis zu einem gewissen Grad voneinander abhängig oder aufeinander angewiesen. Im Hilfsprozess zwischen Sozialarbeitenden und Klientel besteht ebenfalls ein Abhängigkeitsverhältnis, das zu Beschränkungen der Autonomie führen kann. Deshalb ist der kontinuierliche Dialog unabdingbar. Es geht darum, im Bewältigungsbemühen der Betroffenen eine persönliche biographische Leistung zu sehen und somit ihre biographische Individualität und ihre gesellschaftliche Selbstständigkeit anzuerkennen. Ziel ist die Förderung der Selbstständigkeit und somit die Hilfe aus der Abhängigkeit (vgl. Böhnisch 2016a: 100).

Aneignung

Der Begriff Aneignung wird in der sozialen Arbeit meist im Zusammenhang mit sozialräumlicher Bedeutung verwendet. In den sozialen Räumen bildet sich Gesellschaftliches in spezieller Weise ab. Als identitätsstiftende Prozesse gelten deshalb sozialräumliche Aneignungsprozesse. Kann dieser Prozess nicht ausreichend stattfinden, weil z.B. die Räume nicht ausreichend vorhanden sind, entsteht das Gefühl des ausgeschlossenen Seins. Menschen werden somit an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Um dennoch Aufmerksamkeit zu erhalten, versuchen es einige mit demonstrativ antisozialem Verhalten, andere ziehen sich ganz in die Isolation zurück. Deshalb ist es für die Sozialarbeitenden äusserst wichtig, die Lebenslage der Betroffenen einschätzen zu können und somit zu versuchen, deren Bewältigungslage sozialräumlich zu erweitern (vgl. Böhnisch 2016a: 102).

5.3 Lebensbewältigung im Alter

Laut Böhnisch (2017: 237) sind die letzten Jahre des 20. Jahrhunderts deutlich durch den sozialen und kulturellen Strukturwandel des Alters gekennzeichnet (vgl. Kap. 2.3). So erhält die Zeit nach der Pensionierung als freie Zeit, die selbstbestimmt geplant und genossen werden kann, eine neue Bedeutung.

Im Alltagsbewusstsein sieht es aber anders aus, dort herrscht nach wie vor ein Altersstereotyp welches einen physisch, psychisch und sozial abgebauten Menschen beschreibt.

Individualisierung und Biografisierung ermöglichen zwar die Gestaltung eines eigenen Lebens, doch steht diese in der Spannung zum unterstützungsbedürftigen Alter. So gesehen muss ein aktives, unabhängiges Alter, immer auch im Bezug zum abhängigen Alter gesehen werden (vgl. ebd.: 238).

Durch den gesellschaftlichen und biologischen Wandel der das Alter(n) erfahren hat, ist die soziale Konstruktion des Alters und des Alterns in den Fokus gerückt. Denn je nach eigener Wahrnehmung des Alters, wie sich eine Person inszenieren und sozial Vernetzen kann, lässt dies die Lebensphase Alter zu einer vielschichtigen Lebensphase werden. Es ist deshalb relevant, die Bewältigungslage Alter in allen Dimensionen neu zu thematisieren:

- **Anerkennung:** Alte Menschen als gleichwertigen Teil der Gesellschaft anerkennen
- **Abhängigkeit:** Abbau infrastruktureller Abhängigkeiten, erhalten der Selbständigkeit
- **Ausdruck:** Zugang zu Beratungs- und Hilfsangeboten
- **Aneignung:** Ermöglichung der Wiederaneignung des sozialen Nahraumes (vgl. ebd.: 238).

Laut Böhnisch (2017: 240) ist kaum eine Lebensphase biographisch so geprägt wie das Alter. So zeigen sich auf Grund gesellschaftlicher Veränderungen und sozialer Öffnung hin neue Kompetenzanforderungen im Alter. Wichtig dabei erscheint die Frage, welche psychosozialen Kompetenzen aus dem bisherigen Leben im Alter anschlussfähig gemacht werden können, um auf die immer vielfältiger werdenden Lebensgestaltungsmöglichkeiten und Rollenerwartungen im Alter eingehen zu können.

Eine neue Bedeutung erhält dabei auch der krisenhafte Wandel der Arbeitsgesellschaft und seine Rationalisierungen. Der daraus resultierende vorgezogene Ruhestand wird für viele zu einer prekären Lebenssituation. Damit wird bereits der Übergangsprozess von der Berufstätigkeit in die Pensionierung zu einem Bewältigungsproblem. Eine erzwungene Frühpensionierung schwächt die biographische Akzeptanz des Alters, die bei einem normensprechenden Übergang besser gewährleistet ist (vgl. ebd.: 241).

Zwar hat sich laut Böhnisch (2017: 247) eine Lebensphase Alter mit weniger strukturellen Bedingungen ausbilden können, doch bestehen diese nach wie vor. Die gesellschaftlichen Erwartungen und bestimmte Altersstereotype, die an tradierten Vorstellungen des Alterns festhalten, stehen somit in der Spannung von biographischen Altersperspektiven und den gesellschaftlichen Altersdefinitionen. Auf diesem Hintergrund entsteht die Bewältigungsproblematik im Alter.

5.3.1 Alter als Zeitbruch

Gemäss Böhnisch (2017: 249) symbolisiert der Übergang vom Erwachsenenalter in die Pensionierung für die meisten Menschen eine einschneidende biographische Erfahrung,

da während der Erwerbszeit die Anpassung an den Arbeitsprozess im Fokus stand. Das Leben wurde entlang der Berufskarriere ausgerichtet. Es galt, sich auf viele Veränderungen einzustellen, und im Vordergrund stand das Mithalten und Anschluss finden können.

Im Alter verliert die lineare Beschleunigung ihre Wichtigkeit, eine Zuwendung zur zyklischen Zeiterfahrung wäre wichtig. Dies bedeutet, sich Zeit für die Regeneration und die Rückbesinnung auf sich selbst zu nehmen. Die meisten Menschen haben dies jedoch auf Grund der linearen Taktung des Arbeitsprozesses verlernt. Das lässt sich am Umstand der Pensionierung gut feststellen: Viele freuen sich darauf, endlich Zeit für sich und ihre Hobbys zu haben. Ist es dann aber soweit, wissen viele nichts mit sich anzufangen, sondern fühlen sich nutzlos und überflüssig. Nicht allen Menschen gelingt diese Veränderung von der linearen zur zyklischen Zeitgestaltung gleich gut.

Hier lässt sich eine Aufgabe der Sozialen Arbeit verorten: Den Menschen muss geholfen werden, den Verlust der strukturierenden Bedingungen zu bewältigen und neue eigene Strukturen zu entwickeln (vgl. ebd.: 251f).

5.3.2 Dem Alter Raum geben

Gemäss Böhnisch (2017: 252) bedeutet Alter Veränderung und somit Verlust und Verengung im Sozialraum. Damit einher gehen kleiner werdende Möglichkeiten zu psychosozialen Entfaltungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, diese wären aber für eine Weiterentwicklung notwendig. Doch Entwicklung im Alter ist weder gesellschaftlich noch sozial anerkannt. Der Verlust von Arbeitsweg und den dazugehörigen sozialen Kontakten führt zur Einengung auf den eigenen Wohnraum. Es muss deshalb im Alter wieder gelernt werden, die Wohnung als Lebensmittelpunkt anzuerkennen und zu gestalten. Auch der soziale Nahraum ausserhalb der Wohnung ist vielen fremd geworden. Deshalb stellt sich auch im Alter die Frage nach sozialräumlichen Aneignungsmöglichkeiten.

5.3.3 Altsein und neuer Lebenssinn

Böhnisch (2017: 255f) verweist darauf, dass erst durch die Verflechtung von Lebenssinn mit der Erwerbs- und Familienarbeit, Phasen der Erwerbslosigkeit zu sinnlosen Lebensphasen wurden. Hierzu gehört auch das Alter. Das Alter nur als Konsumalter zu sehen, führte zu einer entwertenden Betrachtung dieser Lebensphase. Es wäre deshalb wichtig das Alter als eigenständige Sozialisationsphase anzuerkennen und Sinndiskussionen zu führen, damit die älteren Menschen ein neues Verhältnis zu sich selbst aufzubauen können.

Hier liegt der Anknüpfungspunkt für milieubildende Soziale Arbeit, die den Fokus nicht auf Defizite legt, sondern Angebote und Bedingungen schafft, welche die oft verdeckten Res-

ourcen von älteren Menschen fördert und Kontakte ermöglicht. Nach der Darstellung gesellschaftlicher und sozialer Bewältigungslagen im Alter wird nun noch auf die spezifische Bewältigungskompetenz von Männern und Frauen im Alter eingegangen.

Frauen

Laut Böhnisch (2017: 275) scheinen, trotz Emanzipation, die psychischen Belastungen und bestehenden sozialen Benachteiligungen, die sich negativ auf das Selbstkonzept der Frauen auszuwirken, nicht verschwunden zu sein. Gerade die Vereinbarkeit von Familie und Beruf spielt immer noch eine grosse Rolle und die Gesellschaft bevorzugt weiterhin das traditionelle Frauenbild. Frauen, die sich nicht an der traditionellen Frauenrolle orientieren, blicken dem Alter befangener entgegen, da sich geschlechertypische Stereotype im Alter länger halten als in jüngeren Lebensphasen.

Es zeigt sich aber auch, dass ältere Frauen zunehmend mehr Aussenorientierung entwickeln, während die Männer sich eher nach innen richten. Dies sei darauf zurückzuführen, dass Frauen sehr wohl über Aussenkompetenzen verfügen, diese aber gelernt haben zurückhalten zu Gunsten des männlichen Dominanzverhaltens. Sind Frauen alleinstehend, oder ziehen Männer sich zurück, können die Frauen aktiv werden und sich kulturell, ehrenamtlich oder nachbarschaftlich engagieren. Die Tatsache, dass sie sich während des gesamten Lebenslaufes immer wieder flexibel auf unterschiedliche Situationen einstellen müssen, befähigt Frauen, die an sie gestellten Anforderungen im Alter besser zu bewältigen (vgl. ebd.: 276).

Männer

Gemäss Böhnisch (2017: 260) zeigt sich der biografische Bruch bei Männern deutlicher als bei Frauen. So verliert der Mann mit der Entberuflichung seinen Status als alleiniger Ernährer, und auch soziale Kontakte und Anerkennung über den Beruf fallen plötzlich weg. Der Mann muss nun lernen mit sich selbst zurecht zu kommen. Der Verlust des sozialen Aussen führt zu Angst vor Kontrollverlust. Grosse Angst verspüren Männer auch vor dem Nachlassen der sexuellen Potenz. Zusammengefasst beeinträchtigen diese Faktoren das aufgebaute und nach aussen orientierte Kompetenzverhalten des Mannes, welches auf dem Funktionieren müssen, der Leistungsorientierung und der damit verbundenen Abspaltung der inneren Hilflosigkeit basiert. Auch die kürzere Lebenserwartung wird auf die Fixierung rigider männlicher Geschlechterrollen zurückgeführt. Bei Männern zeigt sich eine höhere Selbstmordrate, diese wird auf Vereinsamung und soziale Isolation zurückgeführt, da soziale Kontakte meist mit der Arbeit verbunden sind. So versucht ein Teil der Männer den Verlust des sozialen Aussen durch radikalen Rückzug zu kompensieren und so subjektiv die Kontrolle über sich zu behalten.

Neuer Studien zu Folge nähern sich die Geschlechterrollen im Alter an und verhalten sich nicht mehr so rigide wie früher. Auch wurde festgestellt, dass Männer im Alter weicher werden und merken, dass sie ihre Gefühle nicht mehr abspalten müssen und dadurch die ungewohnte Abhängigkeit zu anderen als angenehm empfinden dürfen (vgl.ebd.:261).

5.4 Fazit

Das Lebensbewältigungskonzept mit seinen drei Dimensionen ermöglicht es die Problemfelder der Sozialen Arbeit zu identifizieren. In Bezug auf das Alter veranschaulicht es, wie gesellschaftliche Erwartungen, Stereotypisierungen und Möglichkeiten einer individuellen Lebensführung eine Spannung entstehen lassen, die für ältere Menschen zu Herausforderungen werden können. Das Konzept verweist klar darauf, wie äussere stigmatisierende Bedingungen eine Situation konstruieren können, die für das Individuum schwierig zu bewältigen ist.

Die Beschreibung der psychodynamischen Dimension zeigt eindrücklich auf wie Menschen reagieren, wenn es ihnen nicht gelingt ihre Probleme zu thematisieren und auf Grund der erlebten Hilflosigkeit beginnen ihre Probleme abzuspalten. Dieses Verhalten lässt sich auch auf ältere Menschen übertragen, die auf Grund von kleiner werdenden sozialen Netzwerken und sozialen Räumen insgesamt weniger Möglichkeiten haben sich auszutauschen. So erfordert der Übergang in die Pensionierung, der Umgang mit der nun zur Verfügung stehenden Zeit, aber auch der Verlust der Anerkennung über den beruflichen Status eine hohe Bewältigungskompetenz.

Das Konzept der Lebensbewältigung stellt eher die sozialen und gesellschaftlichen Einflüsse in den Mittelpunkt und bietet weniger konkrete Anknüpfungspunkte für zusätzliche Herausforderungen im Alter, wie z.B. psychische oder körperliche Erkrankungen, wo auch die Suchterkrankung zu verorten wäre. Somit eignet sich dieses Konzept nur bedingt für die Beantwortung der Fragestellung. Auch Annemarie Jost (2016: 3) kritisiert in ihrer Rezension, dass einige Aspekte, wie biologische und körperliche Bedingungen, psychische Erkrankungen und Traumatisierungen unberücksichtigt bleiben. Sie postuliert, dass es sich um ein psychosoziales und nicht ein bio-psycho-soziales Modell handle, was im Abschnitt zum Thema Sucht besonders deutlich werde.

6 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Diese **Schlussfolgerungen** enthalten eine Zusammenfassung resp. Diskussion der Erkenntnisse aus den einzelnen Kapiteln des Hauptteils sowie eine entsprechende Bewertung im Hinblick auf die Fragestellung der Arbeit: **Wie kann mit Hilfe des Lebensbewältigungskonzeptes der steigende Alkoholkonsum älterer Menschen nach der Pensionierung verstanden werden und was für Handlungsempfehlungen lassen sich daraus für sie soziale Arbeit ableiten?**

Um konkrete Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit formulieren zu können, wird zunächst der erste Teil der Fragestellung nach dem steigenden Alkoholkonsum im Alter beantwortet.

6.1 Alkoholkonsum im Alter als Bewältigungsversuch

Im Folgenden werden die Hintergründe des Alkoholkonsums in Bezug auf die psychodynamische, soziodynamische und gesellschaftliche Dimension der Lebensbewältigung dargestellt.

6.1.1 Psychodynamische Dimension

Warum oder Wozu brauchen Menschen ein bestimmtes Verhalten? Diese Frage stellt Böhnisch (2016: 14) am Anfang seiner Theorie der Lebensbewältigung ins Zentrum. Dieselbe Frage lässt sich auch auf ältere Menschen mit riskantem Alkoholkonsum bzw. mit einer Alkoholabhängigkeit übertragen. Wie in Kapitel 5 dargestellt, versuchen Menschen mit antisozialem oder autoaggressivem Verhalten auf sich aufmerksam zu machen.

Böhnisch (2017: 223) beschreibt Alkoholmissbrauch bei erwachsenen Männern als Versuch den erlebten sozialen Kontrollverlust durch «äussere», nach aussen gerichtete, Abspaltung zu kompensieren und damit die erlebte innere Hilflosigkeit zu bewältigen. Die äussere Abspaltung drückt sich in aggressivem Verhalten gegen Schwächere oder gegen Minderheiten aus (vgl. Böhnisch 2016a: 22f). Beim Kontrollverlust über den eigenen Alkoholkonsum versagt jedoch das männliche Bewältigungsprinzip der Kontrolle und es wendet sich gegen den Betroffenen selbst. Es erscheint deshalb sehr wichtig, den Alkoholkonsum als Abspaltungsverhalten zu erkennen.

Ob sich Alkoholkonsum im Alter auch als äussere Abspaltung, also als aggressives Verhalten nach aussen zeigt, stellt die Autorin aufgrund ihrer Recherchen zum Alkoholkonsum im Alter und aufgrund ihrer Berufserfahrung in einer Beratungsstelle in Frage. Da sich gezeigt hat, dass ältere Menschen sich aus Scham oft zurückziehen, meist heimlich oder angepasst

in Gesellschaft trinken und im Alter Alkohol eine besonders schädigende Wirkung auf Körper und Psyche hat (vgl. Kap. 4.2.1), lässt sich eher selten aggressives Verhalten nach aussen feststellen. Es könnte sich demnach auch bei Männern um einen inneren Abspaltungsversuch handeln.

Über den Alkoholkonsum von Frauen wird lediglich beschrieben, dass Frauen eher heimlich trinken, was ebenfalls für eine innere Abspaltung sprechen würde.

Ob es sich aber nun um eine innere oder äussere Abspaltung handelt erscheint zweitrangig. Es geht gemäss Böhnisch (2016: 105f) darum, antisoziales oder selbstdestruktives Verhalten, zu dem auch übermässiger Alkoholkonsum gehört, als ein Bewältigungsverhalten, in dem sich das unbedingte Streben nach Handlungsfähigkeit widerspiegelt, zu erkennen. Alkohol als psychoaktive Substanz wirkt stark (vgl. Kap. 4.2.3), lässt den somatischen Druck, das Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht verschwinden und führt zu Entspannung. Durch diese erlebte positive Erfahrung lassen sich die Betroffenen dieses Verhalten auch nicht einfach ausreden. Vielmehr muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ihre Hilflosigkeit zu thematisieren, gehört und verstanden zu werden und nach Möglichkeit Alternativen zu entwickeln. Hier eröffnet sich ein Zugang für die Soziale Arbeit und Beratung kann als Hilfe zur Thematisierung verstanden werden (vgl. Böhnisch 2016a: 21-24).

6.1.2 Soziodynamische Dimension

Wie in Kapitel 2 beschrieben, beinhaltet die Lebensphase Alter viele Veränderungen, sowohl positive wie auch negative. Im Alter können sich kritische Lebensereignisse häufen. Arbeit als wichtiger Anerkennungsfaktor und Strukturgeber und somit auch als Bewältigungshelfer, fällt weg. Dieser Verlust kann vielleicht über gute bestehende soziale Netzwerke kompensiert werden, doch werden diese im Alter oft kleiner. So kann sich aus einer Kumulation von Ereignissen, sowie einer veränderten sozialen Unterstützungslage, eine kritische Lebenssituation entwickeln, die von den betroffenen älteren Menschen nicht mehr angemessen bewältigt werden kann. Hier entsteht der oben beschriebene Abspaltungsdruck.

Lützenkirchen et al. (2010: 127) konnten in einer Umfrage mit Betroffenen feststellen, dass der Alkoholkonsum in den meisten Fällen die Funktion als Ersatz für fehlende zwischenmenschliche Beziehungen einnimmt.

Die soziodynamische Dimension beschreibt Beziehungen, die als hilfreich erlebt werden. Ältere Menschen erleben dahingehend Verluste, da die sozialen Netzwerke und die Räume, in denen sie sich aufhalten, im Alter kleiner werden. Die Bewältigungskulturen geben vor inwiefern es möglich ist Hilflosigkeit und Ohnmacht zu thematisieren. Hier zeigt sich ein besonderer Umstand: Die Generation der Babyboomer ist sich gewohnt viel zu trinken

(vgl. Kap. 4.1); Alkoholkonsum wird zudem grundsätzlich als etwas Positives erlebt und gehört zum Lebensstil der meisten Schweizer und Schweizerinnen. Umso schwieriger wird es deshalb für ältere Menschen zu erkennen, wann ihr Konsum ein schädigendes Ausmass erreicht hat und sie die Kontrolle darüber verloren haben. Noch schwieriger ist es, sich den Kontrollverlust einzugestehen und darüber zu sprechen. Viele Betroffene ziehen sich deshalb zurück und reagieren unwirsch, wenn sie darauf angesprochen werden. Daher vermeiden Angehörige und Hausärzte oft, den Konsum anzusprechen.

6.1.3 Gesellschaftliche Dimension

Wenn Betroffene realisieren, dass sie ihren Konsum nicht mehr unter Kontrolle haben, ist die Scham über das vermeintliche Versagen gross und die Angst vor einer Stigmatisierung gerechtfertigt. Die Suchterkrankung gehört nach wie vor zu einem Krankheitsbild, bei dem Betroffenen ein Mitverschulden an der Krankheitsentwicklung unterstellt wird.

Ältere, süchtige Menschen werden von der Gesellschaft doppelt benachteiligt: Sie werden auf Grund des Alters und durch den nach wie vor herrschenden negativen Blick auf das Alter nicht gleich behandelt wie jüngere Menschen (vgl. Kap. 2.6). Leiden sie nun auch noch an einer Suchterkrankung, werden sie erneut stigmatisiert. Dies gilt auch für Angehörige.

Somit kann der erste Teil der Fragestellung beantwortet werden: Der steigende Alkoholkonsum im Alter kann in allen drei Dimensionen als Bewältigungsversuch erklärt und als Hilferuf verstanden werden (vgl. Böhnisch 2016a: 30f).

Auf diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage, welche Möglichkeiten die Soziale Arbeit hat, um Menschen in einer solchen Krise zu helfen, weniger schädliche Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

6.2 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Der Übergang in die Pensionierung enthält viele Herausforderungen und krisenhafte Ereignisse, inwiefern die Bewältigung gelingt hängt massgeblich von der erworbenen Lebensbewältigungskompetenz ab.

Zentrale Aspekte sind dabei die Auseinandersetzung mit Verlusten und der eigenen Endlichkeit, abnehmenden physischen und psychischen Kräften, vermindertem Einkommen und kleiner werdenden sozialen Netzwerken, sowie eine neue Sinnfindung und Strukturierung innerhalb der verbleibenden Zeit.

Gemäss Böhnisch (2016: 105) beinhaltet das Ziel der sozialarbeiterischen Interventionen die Wiedererlangung der psychosozialen Handlungsfähigkeit. Er unterscheidet dabei die

beiden Begriffe einfache und erweiterte Handlungsfähigkeit. Die einfache Handlungsfähigkeit zielt darauf ab, dass Menschen ihren Alltag wieder selbständig und zufriedenstellend bewältigen können. Die erweiterte Handlungsfähigkeit bezieht sich auf die Möglichkeit der sozialen Gestaltung, welche über die subjektive Alltagsgestaltung hinausgeht. Sie beinhaltet die Kompetenz an sozialen Netzwerken und Angeboten aktiv teilzunehmen.

Wie schon mehrfach erwähnt, wird dem Phänomen Sucht im Alter immer noch wenig Beachtung geschenkt. Da ältere Menschen weniger exzessiv und oft heimlich konsumieren, fällt ihr Konsumverhalten oft lange nicht auf. Zudem ist es für Fachleute sowie Angehörige schwierig, missbräuchlichen und abhängigen Konsum zu erkennen und voneinander zu unterscheiden. Auch die Folgen des Konsums sind nicht immer offensichtlich und können leicht mit anderen Erkrankungen im Alter verwechselt werden. Die Gruppe der late-onset Konsumenten ist also insgesamt sehr schwer zu erreichen. Für die Soziale Arbeit zeigen sich in diesem relativ neuen Gebiet viele Aufgaben und Herausforderungen.

Im Folgenden wird der zweite Teil der Fragestellung beantwortet indem konkrete Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit formuliert werden. Diese basieren auf den in Kapitel 5.2 vorgestellten Zugangsdimensionen der Sozialen Arbeit zur Bewältigungsproblematik: Ausdruck, Abhängigkeit, Aneignung und Anerkennung.

6.2.1 Prävention

Gemäss Schnoz et al. (2006: 5) stellt die Gruppe der 55- bis 74-Jährigen in der Schweiz die gesundheitlich am stärksten durch Alkoholkonsum gefährdete Kohorte dar. Prognosen zu Folge führt die Inanspruchnahme des Behandlungsangebotes der alternden Babyboomer Generation zu einer Mehrfachbelastung des öffentlichen Gesundheitssystems. So erschweren die mangelnde Diagnosestellung, der kontinuierliche Verlust der sozialen Kontrolle von älteren alleinstehenden Menschen und das Unwissen über die Risiken des Konsums denn Ausstieg. Je nach soziokultureller Prägung glauben Menschen, die mit dem Alkoholkonsum gross geworden sind (s. Babyboomer), eher nicht daran, dass Alkohol schädlich ist (vgl. ebd.: 15). Auf diesem Hintergrund erscheint es deshalb für die Soziale Arbeit wichtig, die Präventionsmassnahmen zu intensivieren, um damit eine breite Öffentlichkeit zu erreichen. Präventionsmassnahmen zur primären Prävention zum Thema Sucht in Alter finden sich gemäss Schnoz et al. (2006: 16) in der Schweiz kaum; also Kampagnen die breitflächig angelegt werden, um ältere Menschen auf die Gefahren des Konsums aufmerksam zu machen.

Doch auch in der sekundären Prävention zeigen sich Mängel. Sekundäre Prävention zielt darauf ab Menschen, welche riskant konsumieren, also bereits leicht abweichendes Verhalten zeigen, früher beraten zu können und mittels geeigneter Interventionen einer Abhängigkeitsentwicklung entgegen zu wirken. Als hilfreich erweisen haben sich Wissensvermittlung, Hilfestellung zur Selbstkontrolle und/oder eine Verstärkung ärztlich-pflegerischer Kontrollen des Gesundheitszustandes und der Konsumgewohnheiten. Unterstützend sind dabei ausstiegsorientierte Interventionen, die dazu dienen die bestehenden Abhängigkeiten zu unterbrechen (vgl. Schnoz et al.2006: 17).

6.2.2 Früherkennung und Frühintervention

Eine besonders wichtige Rolle spielt die Früherkennung und Frühintervention. Um problematischen Konsum zu identifizieren finden sich eine Reihe von Screening Methoden, wobei bis jetzt nur einer für ältere Menschen angepasst wurde. Es handelt sich dabei um den SMAST - G (Short Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatrie Version). Er zielt darauf ab, problematischen Alkoholkonsum zu erkennen. Es handelt sich um eine Selbstbeurteilung bestehend aus 10 Fragen. Werden zwei oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, liegt vermutlich ein Problem mit Alkohol vor.

Wurde ein problematischer Konsum festgestellt, steht eine Vielzahl an praxiserprobten und standardisierten Verfahren zu Verfügung. SBRITE (Screening, Brief and Referral to Treatment) wird in der Schweiz erfolgreich angewendet. Es umfasst ein systematisches Screening, Kurzinterventionen oder Beratungen und wenn nötig eine Überweisung an eine entsprechende suchtspezifische Institution.

Kurzinterventionen bestehen aus einer Verbindung der motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick und dem transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClemente. Die Kurzinterventionen zielen darauf ab, Begleitung und Beratung als Unterstützung anzubieten und sind, je nach Phase des Risikoverhaltens und der Veränderungsbereitschaft, vor allem auf die Motivation zur Risikominderung ausgerichtet (vgl. Alter und Sucht 2020: o.S).

Laut Schnoz et al. (2006: 17) ist es wichtig neue Präventions- und Interventionsmassnahmen, welche gezielt auf ältere Alkoholkonsumenten und Konsumentinnen abgestimmt sind, zu entwickeln. In diesen Ansätzen sollen altersspezifische Charakteristika, suchtbezogene Symptome und Konsummuster, Alter bei Konsumbeginn, sowie medizinische, psychische und soziale Themen berücksichtigt werden.

Zusammenfassend kann laut Lützenkirchen et al (2010: 49) folgendes festgehalten werden: Die Versorgungsstruktur alter abhängiger Menschen ist momentan weder ausreichend,

noch erforscht. Daher ist auch die Datenlage wenig aussagekräftig. Es gibt kaum systematische Präventionsarbeit und es bestehen kaum spezifischen Angebote.

6.2.3 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Gemäss Lützenkirchen et al. (2010: 93) zeigen sich für die Soziale Arbeit vor allem in der Gesundheitsförderung zahlreiche Handlungsanforderungen: im Krankenhaus, in Alterspflegeheimen, aber auch im ambulanten Beratungsbereich. Hier kann die Soziale Arbeit präventiv und gesundheitsfördernd tätig sein. Es konnte festgestellt werden, dass Betroffene meist den Hausarzt oder ein Krankenhaus aufsuchen, dort bestünde für die Soziale Arbeit die Möglichkeit intervenierend und auch präventiv anzusetzen. Wird im Aufnahmegespräch eine alkoholbedingte Gesundheitsschädigung festgestellt, wäre es sinnvoll die Soziale Arbeit in die Behandlung einzubeziehen, um den Hilfsbedarf abzuklären und gegebenenfalls den oder die Betroffene an eine Suchtberatung zu vermitteln.

Das bio-psycho-soziale Modell, welches in Kapitel 4.2 vorgestellt wurde, liefert der Sozialen Arbeit einen fundierten theoretischen Ansatz, der die vielfältigen begünstigenden Faktoren einer Suchterkrankung aufzeigt. Diese ganzheitliche Betrachtungsweise zeigt auf, dass es kein einheitliches Handlungskonzept für die Behandlung von alkoholabhängigen Menschen geben kann, da die Ursachen und Folgen insgesamt sehr vielfältig sind und spezifisch abgestimmte Interventionen erfordern (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 95). Für die Soziale Arbeit im Bereich des Gesundheitswesens besteht eine Notwendigkeit der Kooperation mit anderen involvierten Berufsgruppen, dies auf dem Hintergrund der komplexer werdenden Gesundheitsprobleme, den verschiedenen Lebensstilen und auch der innerhalb der Sozialen Arbeit bestehenden verschiedenen Trägerschaften.

Viele ältere Menschen kommen oft erst sehr spät und nach dem Kontrollverlust in die Beratung. Dies liegt einerseits an den mangelnden Angeboten, andererseits daran, dass sich ältere Menschen sehr schämen und deshalb keine Hilfe suchen. Es liegt aber auch daran, dass viele Erstkontakte über eine Komm-Struktur geregelt sind, wie dies auch in der Suchtberatung der Fall ist. Um ältere abhängige Menschen zu erreichen, sollte der Fokus vermehrt auf aufsuchende Sozialarbeit gelegt werden (vgl. Lützenkirchen et al. 2010: 91).

Pilotprojekt «1+1=3» - interprofessionelle Kooperation von Spitex und Suchthilfe

Das Pilotprojekt «1+1=3» aus Lenzburg greift die Forderung nach interdisziplinärer und aufsuchender Suchthilfe auf. In interprofessioneller Zusammenarbeit wird ein Modellkonzept zur kooperativen Versorgung von Menschen mit Abhängigkeit oder Suchtgefährdung entwickelt. Durch die Festigung der Zusammenarbeit zwischen Spitexorganisationen und

Suchtfachstellen können schwer erreichbare Klientinnen und Klienten besser mit den Angeboten der Suchthilfe vernetzt werden. Fachpersonen aus der Suchthilfe und der aufsuchenden Pflege erhalten mehr Sicherheit im professionellen Umgang mit der genannten Klientelgruppe. Die Modellentwicklung umfasst drei Phasen:

- a. Modellkonzept: Interprofessionelle Vernetzung Suchthilfe - aufsuchende Pflege (2021)
- b. Schulungen für Spitexmitarbeitende (2022)
- c. Aufsuchende Suchtberatung (2021/2022)

Die Anpassung des Suchthilfeangebots an die spezifischen Bedürfnisse wenig mobiler, besonders verletzlicher Personen und die Befähigung der Spitexorganisationen im Umgang mit Abhängigkeiten tragen dazu bei, dass Betroffene und Angehörige bedarfsgerechter versorgt werden und dadurch zu mehr Lebensqualität gelangen (s. Anhang II: unveröffentlichter Projektantrag).

Gemäss Lützenkirchen et al. (2010: 89) besteht eine Lücke in der Versorgungsstruktur zwischen Altenhilfe und Suchthilfe. Die Suchthilfe findet wenig Zugang zu älteren alkoholkranken Menschen und die Altenhilfe hat kaum Berührungspunkte mit der Suchthilfe. Für die Suchthilfe bedeutet dies, dass es notwendig ist, sich intensiver mit den alterstypischen psychischen und physischen Veränderungen zu beschäftigen und entsprechend weiterzubilden. Innerhalb der Altenhilfe und der Gemeinwesenarbeit sollten vermehrt Schulungen und Informationsveranstaltungen zum Thema Sucht im Alter stattfinden. Zielpublikum sollten nicht nur professionelle Mitarbeitende sein, sondern auch ehrenamtlich Tätige.

Sommerfeld (2016: 30f) sieht die Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der Suchthilfe, da Ursachen und Folgen der Sucht auf dem Boden sozialer Probleme entstehen und solche verursachen. So richtet sich die Perspektive der Sozialen Arbeit auf die vorhandenen Probleme und versucht dabei auch vorausschauend zu handeln. Soziale Arbeit agiert dabei komplementär, ergänzend zur medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung. Als Kernkompetenz wird dabei die patientenorientierte Koordination von Leistungen und Leistungserbringern verstanden. Dieser Umstand erfordert eine Soziale Arbeit, die sich Gehör verschaffen kann und Behandlungen anbietet.

6.2.4 Professionelle Beziehung

Gemäss Schnoz et al. (2006: 35) kommt der Beziehung zwischen Beratenden und Betroffenen ein bedeutender Stellenwert zu. Zentral dabei sind eine generell akzeptierende Haltung und positive Emotionen der Beratungspersonen gegenüber den Betroffenen.

Eine angemessene Beratung erweist sich dann als hilfreich, wenn sucht- und altersspezifische Komponenten einbezogen werden. Es erscheint deshalb wichtig, alterstypische Schwerpunkte wie Verlusterlebnisse, Ängste oder die Alltagsbewältigung mit zunehmenden Einschränkungen in die Beratung miteinzubeziehen (vgl. Niekrens 2012: 80).

Laut Al Akel (2006: 76) haben ältere Menschen Mühe, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie Angst vor Stigmatisierung haben und dadurch Beratungsangeboten gegenüber eher misstrauisch eingestellt sind. Auf Grund ihrer Lebenseinstellung erachten sie es zudem als Niederlage, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, haben sie doch bis anhin Probleme mit sich selbst ausgemacht. Um älteren Menschen dennoch Hilfe anbieten zu können, haben sich sogenannte Türöffner Gespräche als hilfreich erwiesen, bei denen eine Vertrauensperson zum Beratungsgespräch mitgebracht werden kann.

Die Suchthilfe ist im Moment mehrheitlich auf die Belange von jüngeren abhängigen Menschen ausgerichtet. Hier wurde der Bedarf erkannt, sich auch verstärkt der Gruppe der älteren Abhängigen zu zuwenden. So wird es als relevant erachtet, neue Betrachtungsweisen auf das Älterwerden und Alt-Sein zu entwickeln: dem Alter Wertschätzung entgegenbringen und es als Entwicklungsaufgabe sehen. Es sollte dabei auf die spezifischen Wünsche und Bedürfnisse der älteren Betroffenen eingegangen werden, um damit einem Rückzug in die Einsamkeit vorzubeugen und einem Abgleiten in die Sucht entgegen zu wirken (vgl. Lützenkirchen et al.: 97).

Die zunehmende Vereinsamung wurde als einer der zentralen Gründe für steigenden Konsum bei älteren Menschen festgestellt, insofern zeigt sich, wie wichtig diese soziale Teilhabe für die Gesundheit älterer Menschen ist. Hier besteht für die Soziale Arbeit eine zentrale Aufgabe darin, Räume zu schaffen, die auch für ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zugänglich sind. Insgesamt sollte vermehrt darauf geachtet werden, Menschen in bestehende Netzwerke zu integrieren: es finden sich viele Angebote wie Besuchsdienste, Caring Communities, Vereine und viele andere ehrenamtliche Angebote. Hier sollte die Soziale Arbeit eine begleitende oder vermittelnde Rolle übernehmen, denn oft schaffen es älteren Menschen, gerade wenn die Scham auf Grund der Sucht gross ist, nicht mehr von sich aus, solche Angebote in Anspruch zu nehmen.

6.2.5 Arbeit mit Angehörigen

Angehörige spielen im Leben von älteren suchterkrankten Menschen eine wichtige Rolle, sind sie doch oft die einzigen sozialen Kontakte. Für die Soziale Arbeit in der Beratung ist es deshalb wichtig, Angehörige darin zu unterstützen, einen gesunden Umgang mit den Erkrankten zu finden. Über die Erkrankung zu sprechen ist enorm wichtig und auch ältere Menschen können ihr Verhalten ändern. So beschreiben Fleckenstein et al. (2020: 17),

dass sowohl Angehörige als auch Betroffene enorme Leistungen im Umgang mit einer Suchterkrankung erbringen. Es ist deshalb wichtig, Angehörige und Betroffene für ihre erbrachten Leistungen zu sensibilisieren. Daraus kann sich ein gegenseitig positiv verstärkendes Milieu entwickeln, in dem Stolz, Würde und Achtung erlebt werden können.

6.2.6 Soziale Arbeit und Gesellschaft

Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene wurde die Relevanz der Zunahme der late-onset Konsumierenden erkannt und es werden nun erste Massnahmen und Konzepte entwickelt, wie die in Kapitel 4.7.1 erwähnten Massnahmen der nationalen Strategie Sucht, um die Versorgungslage genauer zu erfassen und zu verbessern. Doch insgesamt gestaltet sich die Entwicklung etwas zäh.

Gemäss Bojack et al. (2010: 82) bestehen keine genauen Zahlen, wie viele Menschen im Alter an einem Suchtmittelkonsum leiden, da es drüber keine ausreichenden wissenschaftliche Studien gibt, daher sollte vermehrt auch in die Forschung zu diesem Thema investiert werden.

Die Soziale Arbeit sollte sich vermehrt gegen die bestehende Stigmatisierung von suchtkranken Menschen einsetzen. So macht es gemäss Lützenkirchen et al. (2010: 80) den Anschein, als wolle die Gesellschaft mit solchen Menschen, die zur Problemlage Alter auch noch eine Suchterkrankung aufweisen, nichts zu tun haben.

Diesbezüglich hält der Berufscodex der Sozialen Arbeit (2010: 11) fest:

«Verpflichtung zur Zurückweisung von Diskriminierung, sei es aufgrund von Fähigkeiten, Alter, Nationalität, Kultur, sozialem oder biologischem Geschlecht, Familienstand, sozio-ökonomischem Status, politischer Meinung, körperlichen Merkmalen, sexueller Orientierung oder Religion, kann und darf nicht geduldet werden.»

6.2.7 Beispiel aus der Praxis

Die Autorin hat im Rahmen ihrer Berufstätigkeit in einer Suchtberatung die Erfahrung gemacht, dass im Kanton Aargau Menschen mit einer Suchterkrankung, die über 64 Jahre alt sind, in einer spezialisierten Entzugsklinik nicht bzw. nur auf Nachdruck einer involvierten Fachstelle aufgenommen werden. Oder dass sie von Altersheimen nicht aufgenommen werden, unter dem Vorwand, dass es kein freies Bett gäbe - dies über Monate und ohne offene Kommunikation über die wahren Gründe. Solche Formen der Stigmatisierung wirken sich, wie in Kapitel 4.5 beschreiben, negativ auf den Selbstwert aus und verhinderten eine angemessene Behandlung, was für die Betroffenen gravierende Folgen haben kann.

6.2.8 Handlungsempfehlungen im Überblick

Aus der Sicht der Autorin ergeben sich zusammenfassend folgende Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit:

- Gezielte primäre und sekundäre Prävention
- Früherkennung und Frühinterventionen
- Ausbau der Versorgungsstruktur
- Engmaschige Zusammenarbeit mit involvierten Berufsgruppen und Institutionen zur gezielten Gesundheitsförderung (Krankenhäuser, Alterspflegeheime, Beratungsstellen, Hausärzte)
- Lücke zwischen Altenhilfe und Suchthilfe schliessen
- Schulungen zum Thema Sucht im Alter für Fachleute und freiwillige Hilfspersonen
- Räume schaffen für soziale Teilhabe
- Aufsuchende Sozialarbeit etablieren
- Ausrichtung der Suchthilfe auch auf Bedürfnisse älterer Menschen
- Angehörige einbeziehen
- Forschung intensivieren
- Stigmatisierung entgegenwirken

6.3 Persönliches Fazit

Wie aus der zitierten Literatur hervorgeht, ist Sucht im Alter zwar ein schon länger bekanntes Phänomen, das jedoch nach wie vor noch zu wenig präsent ist in der Öffentlichkeit. Über das Alter wird mittlerweile mehr gesprochen und es scheint, dass sich langsam ein positiveres Bild bezüglich Alter und alternden Menschen durchsetzt. Dies gilt zumindest, wenn ältere Menschen keine sozialen Probleme haben. Das ganze Leben stellt Menschen immer wieder vor Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Die Lebensphase Alter ist ein Teil der Lebensspanne eines Menschen, der sich als eine Art Kumulation von Veränderungen und Herausforderungen erweisen kann, da sich in dieser Lebensphase kritische Lebensereignisse häufen können und zugleich die unterstützenden Netzwerke kleiner werden.

Alkoholkonsum wird in der Schweiz zelebriert und gehört zum Kulturgut, er steht für Wohlstand und ist gesellschaftlich akzeptiert. Wer trinkt, massvoll natürlich, gehört dazu. So gesehen ist es verständlich, dass ältere Menschen zumindest den Konsum aufrechterhalten, wenn ihnen schon die gesellschaftliche Teilhabe Stück für Stück abhandenkommt.

Süchtige Menschen schämen sich für ihr Verhalten, weil ihnen immer noch zu verstehen gegeben wird – oder sie selbst davon überzeugt sind – dass sie eigentlich selbst schuld

sind, obwohl Sucht längst als Krankheit erkannt wurde. Diese Stigmatisierung löst unglaublich viel Leid aus.

Berührend wird die Not eines Trinkers in der Geschichte des Kleinen Prinzen von De Saint-Exupéry (1945: 42f) beschrieben:

Den nächsten Planeten bewohnte ein Säufer. Dieser Besuch war sehr kurz, aber er tauchte den kleinen Prinzen in eine tiefe Schwermut. "Was machst du da?" fragte er den Säufer, den er stumm vor einer Reihe leerer und einer Reihe voller Flaschen sitzend antraf.

"Ich trinke", antwortete der Säufer mit düsterer Miene. "Warum trinkst du?" fragte ihn der kleine Prinz. "Um zu vergessen", antwortete der Säufer. "Um was zu vergessen?" erkundigte sich der kleine Prinz, der ihn schon bedauerte. "Um zu vergessen, dass ich mich schäme", gestand der Säufer und senkte den Kopf. "Weshalb schämst du dich?" fragte der kleine Prinz, der den Wunsch hatte, ihm zu helfen. "Weil ich saufe!", endete der Säufer und verschloss sich endgültig in sein Schweigen. Und der kleine Prinz verschwand bestürzt. Die grossen Leute sind entschieden sehr, sehr wunderlich, sagte er sich auf seiner Reise.

Würde die Gesellschaft und Soziale Arbeit den steigenden Alkoholkonsum älterer Menschen als Hilferuf, als unbedingtes Streben nach Handlungsfähigkeit wahrnehmen und verstehen, dann würde sich vermutlich vieles zum Positiven wenden und somit könnte viel Leid verhindert werden.

Wer schon mal Menschen in einer solchen Notlage begleitet hat, weiss, wie viel Leid und Hoffnungslosigkeit diese Menschen aushalten müssen und wie dringend es angebracht ist, diese Umstände zu verändern. Auch älteren Menschen muss dringend eine angemessene Behandlung und Begleitung zukommen, damit auch sie ein würdevolles Leben im Alter führen können.

7 Literatur

- Al Akel, Susan (2006). Beratung im Alter. In: Brückner, Burkhard/Al Akel, Susan/Klein, Ulrich (Hrsg.). *Verstehende Beratung alter Menschen. Orientierungshilfen für den Umgang mit Lebenskonflikten, Krisen und Notfällen*. Regensburg: S. Roderer-Verlag. S. 73-89.
- Aner, Kirsten (2010). Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer Arbeit. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute. *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. 1.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 33-50.
- Bachmann, Alfons/Wenger, Jonas/Gotmann, Linda (2019). Sucht im Alter: Frühzeitig erkennen und gemeinsam behandeln. In: *SuchtMagazin* Jg. 45 (5). S. 12-19.
- Backes, M. Gertrud/Clemens, Wolfgang (2013). *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. 4. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Beutel, Martin/Baumann, Matthias (2000). Rehabilitation suchtkranker älterer Patienten. In: *Suchttherapie* 1(3). Doi: 1055/s-2000-1045. Stuttgart New York: Thieme Verlag. S. 155-162.
- Böhnisch, Lothar/Lenz, Karl/Schröer, Wolfgang (2009). *Sozialisation und Bewältigung. Eine Einführung in die Sozialisationstheorie der zweiten Moderne*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Böhnisch, Lothar (2016a). *Lebensbewältigung. Ein Konzept für die soziale Arbeit*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Böhnisch, Lothar (2016b). Der Weg zum sozialpädagogischen Konzept der Lebensbewältigung. In: Littau, John/Walther, Andreas/Warth, Annegreth/Wey, Sophia (Hrsg.). *Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung. Methodologische Vergewisserung und empirische Befunde*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 18-32.
- Böhnisch, Lothar (2017). *Sozialpädagogik der Lebensalter. Eine Einführung*. 7. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Bojack, Barbara/Brecht, Elke/Derr, Christina (2010). Alter, Sucht und Case Management. Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter. In: Kramer, W. Jost/Nitsch, Karl Wolfhart/Praue, Gunnar/von Schubert, Andreas/Weigand, Andreas/Winkler, Joachim (Hrsg.). *Wismarer Schriften zu Management und Recht*. Band 38. Bremen: Hochschulverlag.
- De Saint-Exupéry, Antoine (1945). *Der kleine Prinz*. Zürich: Arche.
- Fachverband Sucht (2020). Unveröffentlichter Projektantrag PGV II. «1+1=3 interprofessionelle Kooperation Spitex&Suchthilfe. (s. Anhang II)
- Fleckenstein, Martin/Fleckenstein-Heer, Marlis/Leiberg, Susanne/Breit, Willi/Lüddeckens, Thomas (2020). *Mit Stolz aus der Abhängigkeit. Leistungssensible Suchttherapie nach Fleckenstein und Fleckenstein-Heer*. Stuttgart: Cotta'sche Verlag.
- Godde, Ben/Voelker-Rehage, Claudia/Olk, Bettina (2016). *Einführung Gerontopsychologie*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

- Hoff, Tanja/Kuhn, Ulrike/Kuhn, Silke/Isfort, Michael (2017). Sucht im Alter – Grundlagen. In: Hoff, Tanja/Kuhn, Ulrike/Kuhn, Silke/Isfort, Michael (Hrsg.). Sucht im Alter – Massnahmen und Konzepte für die Pflege. Deutschland: Springer Verlag. S. 1-10.
- Höpflinger, Francois (2009). Der Wandel des Alters. In: SuchtMagazin Jg. 35 (3). S. 4-8.
- Höpflinger, Francois/Van Wezmael, Joris (Hg.) (2014). Wohnen im höheren Lebensalter. Age Report III. Grundlagen und Trends. Zürich und Genf: Seismo Verlag.
- Kruse, Andreas (2017). Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife. Deutschland: Springer-Verlag GmbH.
- Kutschke, Andreas (2012). Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrank alter Menschen. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Lindenmeyer, Johannes (2005). Lieber schlau als blau. 7. Auflage. Basel: Beltz Verlag.
- Lindenmeyer, Johannes (2013). Ich bin kein Alkoholiker. Ambulante Psychotherapie bei Alkoholproblemen. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- 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.
- Mayring, Philipp/Saup, Winfrid (1990). Entwicklung im Alter – die Abkehr von statischen Konzeptionen und Defizitmodellen. In: Mayring, Philipp/Saup, Winfried (Hrsg.). Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer GmbH. S. 9-13.
- Mayring, Philipp (1990). Pensionierung. In: Mayring, Philipp/Saup, Winfried (Hrsg.). Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer GmbH. S. 37-52.
- Maercker, Andreas (2015). Psychologie des höheren Lebensalters. In: Maercker, Andreas (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychiatrie. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. S. 1-38.
- Mühlig, Stefan/Wolter, Dirk (2018). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen/Sucht und Substanzstörungen im Alter. In: Köppel, Stefan/Jessen, Frank (Hrsg.). Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Diagnostik und Therapie höherer Lebensalter. München: Elsevier. S. 121-145.
- Niekrens, Sebastian (2012). Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive. Freiburg: Centaurus Verlag & Media KG.
- Perrig-Chiello, Pasqualine/Höpflinger, Francois (2009). Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Saup, Winfrid (1990). Formen der Lebensbewältigung im Alter. In: Mayring, Philipp/Saup, Winfried (Hrsg.). Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer GmbH. S. 185-200.
- Schneider, Ralf (2013). Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich davon befreit. 17. Korrigierte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Schroeter, Klaus R. (2009). Senioren: Wahlpflichtbereich II: Zielgruppe des Managements. Allgemeine Grundlagen. Hamburg: o. Verlag. S. 5-84.

- Schroeter, Klaus R./Knöpfel, Carlo (2020). Soziale Arbeit für ältere Menschen in der Schweiz. In: Aner, Kirsten/Karl Ute. (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2..Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 95-105.
- Siegrist, Johannes (2012). Anerkennung und Gesundheit im Alter: Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und ihre gesellschaftliche Bedeutung. In: Schröder, Johannes/Pohlmann, Markus (Hg.). Gesund altern. Individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH. S. 313-331.
- Sommerfeld, Peter (2016). Sucht- ein medizinisches oder soziales Problem? In: SuchtMagazin Jg.42 (6). S. 27-30.
- Weyerer, Sigfried/Schäufele, Martina (2017). Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. In: Sucht. 63. Jg. (2). Bern: Hogrefe. S. 69-80.
- WHO. Dilling, H/Mombour W. & Schmidt, M. (2014). (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. 9. Auflage. Bern: Huber.
- Wolter, Dirk (2011). Sucht im Alter- Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Wolter, Dirk (2015). Sucht. In: Maercker, Andreas (Hrsg.). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychiatrie. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag. S. 259-280.

Elektronische Literatur

- Alter und Sucht. Screening. Grundlagen für Früherkennung und Behandlung. URL: <https://www.alterundsucht.ch/aerzteschaft/alkohol/screening.html> [Zugriffsdatum: 06.12.2020]
- AvenirSocial (2010). Berufscodex der Sozialen Arbeit Schweiz. Eine Argumentation für die Praxis. URL: https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufscodex_De_A5_db_221020.pdf [Zugriffsdatum: 6. Dezember 2020]
- Bericht 5. Gesundheit und Lebensqualität im Alter (2016). Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme. Gesundheitsförderung im Alter. URL: [https://promotionsante.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/berichte/Bericht_005_GFCH_2016-03 - Gesundheit und Lebensqualitaet im Alter.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/berichte/Bericht_005_GFCH_2016-03_-_Gesundheit_und_Lebensqualitaet_im_Alter.pdf) [Zugriffsdatum: 9.Oktober 2020]
- Bundesamt für Gesundheit. Alkohol im Alter. URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-undgesundheit/alkohol/alkohol-im-alter.html> [Zugriffsdatum: 3.Juli 2020]
- Bundesamt für Gesundheit. Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017 – 2024. URL: https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/Humanmedizin/Massnahmenplan_zur_Nationalen_Strategie_Sucht.pdf?la=de-CH [Zugriffsdatum: 14. September 2020]
- Grönemeyer, Herbert (1984). Alkohol URL: <https://www.songtexte.com/songtext/herbert-gronemeyer/alkohol-3bdcf49c.html> [Zugriffsdatum: 30. Dezember 2020]

Jost Annemarie. (2016). Rezension zu: Lothar Böhnisch: Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. In: socialnet Rezensionen, ISSN 2190-9245. URL: <https://www.socialnet.de/rezensionen/20843.php> [Zugriffsdatum: 20. November 2020]

Schnoz, Dominic/Grubermann, Damian/Salis Gross, Corina/Uchtenhagen, Ambros (2006). Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. URL: https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/151065/1/Schnoz,_Salis_Gross_et_al._2006_Alter_und_Sucht.pdf [Zugriffsdatum 20. August 2020]

Anhang

Anhang I: Grundbedürfnisse, Trinkmotive und vorbeugende Massnahmen

Anhang II: 1+1=3: Interprofessionelle Kooperation von Spitex&Suchthilfe

Anhang I

Grundbedürfnisse, Trinkmotive und vorbeugende Massnahmen

Schneider (2013: 26) hat diese Tabelle für Jugendliche entwickelt. So stehen unterhalb der Grundbedürfnisse die häufigsten Motive, die den Konsum fördern. In der dritten Spalte die vorbeugenden Massnahmen.

Bindung	Selbstwert	Kontrolle & Orientierung	Lustgewinn & Unlustvermeidung
Knüpfen von Bekanntschaften	Unabhängigkeit demonstrieren	Bewältigung von Unsicherheit	Erleben von abenteuerlichem
Ich bin mit jemandem gut	Ich bin gut so wie ich bin	Ich kriege mein Leben geregelt	Mit geht es gut

Die Autorin hat diese Tabelle auf Grundbedürfnisse und Trinkmotive älteren Menschen angepasst und daraus in der dritten Spalte die vorbeugenden Massnahmen abgeleitet.

Bindung	Selbstwert	Kontrolle & Orientierung	Lustgewinn & Unlustvermeidung
Soziale Netzwerke werden kleiner, Einsamkeit	Was bin ich noch wert? Sinnlosigkeit	Bewältigung kritischer Lebensereignisse	Was fange ich mit der verbleibenden Zeit an?
Stabile Beziehungen pflegen, erfahren und aufrechterhalten	Erkennen des eigenen Wertes im Alter	Ressourcen auffrischen, neue Bewältigungsstrategien entwickeln	Ich bin zufrieden, ich fühle mich gut so wie ich lebe. Sinnfindung
Teilhabe	Selbstbewusstsein	Selbstbestimmung	Zufriedenheit

Anhang II



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

1+1=3: Interprofessionelle Kooperation von Spitex&Suchthilfe

Basisdaten

Kurzform	1+1=3
Beginn	01.01.2021
Ende	31.12.2022
Konsortium	ja
Kantone	AG, SG

Hauptantragsteller

Name der Organisation	Fachverband Sucht
Art der Organisation	Verein
Strasse, Hausnummer	Weberstrasse 10
PLZ	8004
Ort	Zürich
Kanton	Zürich
Internetadresse	www.fachverbandsucht.ch
Unterschriftsberechtigte Person(en)	Stefanie Knocks (Generalsekretärin)
Kontaktperson	
Anrede	Herr
Vorname	Jonas
Nachname	Wenger
E-Mail	wenger@fachverbandsucht.ch
Tel	044 266 60 69

Weitere Trägerorganisationen

- Suchtberatung ags (Aargauische Stiftung Suchthilfe ags)
- BZBplus (Information - Beratung - Therapie)
- Spitex Region Lenzburg
- Stiftung Suchthilfe St. Gallen

Themenschwerpunkte

Welches sind die Themenschwerpunkte des Projekts?

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

- Psychische Gesundheit
 Sucht
 Non-communicable diseases (NCD)

Im Fokus steht die Versorgung von schwer erreichbaren und besonders verletzlichen Menschen mit Abhängigkeit oder Suchtgefährdung, die aufgrund somatischer oder psychischer Krankheiten kaum fähig sind, die Wohnung zu verlassen und eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen. Durch die interprofessionelle Entwicklung des Modellkonzepts werden Fachpersonen der Spitex mit den Fachpersonen und Angeboten der Suchthilfe besser vernetzt und befähigt, bei Abhängigkeitserkrankungen professionell zu handeln.

Risikofaktoren

Auf welche Risikofaktoren fokussiert Ihr Projekt?

- Alkohol
 Tabak
 Inaktivität
 Übergewicht
 Stress
 Unausgewogene Ernährung
 Bluthochdruck
 Zu hoher Blutzuckerwert
 Psychische Krankheiten
 Illegale Drogen
 Sozioökonomischer Status

Die hier angesprochene KlientInnengruppe ist für Suchterkrankungen besonders gefährdet. Zur Linderung von psychischen und körperlichen Leiden kommt es bei vielen Betroffenen zu verstärktem Konsum von legalen oder illegalen Substanzen. Eine lang andauernde Selbstmedikation kann in eine Abhängigkeit münden. Das Projekt ermöglicht es, gefährdete Personen frühzeitig zu erkennen, geeignete Interventionen einzuleiten und mit den Betroffenen alternative Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Zusammenfassung

Im Pilotprojekt wird ein Modellkonzept zur kooperativen Versorgung von Menschen mit Abhängigkeit oder Abhängigkeitsgefährdung entwickelt: Durch die Festigung der interprofessionellen Zusammenarbeit an der Nahtstelle zwischen Spitexorganisationen und Sucht-Fachstellen erhalten schwer erreichbare KlientInnen Zugang zu Früherkennung und Suchtberatung. Fachpersonen aus der Suchthilfe und der aufsuchenden Pflege erhalten mehr Sicherheit im professionellen Umgang mit der genannten KlientInnengruppe.

Die Modellentwicklung "1+1=3" umfasst 3 Phasen:

A) Modellkonzept: Interprofessionelle Vernetzung Suchthilfe - aufsuchende Pflege (2021)

In drei interdisziplinären Inhouse-Workshops wird ein adaptierbares Modellkonzept für Spitexorganisationen erarbeitet (Inhalte: Beruflich-fachliche Haltung zu Abhängigkeiten und Konsum, interne Prozesse, interprofessionelle Vernetzung, Triagierung, Umgang mit Abhängigkeiten und Konsum in der aufsuchenden Pflege, Früherkennung und -intervention (F+F)). Das Modellkonzept wird mit der Spitex Region Lenzburg entwickelt. Es wird im Anschluss für die Regionen Baden und St. Gallen adaptiert und umgesetzt.

B) Schulungen für Spitexmitarbeitende (2022)

Für die Mitarbeitenden der Spitex Region Lenzburg, der Spitex Limmat-Aare-Reuss und der Spitex St. Gallen werden Schulungen zu F+F, Abhängigkeiten und Konsum konzipiert, umgesetzt und überprüft.

C) "Aufsuchende Suchtberatung" (2021/2022)

Das neue Angebot der "Aufsuchenden Suchtberatung" wird in den Regionen Lenzburg, Baden und St. Gallen pilotweise umgesetzt und evaluiert. Die Erkenntnisse aus der Umsetzung fliessen wieder in die Überarbeitung des Modellkonzepts ein.

Der Modellkonzept ist adaptierbar. Dies ermöglicht eine unkomplizierte und kosteneffiziente Übertragung in weitere Regionen. Die Verbreitung der erarbeiteten Produkte wird durch die kantonalen Spitex-Verbände unterstützt. Der Fachverband Sucht leistet die Koordination des Gesamtprojekts.

Vision

Zu welcher längerfristigen Veränderung soll Ihr Projekt einen Beitrag leisten?

Im Pilotprojekt werden bisher fehlende Grundlagen für eine nachhaltig verankerte, interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen aufsuchender Pflege und Suchthilfe geschaffen. Die Verbesserung der kooperativen Versorgung gelingt u.a. durch die Schaffung von neuen Unterstützungsangeboten: Menschen mit somatischen und psychischen Beschwerden, die kaum fähig sind, die Wohnung zu verlassen und eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen, werden durch aufsuchende Angebote erreicht.

Handlungsbedarf

Welche fachlichen Begründungen (u.a. wissenschaftliche Evidenzen, Evaluationen) gibt es für das Projekt?

Menschen, die aufgrund von psychischen und/oder somatischen Beschwerden ihre Wohnung kaum verlassen, sind überdurchschnittlich suchtfährdet und oft neben anderen Erkrankungen (Multimorbiditäten) mit Abhängigkeiten konfrontiert. Das etablierte Angebot der Suchthilfe ist für diese KlientInnen-Gruppe zu statisch und hochschwierig. Fachpersonen der aufsuchenden Pflege sind mit den KlientInnen und ihrem Umfeld vernetzt und oft wichtige Bezugspersonen. Ihre Schlüsselrolle in der Früherkennung und Versorgung dieser Menschen kommt jedoch kaum zum Tragen (vgl. Problemanalyse Fachverbands Sucht, siehe Quellen). Folgende Situationen können auftreten:

- Fachperson der Aufsuchenden Pflege (FAP) nimmt Problemverhalten wahr, erkennt dieses jedoch nicht als Suchtgefährdung oder Abhängigkeit bzw. relativiert das Verhalten
- FAP ist unzureichend geschult im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen
- FAP hat keine Kenntnis, an wen sie sich bei Verdacht auf Suchtgefährdung oder Abhängigkeit wenden kann (Triage)
- FAP ist in der berufsethischen Bewertung von Konsum und Abhängigkeit auf sich allein gestellt und muss auf persönliche Bewertung zurückgreifen

Das Einzugsgebiet der Regionen "Lenzburg", "Limmat-Aare-Reuss" und Stadt St. Gallen umfasst ca. 230 000 Personen. Die Fachpersonen der aufsuchenden Pflege besuchen ca. 1800 PatientInnen (Zielgruppe für F+F). Davon sind gemäss Schätzungen von Fachpersonen 120 suchtfährdet und ca 140 haben diagnostizierte und nicht diagnostizierte Abhängigkeiten (gemäss Einschätzungen von Expertinnen, weitere Hinweise: Prävalenz probl. Alkoholkonsum 15+ Obsan, Zahlen Risikokonsum Alkohol Sucht Schweiz). Gemäss Schätzungen von Fachpersonen finden sich in den drei Pilotregionen 270 sehr schwer erreichbare KlientInnen, die überdurchschnittlich suchtfährdet oder mit Abhängigkeiten konfrontiert sind (Zielgruppe für aufsuchende Suchtberatung).

Prioritäre Interventionsbereiche

Welche prioritären Interventionsbereiche I und II können mit dem Projekt gestärkt werden? Wie erzielt Ihr Projekt Fortschritt in den genannten Bereichen?

- Schnittstellen innerhalb der Gesundheitsversorgung sowie zwischen Gesundheitsversorgung, Public Health und Gemeinwesen (Community)
- Kollaboration, Interprofessionalität, Multiprofessionalität
- Selbstmanagement chronischer Krankheiten und von Suchtproblematiken und/oder psychischen Erkrankungen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute
- Neue Technologien (insbesondere im Bereich Daten/Outcomes, eHealth und mHealth)

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

Neue Finanzierungsmodelle (hybride Finanzierung, Anreizsysteme)

Durch die interprofessionelle Entwicklung des Modellkonzepts zur Kooperation zwischen Suchthilfe und aufsuchender Pflege/Betreuung in der "Spitex Region Lenzburg" wird die Zusammenarbeit von Fachpersonen und -organisationen an dieser Nahtstelle nachhaltig gefestigt. Die partizipative Erprobung des Modells in den Pilotregionen ermöglicht es, Gelingfaktoren für die interprofessionelle Vernetzung und kooperative Versorgung der Zielgruppe zu definieren. Im zweiten Schritt wird das Modellkonzept in den und für die Regionen Stadt St. Gallen und Baden adaptiert. Die Prozesse zur Versorgung von schwer erreichbaren Menschen mit Abhängigkeit oder Abhängigkeitsgefährdung werden von Sucht- und Spitex-Fachpersonen gemeinsam entwickelt. Die partizipative Entwicklung ermöglicht eine nachhaltige Vernetzung und ein gegenseitiges Lernen. Der Bedarf an Schulungen zu Abhängigkeiten, Konsum und Früherkennung und -intervention wird vor Ort eruiert, und so ein zielgruppengerechtes Angebot geschaffen.

Digitales Tool

Planen Sie die Entwicklung eines digitalen Tools oder Projekts?

Die Entwicklung eines digitalen Tools ist im Rahmen des Pilotprojekts nicht vorgesehen.

Settings

In welchen Settings interveniert Ihr Projekt?

- Spital/Klinik
- Alters- und Pflegeheim
- Hausarztpraxis
- Facharztpraxis
- Häusliche Pflege (z.B. Spitex)
- Therapien (Physio, Ergo, usw.)
- Apotheke
- Schule, Bildungseinrichtungen
- Beratungsdienst, Sozialdienst
- Quartier, Gemeinde (z.B. Gassenarbeit)
- Zuhause

Pflegefachpersonen und HaushälterInnen der Spitex finden bei ihren KlientInnen z.B. viele leere Flaschen vor, werden um den Kauf von Alkohol, Cannabis oder Medikamenten gebeten oder mit rauschbedingten Aggressionen konfrontiert. Im Pilotprojekt werden mit Mitarbeitenden und Führungspersonen der Spitex und der Suchthilfe gemeinsam eine beruflich-fachliche Haltung der Aufsuchenden Pflege zu Sucht und Konsum, sowie Grundlagen für einen Umgang mit herausfordernden Situationen im Zusammenhang mit Sucht und Konsum in der aufsuchenden Pflege erarbeitet, sowie ein gemeinsames Angebot zur Unterstützung besonders verletzlicher, wenig mobiler Personen geschaffen. Die Produkte halten fest,

- wie eine Früherkennung von problematischem Konsum und Abhängigkeiten im häuslichen Setting gelingt,
- wie Pflegefachpersonen und HaushälterInnen PatientInnen ansprechen können,
- wie eine Triage in eine Suchtbehandlung geschieht,
- wie eine aufsuchende Suchtberatung funktioniert.

Patientennutzen

Beschreiben Sie den Nutzen des Projekts für Patient_innen und Personen mit erhöhten Krankheitsrisiken.

Die Anpassung des Suchthilfe-Angebots an die spezifischen Bedürfnisse wenig mobiler, besonders verletzlicher Personen und die Befähigung der Spitexorganisationen im Umgang mit Abhängigkeiten tragen dazu bei, dass Betroffene bedarfsgerechter versorgt werden. Das fördert autonome Entscheidungen und kann zu einer besseren Lebensqualität führen - sowohl für Betroffene als auch für Angehörige.

- **Menschen mit Suchtgefährdung:**
Die kooperative Versorgung ermöglicht es, Suchtgefährdungen früh zu erkennen und durch ein frühes Intervenieren (F+F) die Entstehung von Abhängigkeiten zu verhindern;

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

– **Menschen mit Abhängigkeit:**

Wenig mobile, besonders verletzbare Personen, die durch die üblichen Angebote der Suchthilfe nicht erreicht werden, profitieren von Beratung oder Therapie.

Dies deckt sich mit dem Ziel der Nationalen Strategie Sucht, mit Früherkennung und Suchthilfeangeboten alle Betroffenen - unabhängig von Geschlecht, Alter und soziokulturellem Status - zu erreichen.

Zielgruppen

Kreuzen Sie die Zielgruppen des Projekts an. Geben Sie an, wie viele Personen pro Zielgruppe mit dem Projekt erreicht werden sollen.

<input type="checkbox"/> Ärzteschaft	0
<input checked="" type="checkbox"/> Medizinisches Pflege- und Betreuungspersonal	163
<input type="checkbox"/> Therapeut/-innen (Physio, Ergo etc.)	0
<input type="checkbox"/> Weitere med. Fachpersonen (Apotheker/-innen etc.)	0
<input type="checkbox"/> Nicht-medizinisches Personal von stationären Einrichtungen sowie von Unterstützungsdiensten (Besuchs-, Fahr-, Mahlzeitendienste)	0
<input type="checkbox"/> Angehörige bzw. betreuende Angehörige	0
<input checked="" type="checkbox"/> Menschen mit Suchtgefährdung (KlientInnen-Gruppe 1)	120
<input checked="" type="checkbox"/> Menschen mit Abhängigkeit (KlientInnen-Gruppe 2)	141
<input checked="" type="checkbox"/> direkt involvierte Fachpersonen aus der Suchthilfe / -prävention	24
<input checked="" type="checkbox"/> Pflegehilfen + Hauswirtschaft	60
<input checked="" type="checkbox"/> KlientInnen Spitex in den drei Pilotregionen (Zielgruppe F + F)	1800
<input checked="" type="checkbox"/> indirekt involvierte Fachpersonen aus der Suchthilfe / -prävention	200

- **Fachpersonen, involviert in die kooperative Versorgung:** Im Fokus stehen Mitarbeitende der Spitexorganisationen in den Pilotregionen (Pflegefachpersonen FaSRK/HilfspflegerInnen SRK, HauswirtschaftlerInnen, Führungspersonen) und Fachpersonen aus der Suchthilfe. Sie entwickeln das Modellkonzept in Kooperation. Via Spitexverbände wird das Modellkonzept allen Spitexorganisationen zur Verfügung gestellt und die erreichten Zielgruppen vervielfacht. Die kantonalen Spitex-Verbände unterstützen die Erarbeitung des Modells und dessen Transfer in die Praxis.
- **Schwer erreichbare KlientInnen mit Suchtgefährdung:** Diese Zielgruppe wird durch das Modell der kooperativen Versorgung mit Früherkennung erreicht und in alternativen Bewältigungsstrategien gestärkt.
- **Schwer erreichbare Menschen mit Abhängigkeit:** Die aufsuchenden Angebote sind niederschwellig und ermöglichen die Versorgung einer bisher mit Angeboten der Suchthilfe kaum erreichten Zielgruppe.

Projektziele / Outcome

Formulieren Sie smarte Projektziele. Wir empfehlen, nicht mehr als 6 Projektziele zu formulieren.

Prioritäre Interventionsbereiche I

Schnittstellen innerhalb der Gesundheitsversorgung sowie zwischen Gesundheitsversorgung, Public Health und Gemeinwesen (Community)

I.1.1 OBERZIEL PHASE A Interprofessionelle Vernetzung Suchthilfe - Aufsuchende Pflege: Modellkonzept

In der Pilotregion Lenzburg werden in partizipativen und interprofessionellen Workshops die Gelingfaktoren für eine kooperative Versorgung von schwer erreichbaren Menschen mit einer Suchtgefährdung oder Abhängigkeit eruiert und in einem Modell festgehalten. Das Modellkonzept ist für weitere Regionen in der Deutschschweiz adaptierbar und ermöglicht den Stellen der aufsuchenden Pflege und der Suchthilfe in diesen Regionen die Schaffung eigener aufsuchender, kooperativer Angebote.

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

I.1.2 ERGEBNISZIEL Definition der Zusammenarbeit von aufsuchender Pflege und Suchthilfe

Im Rahmen der Modellentwicklung wird die Zusammenarbeit von aufsuchender Pflege und Suchthilfe in einem partizipativen Prozess definiert.

I) Das Modell der "kooperativen Versorgung" ist für die Pilotregion entwickelt.

I) Die Rollen der beteiligten Akteure sind geklärt.

I) Die Prozesse und die Gefässe der Zusammenarbeit sind definiert und in den beteiligten Organisationen verankert (etwa durch Hilfsmittel wie Organisationshandbücher oder Betreuungskonzepte).

(I = Indikator)

I.1.3 ERGEBNISZIEL Modellentwicklung: Modellkonzept zum Umgang mit Abhängigkeiten in der aufsuchenden Pflege

Das Modell der kooperativen Versorgung von vulnerablen, wenig mobilen und daher für die regulären Angebote der Suchthilfe schwer erreichbaren Menschen mit Suchtgefährdung oder Abhängigkeit ist in der Pilotregion Lenzburg entwickelt (partizipativer Prozess) und für die Pilotregionen St. Gallen und Baden adaptiert.

I) Entwickeln des Modellkonzepts in der Region Lenzburg

I) Adaptierung des Modells für die Regionen Baden und St. Gallen (Stadt)

Kollaboration, Interprofessionalität, Multiprofessionalität

I.2.1 OBERZIEL PHASE C Aufsuchende Suchtberatung und Gefässe der interprofessionellen Zusammenarbeit

Im Rahmen der kooperativen Modellentwicklung in der Pilotregion werden die für eine gelingende kooperative Versorgung von vulnerablen, wenig mobilen und daher für die regulären Angebote der Suchthilfe schwer erreichbaren Menschen mit Suchtgefährdung oder Abhängigkeit nötigen Prozesse und Zusammenarbeitsgefässe eruiert, pilotweise umgesetzt und auf Basis der Erfahrungen (qualitative Evaluation) angepasst.

I.2.2 ERGEBNISZIEL Definition von Gefässen der interprofessionellen Zusammenarbeit und des Angebots "Aufsuchende Suchtberatung"

Das entwickelte Modell ist umgesetzt und bildet die Grundlage kooperative Versorgung der KlientInnengruppe.

I) Zusammenarbeitsgefässe (beispielsweise "Fallbesprechungen", "Runde Tische") sind definiert und werden in den Pilotregionen umgesetzt.

I) Das Angebot der "Aufsuchenden Suchtberatung" ist in Kooperation zwischen aufsuchender Pflege und Suchthilfe entwickelt.

I) Bisher nicht erreichte Menschen mit einer Abhängigkeit profitieren von Früherkennung/ -intervention und Behandlung.

I.2.3 ERGEBNISZIEL Modell: Transfer in die Praxis

Das Modellkonzept ist klar dokumentiert und kann für andere Regionen adaptiert werden.

I) Die im Modell definierten Prozesse und Zusammenarbeitsgefässe (z.B. interprofessionelle Fallbesprechungen, Runde Tische) von aufsuchender Pflege und Suchthilfe sind für die Regionen Baden und St. Gallen (Stadt) und weitere Regionen adaptierbar.

I) Das Angebot "Aufsuchende Suchtberatung" ist für Regionen Baden und St. Gallen (Stadt) und weitere Regionen adaptierbar.

Selbstmanagement chronischer Krankheiten und von Suchtproblematiken und/oder psychischen Erkrankungen

–

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

Prioritäre Interventionsbereiche II (Querschnittsthemen)

Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute

II.1.1 OBERZIEL PHASE B Schulungen für Fachpersonen der aufsuchenden Pflege

Der Schulungsbedarf von Fachpersonen der aufsuchenden Pflege zu Konsum, Abhängigkeiten, deren Erkennung und Behandlung wird im Rahmen der interprofessionellen Modellentwicklung in der Pilotregion eruiert. Zielgruppengerechte Schulungen werden konzipiert, umgesetzt und evaluiert. Die Schulungsmodule sind so aufbereitet, dass sie in weiteren Regionen der Deutschschweiz in adaptierter Form verwendet werden können.

II.1.2 ERGEBNISZIEL Angebot an Schulungen und Coaching für Mitarbeitende und Führungspersonen der Spitexorganisationen

Angebote an Schulungen und Coaching sind gemäss dem im partizipativen Prozess eruierten Bedarf konzipiert. Die Fachpersonen der aufsuchenden Pflege werden mit dem Angebot erreicht.

I) Niederschwellige Schulungen werden in den drei Pilot-Organisationen pilotweise umgesetzt und überprüft.

I) Ein Angebot an Coaching von Fachpersonen aus der Suchthilfe für MA und Führungskräfte der aufsuchenden Pflege für die Begleitung von herausfordernden Fällen wird in den Pilotregionen erprobt.

II.1.3 ERGEBNISZIEL Modellentwicklung: Musterhafte Aufbereitung der Schulungsinhalte, Leitfaden zum Coachingangebot

Die Schulungsinhalte und das Coaching-Angebot der Sucht-Fachstellen zur Begleitung von komplexen Fällen in der aufsuchenden Pflege sind so aufbereitet, dass sie Suchtfachorganisationen aus anderen Regionen als Grundlage zur Erarbeitung analoger Angebote dienen können.

I) Die Schulungsinhalte sind aufbereitet und ermöglichen eine Anpassung auf spezifische Zielgruppen.

I) Das Coaching-Angebot der Suchtfachstellen (bspw. Fallbesprechungen) ist in einem kompakten Leitfaden dokumentiert.

Neue Technologien (insbesondere im Bereich Daten/Outcomes, eHealth und mHealth)

–

Neue Finanzierungsmodelle (hybride Finanzierung, Anreizsysteme)

–

Die kooperative Versorgung durch Fachpersonen der aufsuchenden Pflege und der Suchthilfe ermöglicht es, die wenig mobile und mit "klassischen" Angeboten der Suchthilfe schwer zu erreichende Zielgruppe mit Früherkennung und Angeboten der Suchthilfe zu erreichen. Zentral für eine gelingende Versorgung ist eine funktionierende Nahtstelle zwischen aufsuchender Pflege und Suchthilfe beziehungsweise die Vernetzung zwischen den involvierten Fachpersonen und Angeboten Fachpersonen (vgl. Zielgruppen).

Massnahmen

Mit welchen Massnahmen wollen Sie Ihre Ziele erreichen?

Pilotregion Lenzburg: Definition und Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit	I.1.2	01.10.2020 – 31.01.2021
--	--------------	--------------------------------

In der Pilotregion Lenzburg führen wir 3 interprofessionelle Workshops mit folgendem Fokus durch:

Austausch zu den Angeboten, Kompetenzen und Arbeitsmethoden der an der Versorgung beteiligten Institutionen;

Partizipative Erarbeitung einer Haltung zum Umgang mit Abhängigkeiten und problematischem Konsum und eines gemeinsamen Verständnisses in Bezug auf die Versorgung von schwer erreichbaren Menschen;

Definition der Prozesse und der Gefässe der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

Pilotregion Lenzburg: Erarbeitung Modellkonzept zum Umgang mit Abhängigkeiten in der aufsuchenden Pflege I.1.3 01.02.2021 – 29.05.2021

In der Pilotregion Lenzburg wird das Modellkonzept zur kooperativen Versorgung von schwer erreichbaren Menschen mit Abhängigkeit erarbeitet. Dieses dokumentiert die beruflich-fachliche Haltung zum Umgang mit Abhängigkeiten und problematischen Konsum in der aufsuchenden Pflege, die internen Prozesse, die Triagierung und den Prozess zur Früherkennung und -intervention. Die Prozesse und die Gefässe der interprof. Zusammenarbeit (z.B. "Fallbesprechungen" oder "Runde Tische") sind dokumentiert.

Überprüfung (Evaluation) des Modellkonzepts I.1.3 01.06.2021 – 30.09.2021

Das in der Region Lenzburg erarbeitete Modell wird für die Regionen Baden und Stadt St. Gallen adaptiert. Die Umsetzung des Modells in den Regionen Baden und Stadt St. Gallen wird durch eine Befragung der involvierten Fachpersonen qualitativ evaluiert. Dies ermöglicht eine Anpassung des Modellkonzepts auf Basis der Ergebnisse der Evaluation.

Neben dem Modellkonzept werden Gelingfaktoren für die kooperative Versorgung durch aufsuchende Pflege und Suchthilfe festgehalten.

Entwicklung des Angebots "Aufsuchende Suchtberatung" und weiterer Angebote I.2.2 01.06.2021 – 30.09.2021

In der Pilotregion Lenzburg werden Zusammenarbeitsgefässe (beispielsweise "Fallbesprechungen", "Runde Tische") umgesetzt.

Das Angebot der "Aufsuchenden Suchtberatung" ist in Kooperation zwischen der aufsuchenden Pflege und der Suchthilfe entwickelt und kann in der Pilotregion Lenzburg von wenig mobilen KlientInnen genutzt werden.

Umsetzung, Überprüfung und Anpassung der neuen Prozesse, Zusammenarbeitsgefässe und Angebote I.2.3 01.09.2021 – 17.12.2021

Das in der Region Lenzburg erarbeitete Modell wird für die Regionen Baden und Stadt St. Gallen adaptiert; die Zusammenarbeitsgefässe (z.B. "Fallbesprechungen" oder "Runde Tische") werden in den drei Pilotregionen implementiert.

Qualitative Evaluation der Umsetzung des Modells in den Regionen Baden und Stadt St. Gallen: Finalisierung des Modellkonzepts auf Basis der Ergebnisse der Evaluation

Erarbeitung von Gelingfaktoren der kooperativen Versorgung durch aufsuchende Pflege und Suchthilfe

Dokumentation der neuen Zusammenarbeitsgefässe und des Angebotes "Aufsuchende Suchtberatung" I.2.3 01.11.2021 – 30.01.2022

Dokumentation der neu geschaffenen Zusammenarbeitsgefässe von Spitex und Suchthilfe unter Einbezug der Ergebnisse der Überprüfung

Dokumentation des Angebots "Aufsuchende Suchtberatung" unter Einbezug der Ergebnisse der qualitativen Evaluation

Transfer in die Praxis: Unterstützung der massgeschneiderten Umsetzung des Modells der kooperativen Versorgung in lokalen Spitexorganisationen in Kooperation mit den kantonalen Verbänden

Schulungen, Fortbildungen, Coaching II.1.2 03.01.2022 – 30.04.2022

Ermitteln des Bedarfs an Schulungen, Fortbildungen und Coaching zum Umgang mit Menschen mit Abhängigkeit oder einem problematischen Konsum innerhalb der Spitexorganisationen in den beiden Pilotregionen

Konzeption von massgeschneiderten Inhouse-Schulungen

Konzeption von Coachingdienstleistungen

Anbieten der Inhouse-Schulungen

Anbieten der Coachingdienstleistungen

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

Evaluation der in den Pilotregionen durchgeführten Schulungen II.1.3 01.06.2022 – 30.09.2022

Die Schulungen werden in den drei Pilotregionen durchgeführt. Die Evaluation der Pilot-Schulung geschieht mittels einer Befragung (standardisiert) der Teilnehmenden in allen drei Regionen. Auf Basis der Evaluation der Schulungen werden die Schulungsinhalte angepasst.

Aufbereitung der Schulungsinhalte und Leitfaden zu Coachingdienstleistungen II.1.3 02.05.2022 – 30.10.2022

Modellhafte Aufbereitung der Schulungsinhalte unter Einbezug der Ergebnisse der Überprüfung als Grundlage für die Entwicklung massgeschneiderter Schulungen in weiteren Spitex-Organisationen

Modellhafte Aufbereitung der Coachingdienstleistungen in Form eines kompakten Leitfadens als Grundlage für die Entwicklung eines massgeschneiderten Angebots für weitere Spitex-Organisationen

Projektstruktur

Welche Organisationen, Gruppen oder Personen sind auf welche Weise in Ihr Projekt eingebunden?

Die Stärke des Projekts liegt im interprofessionellen Netzwerk von Suchthilfe und aufsuchender Pflege, das sich über drei Regionen erstreckt und im Konsortium und der Steuergruppe des Projekts abgebildet ist. Die überregionale Koordination und die Koordination des Gesamtprojekts gewährleistet der Fachverband Sucht. Für den Transfer des Modells in die Praxis werden die kantonalen Spitexverbände eingebunden.

Modellentwicklung Lenzburg: Im Lead der Modellentwicklung sind die Spitex Region Lenzburg und die Suchtberatung ags.

Adaptierung und Umsetzung des Modells für die Stadt St. Gallen: Im Lead ist die Stiftung Suchthilfe St. Gallen. Kooperationspartner ist die Spitex Stadt St. Gallen.

Adaptierung und Umsetzung des Modells für die Region Baden: Im Lead ist das BzBplus. Kooperationspartner ist die Spitex Limmat-Aare-Reuss.

Die strategische Projektleitung hat der Fachverband Sucht.

Finanzplanung (vertieft)

Wie sieht die Finanzplanung des Projekts aus und wie wird der Ressourceneinsatz auf alle beteiligten Akteure aufgeteilt?

Gesamtkosten	247.635
Beantragte finanzielle Projektförderung durch Gesundheitsförderung Schweiz	182.635
Beiträge der verantwortlichen Organisation	45.000
Beiträge von Projektpartnern	20.000
Beiträge von Drittparteien (z.B. Sponsoren)	0

Innovation

Was ist neu an Ihrem Projekt und inwiefern bringt diese Neuerung des vorgeschlagenen Lösungsansatzes eine Verbesserung der PGV gemäss national und international etabliertem Stand des Wissens und der Praxis?

Die Verbesserung der Zusammenarbeit von Suchthilfe und aufsuchender Pflege ist vielen Akteuren aus beiden Bereichen ein grosses Anliegen. Schon bestehende Schulungs- und Coachingangebote der Akteure aus der Suchthilfe in verschiedenen Regionen werden von Spitexmitarbeitenden kaum genutzt und konnten nicht nachhaltig in den Organisationen verankert werden. Hier setzt das Projekt an. Unsere Innovation ist es, die Modellentwicklung im Rahmen von interprofessionellen Inhouse-Workshops mit den Mitarbeitenden und Führungskräften der Spitexorganisationen und Fachpersonen der Suchthilfe und -prävention gemeinsam durchzuführen. Dieser Prozess führt zu Konzepten, die innerhalb der Organisation und von den Mitarbeitenden getragen werden. Zudem werden Prozesse, Modelle und Weiterbildungsangebote entwickelt, die sich am tatsächlichen Bedarf und an den Spitex-internen strukturellen Bedingungen orientieren. Das Modellkonzept lässt sich unkompliziert und kosteneffizient auf andere Regionen übertragen.

Nachhaltigkeit

Wie kann das Projekt nach Abschluss der Projektförderung weiterentwickelt und umgesetzt werden? (Umsetzungspotential, Realisierbarkeit, Kosteneffizienz)?

Für eine nachhaltige Verankerung von interprofessioneller Zusammenarbeit ist eine partizipative Entwicklung des Modells, das anschliessend gemeinsam umgesetzt werden soll, unerlässlich. Innerhalb der Spitexorganisationen in den Pilotregionen werden Mitarbeitende und Führungskräfte in die Entwicklung und Umsetzung des Modellkonzepts zur Zusammenarbeit mit der Suchthilfe einbezogen. Dies garantiert, dass sich neue Konzepte, Zusammenarbeitsgefässe und Angebote an den internen strukturellen Bedingungen der Spitexorganisationen (z.B. des "primären" Auftrages oder der Tatsache hoher personeller Fluktuation) orientieren. Dies ermöglicht, dass diese nachhaltig in den internen Strukturen verankert und durch die Mitarbeitenden der Spitexorganisationen gelebt und kosteneffizient weitergetragen werden. Der Fachverband Sucht hat grosse Erfahrung in der partizipativen Modellentwicklung und der Etablierung von interprofessionellen Zusammenarbeitsprozessen.

Das in der Region Lenzburg entwickelte Modell wird in den Regionen Baden und Stadt St. Gallen adaptiert und umgesetzt. Die Erfolgsfaktoren und Stolpersteine in der Umsetzung des Modells werden durch die qualitative Evaluation aufgezeigt. Dies ermöglicht die Erarbeitung von Gelingfaktoren für eine erfolgsversprechende Umsetzung des Modells bzw. einer funktionierenden kooperativen Versorgung von schwer erreichbaren Menschen mit Suchtgefährdung oder Abhängigkeit. Das Modellkonzept kann für andere Regionen einfach und kosteneffizient adaptiert werden. Der meistbetroffene Kanton (Aargau) betont in seiner Stellungnahme zum Projekt: "Der Kanton AG unterstützt das Projektvorhaben. Das Projekt geht einher mit der Absicht des Kantons eine niederschwellige Suchtberatung anzubieten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen ambulanter Pflege und Suchtberatung ist dabei ein entscheidender Erfolgsfaktor" (vgl. Stellungnahme Kanton Aargau).

Multiplikation

Was braucht es, um das Projekt nach Projektende erfolgreich in andere Gemeinden/Kantone/Regionen und langfristig auf die ganze Schweiz zu übertragen?

Zur Multiplikation des Modellkonzepts im Feld der Spitexorganisationen sind die kantonalen und der nationale Spitexverband von zentraler Bedeutung. Das Projekt sieht hier eine enge Zusammenarbeit vor. Durch die Vernetzung im Rahmen des Pilotprojekts geschieht auch eine Vernetzung auf Ebene der Dachverbände (Fachverband Sucht - nationaler und kantonale Spitexverbände). Die Dachverbände übernehmen in der Umsetzung des Modellkonzepts in einzelnen Regionen beziehungsweise in der Vernetzung und Koordination beider Fachbereiche eine wichtige Rolle ein. Das Modellkonzept wird über die Kommunikationskanäle der Spitexverbände in die Organisationen getragen. Regionale Akteure aus Suchthilfe und -prävention werden durch den Fachverband Sucht vermittelt und können für die Implementierung des Modellkonzepts in den einzelnen Regionen beigezogen werden. Der Fachverband Sucht sorgt dafür, dass das Modellkonzept 1+1=3 und etablierte Schulungsangebote der Suchthilfe für Spitex-Organisationen im Feld der Suchthilfe bekannt gemacht und verbreitet werden. Die Erfahrungen aus der Zusammenarbeit im Rahmen der Modellentwicklung aus den drei Pilotregionen wird an Vernetzungsanlässen, Tagungen und im Publikationen Fachzeitschriften (bspw. des Spitex-Verbandes) präsentiert. So können die Gelingfaktoren der kooperativen Versorgung bekannt gemacht werden. Dies ermöglicht es den Organisationen im Feld, das Modellkonzept auf ihre Region anzupassen und die Zusammenarbeit an der Nahtstelle zwischen aufsuchender Pflege und Suchthilfe zu festigen.

Alle Produkte werden auf der etablierten Webseite www.alterundsucht.ch online gestellt. Die Webplattform richtet sich unter anderen Zielgruppen an Fachpersonen aus der Pflege.

Anmerkungen / Fragen

Was gibt es in Bezug auf das Projekt sonst noch anzumerken?

Das Bedürfnis nach mehr Zusammenarbeit und Vernetzung an der Nahtstelle zwischen Suchthilfe und aufsuchender Pflege ist im Feld sehr gross. Der Handlungsbedarf wurde in den Fokusgruppen mit ExpertInnen aus Suchthilfe, Altenpflege und medizinischer Grundversorgung, die für die Problemanalyse des Fachverbands Sucht (s. Quellen) durchgeführt wurden, klar festgehalten. Auch die Studie "FFF – Fit für Früherkennung und Frühintervention bei problematischem Alkoholkonsum von älteren Menschen" kommt zum Schluss: Es gibt grossen Bedarf an Sensibilisierung und niederschweligen Schulungen für Pflegefachpersonen und HaushaltshelferInnen der Spitex zu Sucht und Konsum. Neben den niederschweligen Schulungen spielt die Schnittstellenarbeit eine entscheidende Rolle. Zudem zeigt sich, dass das Suchthilfeangebot für die wenig mobile und verletzte

Projektantrag PGV II 2020

Vorschau !!!

KlientInnen-Gruppe zu hochschwellig ist. Durch die Entwicklung von niederschwelligen aufsuchenden Angeboten wird dem entgegengewirkt.

Referenzliste / Quellen

Führen Sie hier die wichtigsten Quellen auf (keine spezifische Formatierung notwendig).

Fachverband Sucht (2017): Analyse der Probleme bei der Versorgung alternder abhängiger Männer und Frauen.

Online im Internet:

https://fachverbandsucht.ch/download/548/Zusammenfassung_Problemlage_Versorgung_alternder_abhngiger_Menschen.pdf (Zugriff 21.01.2020)

Obsan: Prävalenz Riskoreicher Alkoholkonsum (15+):

<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/riskoreicher-alkoholkonsum-alter-15>

Obsan: Substanzkonsum und psychische Belastung (Alter: 15-74):

<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/substanzkonsum-und-psychische-belastung-alter-15-74>

Suchtmonitoring Schweiz: Schätzung Anzahl Alkoholabhängiger schweizweit:

<https://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-9.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-alkoholbedingte-probleme-und-alkoholabhangigkeit>

«The treatment gap in mental health care». Kohn et al. Bull World Health Organ

2004;82:858–866

-> Hauptaussage: über 90% der Betroffenen in Europa erhalten keine Therapie.