



# **Das Älterwerden in einer substitutionsgestützten Behandlung**

**Herausforderungen in der sozialpädagogischen  
Betreuung von älteren opioidsubstituierten Menschen**

Bachelorarbeit  
**Sarina Andreoli**

Bachelorstudiengang  
Zürich,  
Herbstsemester 2017

## **Abstract**

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit dem Thema Sucht im Alter. Es wird der Frage nachgegangen, welche Herausforderungen sich in der sozialpädagogischen Betreuung von älteren Menschen in einer substitutionsgestützten Behandlung (SGB) ergeben. Ziel ist es, theoretisches Verständnis über die Bedürfnisse im Alter und in einer substitutionsgestützten Behandlung zu gewinnen und zu verknüpfen. Dabei zeigen bereits vorhandene Betreuungskonzepte sowie geplante Massnahmen, auf welchem Stand die Versorgung älterer Menschen in einer SGB ist. Für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit wird eine Empfehlung formuliert, wie sie die genannte Zielgruppe unterstützen können, ein menschenwürdiges Leben zu führen.

Die Fragestellung wird basierend auf der theoretischen Grundlage der biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse (bps TMB) nach W. Obrecht diskutiert. Ausgehend von dieser Theorie wird herausgearbeitet, welche neuen und alten Bedürfnisse ältere Menschen in einer SGB haben und wie die sozialpädagogische Betreuung unterstützen kann, diese zu befriedigen. Ausserdem wird aufgezeigt, wo die Betreuung und ihre Rahmenbedingungen an ihre Grenzen stösst. Konkret werden dabei die Herausforderungen für die sozialpädagogische Betreuung formuliert.

Während der Bearbeitung der Fragestellung konnte festgestellt werden, dass in der Lebensphase Alter eine neue psychosoziale Krise und einige Entwicklungsaufgaben zu bewältigen sind. Im steigenden Alter verstärken sich insbesondere die biologischen und sozialen Problemlagen, aus denen weitere Folgeprobleme entstehen können. Die sozialpädagogische Betreuung ist aufgefordert, neue Antworten auf Mehrfacherkrankungen, intensiver werdenden Pflegebedarf und altersspezifischen Bedürfnissen zu finden. Dabei kann sie sich an der Strategie Sucht 2017-2024 oder den Empfehlungen des Fachverband Sucht orientieren. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, Weiterbildungen der Fachpersonen sowie Weiterentwicklung der Betreuungskonzepte, soll es gelingen, neue Ressourcen für die Betreuung zu gewinnen und den Bedürfnissen opioidsubstituierter Menschen auch im Alter gerecht zu werden.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	2
Tabellenverzeichnis .....	5
Abbildungsverzeichnis.....	5
1    Einleitung .....	6
1.1    Fragestellung .....	8
1.2    Zielsetzung.....	8
1.3    Methodisches Vorgehen .....	9
1.4    Eingrenzung .....	10
1.5    Begriffsdefinition.....	11
1.5.1    Sucht und Abhängigkeit.....	11
1.5.2    Opioidabhängigkeit.....	12
1.5.3    Sozialpädagogische Betreuung .....	13
1.6    Gliederung .....	14
2    Biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse nach W. Obrecht .....	15
2.1    Einleitung in die Theorie.....	15
2.2    Menschliche Bedürfnisse.....	16
2.3    Zusammenhang von Bedürfnissen und Problemen.....	18
2.4    Soziale Probleme .....	20
2.5    Fazit.....	22
3    Lebensphase Alter .....	23
3.1    Definitionen des Alter(n)s .....	24
3.2    Entwicklung im Alter .....	25
3.2.1    Theorie psychosozialer Krisen nach Erik H. Erikson.....	26
3.2.2    Entwicklungsaufgaben nach Robert J. Havighurst.....	28
3.3    Fazit.....	29
4    Substitutionsgestützte Behandlung.....	30
4.1    Schweizer Suchtpolitik .....	31
4.1.1    Nationale Strategie Sucht 2017-2024 .....	32
4.1.2    Die Rolle der substitutionsgestützten Behandlung in der Strategie Sucht 2017-2024 .....	33
4.2    Angebote der substitutionsgestützten Behandlung .....	33
4.3    Folgen der substitutionsgestützten Behandlung für betroffene Personen....	34
4.4    Fazit.....	35

5	Sozialpädagogische Betreuung substituierter Menschen .....	36
5.1	Sozialpädagogische Betreuungsangebote Schweiz .....	38
5.1.1	Vorhandene Betreuungsangebote für ältere Menschen in einer substituionsgestützten Behandlung .....	39
5.1.2	Möglichkeiten und Grenzen in der Betreuung .....	41
5.2	Was bereits getan wird - Aktuelles aus der Schweiz .....	42
5.3	Fazit .....	43
6	Ältere Menschen in einer substituionsgestützten Behandlung .....	44
6.1	Problemlagen .....	44
6.2	Bedürfnisse und Wünsche .....	46
6.3	Aufgaben für die Soziale Arbeit .....	48
6.4	Fazit .....	50
7	Schlussfolgerung .....	51
7.1	Zusammenfassung der Diskussion .....	51
7.2	Beantwortung der Fragestellungen .....	54
7.3	Weiterführende Fragen im Ausblick .....	57
	Literaturverzeichnis .....	59
	Verzeichnis persönliche Mitteilungen .....	63
	Anhang .....	64
	Persönliche Erklärung Einzelarbeit .....	64

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1. Die menschlichen Bedürfnisse .....	17
Tabelle 2. Arten von sozialen Problemen im Sinne nicht befriedigter sozialer Bedürfnisse. ....	21
Tabelle 3. Die acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus.....	26
Tabelle 4. Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Alter .....	28

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Altersverteilung der substituierten Personen. 1996 erhoben im Kanton Basel-Stadt, 2001 und 2010 erhoben im ambulanten Dienst Sucht, UPK Basel .....	6
--	---

# 1 Einleitung

In der Schweiz ermöglicht eine gesetzliche Grundlage seit 1975, opioidabhängige Menschen innerhalb einer substitutionsgestützten Behandlung (SGB) zu behandeln. Knapp zwanzig Jahre später startete die kontrollierte Heroinabgabe, mittels Diazetylmorphin. Durch Anstrengungen von Politik, Medizin, der Sozialen Arbeit und anderen Disziplinen wurden seither Fortschritte in der Entwicklung der Suchtarbeit erzielt. Die umfassende Betreuung und die gute medizinische Versorgung führten dazu, dass für opioidabhängige Menschen eine Stabilität im Lebensalltag erreicht, die Mortalität verringert und die durchschnittliche Lebenserwartung erhöht werden konnte. In der nachfolgenden Abbildung 1 ist die Altersentwicklung von 1996 bis 2010 von opioidabhängiger Menschen in einer SGB zu sehen.

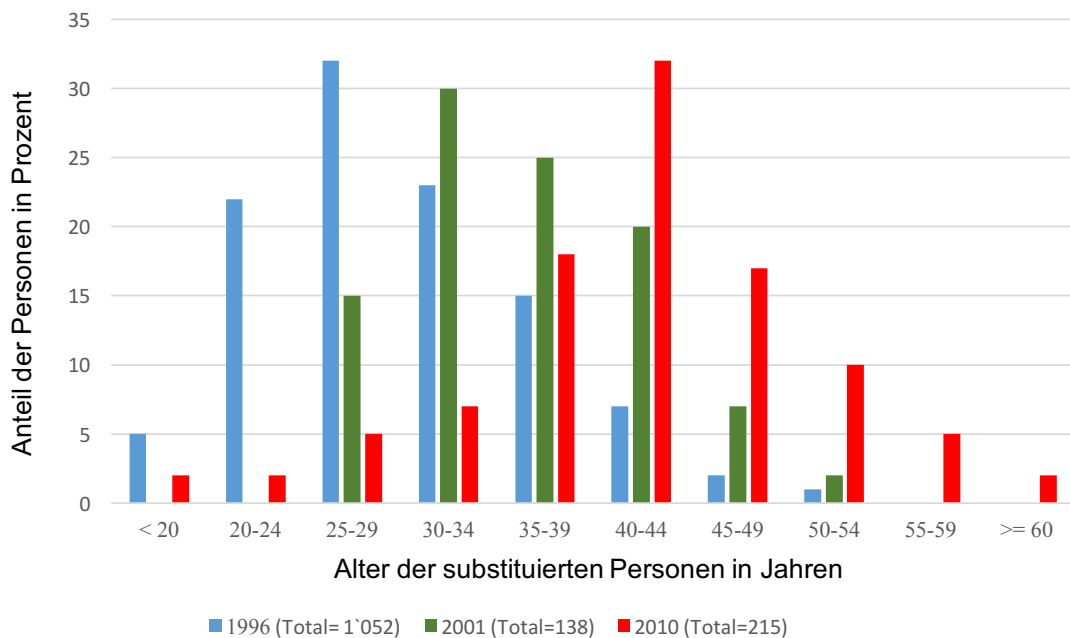


Abbildung 1. Altersverteilung der substituierten Personen. 1996 erhoben im Kanton Basel-Stadt, 2001 und 2010 erhoben im ambulanten Dienst Sucht, UPK Basel

Quelle: Eigene Darstellung (Dürsteler-MacFarland, Hardener, Strasser und Vogel, 2011, S. 99-100)

Aus der Abbildung 1 geht hervor, dass in Basel das Alter der Menschen in einer SGB in den Jahren 1996 bis 2010 gestiegen ist. Dies wird zusätzlich unterstützt durch den demografischen Wandel, nachdem immer mehr ältere Menschen in der Schweiz zusammenleben. Es kann also davon ausgegangen werden, dass auch in sozialpädagogischen Wohnheimen die Versorgung älterer Menschen einen immer grösser werdenden Stellenwert einnehmen wird. Gemäss Dürsteler-MacFarland und Vogel (2016, S. 28) unterscheiden sich die Bedürfnisse älterer Menschen in einer SGB teilweise beträchtlich von jenen jüngeren Menschen, die bis anhin im Fokus des Versorgungssystems und der Sozialen Arbeit gestanden haben. Viele Behandlungsleitlinien sind auf

jüngere Menschen ausgerichtet und werden den Gegebenheiten älterer Menschen in einer SGB nicht gerecht.

Hinzu kommt, dass Menschen mit einer Opioidabhängigkeit einem früher eintretenden und progressiver fortschreitenden Alterungsprozess unterliegen. Infolge des meist jahrelangen Drogenkonsums treten altersbedingte Krankheiten oft früher ein. Die Infektionswahrscheinlichkeit der früher intervenös konsumierenden Menschen auf Hepatitis oder HIV ist gross. Fachpersonen sprechen davon, dass der Alterungsprozess bei drogenabhängigen Menschen rund 20 Jahre früher eintreten kann. Nebst der Vielzahl medizinischer Problemlagen, kommen vielschichtige soziale Probleme hinzu, mit der die betroffenen Menschen und ihr Betreuungsnetz konfrontiert werden. Menschen in einer SGB können demzufolge früher von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sein und sind durch unterschiedliche Problemlagen auf eine andere Betreuung angewiesen, als ältere Menschen, die sich nicht in einer SGB befinden.

Innerhalb meines zweiten Praktikums im Hardoskop Winterthur, einem Wohnheim für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung und einer zusätzlichen Suchterkrankung, begegnete ich den beschriebenen Problematiken. Viele der älteren Bewohnerinnen und Bewohner bedürfen einer intensiveren Betreuung, welche jedoch in vielen Wohngruppen durch die gegebenen finanziellen, personellen und infrastrukturtechnischen Ressourcen nicht gewährleistet werden kann. Doch wohin mit den alternden, substituierten Menschen? Aus Gesprächen mit Professionellen der Sozialen Arbeit und aus meiner eigener Praxiserfahrung schliesse ich, dass viele bestehende sozialpädagogische Wohnheime mit dem Älterwerden der Klientel überfordert sind. Meist sind es Menschen, die schon jahrelang im Wohnheim leben und dort ihr Zuhause gefunden haben. Durch das steigende Alter treten neue Entwicklungsaufgaben und Bedürfnisse auf, welche nicht mehr mit den Konzepten der Wohngruppen gemeistert werden können. Hinzu kommt, und das scheint mir als sehr wesentlich, dass viele bestehende Wohngruppen auf niederschwelliger Basis aufgebaut werden und nur sehr wenige eine langfristige Betreuung, über das Seniorenalter hinaus, anbieten.

Aus den oben beschriebenen Problemlagen schliesse ich folgende Hypothese: Ich vermute, dass durch das Älterwerden von Menschen in einer SGB neue Herausforderungen für die sozialpädagogischen Einrichtungen entstehen, die nur mit der Weiterentwicklung der Institutionen zu bewältigen sind. Um den Bedürfnissen gerecht zu werden, müssen bestehende Konzepte angepasst werden. Deshalb gehe ich davon aus, dass interdisziplinär ergänzende Betreuungsangebote geschaffen werden müssen, um den Bedürfnissen älterer substituierten Menschen gerecht zu werden.

Gemäss AvenirSocial (2010, S. 6) besteht die Aufgabe der Sozialen Arbeit unter anderem darin, Lösungen für strukturelle Probleme, welche das Einbinden von Individuen

oder sozialen Gruppen in soziale Systeme erschweren, zu initiieren und zu unterstützen. Durch sozialpolitische Interventionen und Beteiligung an sozialräumlicher Gestaltung von Lebensräumen soll es demzufolge auch älteren Menschen in einer SGB ermöglicht werden, in der Verwirklichung ihres letzten Lebensabschnittes uneingeschränkt leben zu können.

## **1.1 Fragestellung**

Aufgrund der oben beschriebenen Problemstellung ergibt sich folgende Fragestellung:

*Welche Herausforderungen ergeben sich in der sozialpädagogischen Betreuung von älteren Menschen in einer substituionsgestützten Behandlung?*

Die Hauptfrage soll durch die Beantwortung folgender Unterfragen beantwortet werden können:

1. Was bedeutet Opioidabhängigkeit und welche sozialen Folgen kann sie für Betroffene haben?
2. Welche Bedürfnisse haben ältere substituierte Menschen und mit welchen Problemlagen sind sie konfrontiert?
3. Wie unterstützt die Soziale Arbeit Betroffene, um diese Bedürfnisse zu befriedigen?
  - Welche Angebote existieren bereits in der Schweiz?
  - Welche Massnahmen sind geplant?
  - Wie sieht eine bestmögliche Versorgung aus Sicht der Betroffenen aus?

## **1.2 Zielsetzung**

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, ein theoretisches Verständnis zu den Themen Alter und Opioidabhängigkeit zu schaffen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zu verknüpfen. Die momentane Lage von älteren Menschen, welche innerhalb einer SGB behandelt werden, wird genauer analysiert und dargelegt. Daraus wird eine Empfehlung für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit formuliert, welche Betreuung für die beschriebene Personengruppe zu leisten ist, respektive wie wir sie unterstützen können, damit sie ein menschenwürdiges Leben führen können.



### 1.3 Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturlarbeit. Für die Bearbeitung der Fragestellung wurde empirisches und theoretisches Wissen aus verschiedenen Disziplinen gesammelt, gelesen und bearbeitet. Die behandelten Literaturen stammen aus den Disziplinen Soziale Arbeit, Soziologie, Psychologie, Gerontologie und Medizin. Mit dem Wissen aus diesen verschiedenen Disziplinen ist es möglich, die Fragestellung aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Wie AvenirSocial (2010) in ihrem Berufscodex für die Soziale Arbeit Schweiz festhält: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit kooperieren im Hinblick auf die Lösung komplexer Probleme interdisziplinär und setzen sich dafür ein, dass Situationen möglichst umfassend und transdisziplinär in ihren Wechselwirkungen analysiert, bewertet und bearbeitet werden können“ (S. 13).

Die Arbeit bezieht sich vorwiegend auf Literatur aus dem deutschen Sprachraum, welche aus Fachbüchern, Studien, Internet und Zeitschriftenartikel bezogen wurde. Zur Literaturrecherche wurde die Datenbank Nebis genutzt. Für die Institutionsrecherche wurde die Suchthilfedatenbank suchindex.ch genutzt.

Für die Bearbeitung der Fragestellung wurden folgende Theorien beigezogen:

#### **Biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse (bps TMB) nach W. Obrecht:**

Die bps TMB zieht sich wie ein roter Faden durch die Arbeit und dient der Beantwortung der Fragestellung. Die Theorie hilft, die Bedürfnisse älterer substituierter Menschen zu beleuchten und zu gewichten. Im jeweiligen Kapitelfazit wird zusammengefasst, welche Bedürfnisse in diesem Themenbereich vorhanden sind, welche womöglich befriedigt werden und welche unbefriedigt bleiben. Wenn klar wird, welche Bedürfnisse unbefriedigt sind, kann ausgearbeitet werden, welche Herausforderungen für die sozialpädagogische Betreuung daraus entstehen.

#### **Entwicklungstheorien von E. H. Erikson und R. J. Havighurst:**

Das Alter gilt als eigenständige Lebensphase wie auch die Kindheit, die Adoleszenz oder das Erwachsenenalter. Nach Erikson ist jede Lebensphase eine Stufe, welche eine Krise darstellt, mit der sich das Individuum aktiv auseinandersetzt. Innerhalb der Arbeit wird die Stufe 8, hohes Alter, analysiert. In einem weiteren Schritt wird die Theorie der Entwicklungsaufgaben von Havighurst bearbeitet. Es soll dargestellt werden, mit welchen Entwicklungsaufgaben sich Menschen im Alter auseinandersetzen, welche Bedürfnisse daraus entstehen und was sie brauchen, um diese zu bewältigen.

## **1.4 Eingrenzung**

Das Grundthema der vorliegenden Arbeit ist Sucht im Alter. Dieses wird auf die Situation von älteren Menschen ab circa 50 Jahren in einer SGB eingeschränkt. Dies begründet sich damit, dass die Akzeptanz gegenüber Menschen mit einer Opioidabhängigkeit und insbesondere gegenüber älteren Menschen mit dieser Abhängigkeitserkrankung, in der Gesellschaft gering ist. Daraus schliesst sich, dass es schwierig für diese Menschen ist, ihren spezifischen Bedürfnissen entsprechende Angebote im Alter zu finden. Da das Älterwerden der genannten Menschengruppe in der Fachwelt ein eher neues Phänomen ist, ist das Betreuungsnetz aus verschiedenen Disziplinen gefordert, neue Antworten auf die kommende Pflegebedürftigkeit von Menschen in einer SGB zu finden. In der vorliegenden Literaturarbeit wird bearbeitet, welche Herausforderungen sich in der sozialpädagogischen Betreuung von älteren Menschen in einer SGB ergeben.

Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für das Thema ist dadurch gegeben, dass sie ihre Aufgabe im Beraten, Begleiten und Betreuen von Menschen sieht, welche nicht durch eigene Ressourcen in der Lage sind, ihre Probleme zu lösen.

## **1.5 Begriffsdefinition**

In den folgenden Unterkapiteln werden für die vorliegende Arbeit zentrale Begriffe definiert, welche einem möglichst einheitlichen Verständnis der Thematik dienen sollen.

### **1.5.1 Sucht und Abhängigkeit**

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) definiert Sucht als eine psychische Krankheit (2015, S. 15). Diese zeichnet sich durch ein zwanghaftes Verhalten aus, welches schwerwiegende soziale und gesundheitliche Folgen mit sich bringt. Besonderes Merkmal dabei ist, dass das Verhalten weiterbesteht, obwohl die negativen Folgen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld bereits eingetreten sind.

In der internationalen Klassifikation psychischer Krankheiten ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation WHO wird Sucht als Abhängigkeitssyndrom bezeichnet (Dilling, Mombour und Schmidt, 2014, S. 114-115). Eine Abhängigkeit ist demnach eine Ansammlung verhaltenskognitiver und körperlicher Vorkommnisse, die sich nach wiederkehrendem Substanzkonsum entwickeln. Damit eine Diagnose gestellt werden kann, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien auftreten (Dilling et al., 2014, S. 114-115):

- Ein unbezwingbares Verlangen nach einer psychoaktiven Substanz, welches sich als Zwang äussern kann.
- Die Kontrollfähigkeit über den eigenen Konsum bezüglich Menge, Beginn und Beendigung ist vermindert.
- Anhaltender Konsum trotz Wissen über schädliche Konsequenzen.
- Priorisierung des Konsums gegenüber anderen Tätigkeiten oder Verpflichtungen.
- Eine immer höhere Dosierung für die gleiche Wirkung ist notwendig. Die abhängige Person entwickelt eine Toleranz.
- Bei einer Beendigung oder Reduktion des Konsums tritt ein körperliches Entzugssyndrom auf.

Im deutschsprachigen Raum und in der vorliegenden Arbeit werden Sucht und Abhängigkeit synonymisch verwendet. Mit beiden Begriffen ist das oben beschriebene Phänomen nach ICD-10 zu verstehen.

## 1.5.2 Opioidabhängigkeit

Unter Opioidabhängigkeit wird eine Abhängigkeit verstanden, welche sich auf die Substanz Opioid bezieht. Opioide oder auch Opiate stammen aus dem Saft der Schlafmohnpflanze. Eine Abgrenzung von Opiate und Opioide kann durch ihre unterschiedliche Gewinnung gezogen werden.

Opioide sind voll- oder halbsynthetische Substanzen, während Opiate ohne chemische Modifikation aus dem Pflanzensaft gewonnen werden (Stohler, 2014, S. 182). Opioide sind beispielsweise Heroin, Buprenorphin oder das Substitutionsmittel Methadon (Vogt, 2011a, S. 49). Beispiele für Opiate sind Codein, Morphin oder Papaverin. Opiate und Opioide interagieren mit den menschlichen Opioidrezeptoren und haben eine beruhigende, schmerzstillende, gegen Innen gerichtete euphorische Wirkung und können bei einer Überdosierung lähmend wirken, oder sogar zu einem Atemstillstand führen.

Opioid und Opiate werden heute weitgehend synonym verwendet (Wolter, 2011, S. 123). In der vorliegenden Arbeit wird von Opioiden und Opioidabhängigkeit die Rede sein, wobei wegen ihrer ähnlichen Behandlung und Wirkung beide, also Opiate und Opioide, gemeint sind.

Gemäss Zieglgänsberger und Höllt (2000, S. 94) führt ein regelmässiger Konsum von Opioiden zu einer physischen und psychischen Abhängigkeit. Eine Opioidabhängigkeit ist im Regelfall ein Langzeitgeschehen (Beck, Bruggmann, Hensel-Koch und Mäder, 2017, o.S.). Aus diesem Grund bedarf sie auch einer langfristigen, interdisziplinären Betreuung. Die Abhängigkeit führt zu einer erhöhten Mortalität und wird meist von einem Beikonsum anderer psychoaktiver Substanzen, wie Tabak, Kokain, Benzodiazepine oder Alkohol begleitet.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass es unter opioidabhängigen Menschen auch Gruppen gibt, die nicht auffällig oder in einer Behandlung eingebunden sind (Vogt, 2011a, S. 49-50). Die vorliegende Arbeit bezieht sich deshalb nur auf opioidabhängige Menschen, die sich in einer SGB befinden. Auf die SGB wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

### **1.5.3 Sozialpädagogische Betreuung**

Für Buchkremer (2009, S. 26) ist die Sozialpädagogik ein Bereich der Erziehungswissenschaft, welcher sich besonders stark an dem sozialen Verhalten orientiert. Die sozialpädagogische Betreuung hat mit den Zielen Prosozialität und Solidarität, die Aufgabe mit ihrer Arbeit dazu beizutragen, dass Menschen problematische oder riskante Lebensumständen bewältigen können. Giesecke (2013, S. 45) deutet darauf hin, dass die sozialpädagogische Betreuung ein in einer Institution stattfindendes Handeln ist. Ein Handeln von Angesicht zu Angesicht, bei dem dessen Wirkung und Rückwirkung unmittelbar erfahrbar sind. Dennler (2007, S. 15) beschreibt als Einsatzgebiet der Sozialpädagogik den gemeinsam erlebten Alltag in einem Wohnheim.

Da in sozialpädagogischen Institutionen das menschliche Zusammenleben eine grosse Bedeutung hat, müssen gemäss Giesecke (2013, S. 50) die Institutionen und ihre Regeln geschützt werden. Dies passiert einerseits auf politischer Ebene wie auch durch die Repräsentanten der Institution. Für die Professionellen der Sozialen Arbeit in einem sozialpädagogischen Setting, bedeutet das, dass sie durch die Institution, in der sie arbeiten, die Mittel, den rechtlichen Schutz und die nötige öffentliche Akzeptanz zur Verfügung gestellt bekommen. Rechtliche Rahmenbedingungen sowie Erwartungen der Träger sprechen dem sozialpädagogischen Handeln ein Spielraum zu und grenzen diesen ein (Giesecke, 2013, S. 50-51).

In der vorliegenden Arbeit wird unter sozialpädagogischer Betreuung ein Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit verstanden, welches in einem institutionellen Setting wie beispielsweise einem stationären Wohnheim stattfindet. Wie die sozialpädagogische Betreuung im Rahmen einer SGB aussieht, wird im Kapitel 5 bearbeitet. Unter Fachpersonen der Sozialpädagogik werden diejenige Menschen gemeint, welche durch ihre Ausbildung in der sozialpädagogischen Betreuung tätig sind.

## **1.6 Gliederung**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel.

Das erste Kapitel widmet sich der Einleitung, der Fragestellung, der Ziele, der Methoden und der Gliederung dieser Arbeit. Ausserdem wurden für die Arbeit zentrale Begriffe definiert.

Das zweite Kapitel bearbeitet die bps TMB.

Im dritten Kapitel wird die Lebensphase Alter genauer beleuchtet. Durch Einbezug von zwei Entwicklungstheorien sowie durch die Suche nach einer Definition des Alter(n)s, werden mögliche Bedürfnisse im Alter ausgearbeitet.

Das vierte Kapitel widmet sich der SGB, zeigt auf, wo sie in der Schweizerischen Suchtpolitik verankert ist, wie sie im Zusammenhang zur neuen Strategie Sucht 2017-2024 steht und welche Angebote der SGB in der Schweiz bestehen.

Im fünften Kapitel geht es um die sozialpädagogische Betreuung substituierter Menschen. Um einen Eindruck über den aktuellen Stand der sozialpädagogischen Suchthilfeeinrichtungen zu erlangen, werden vorhandene Konzepte und Angebote dargestellt sowie ihre Möglichkeiten und Grenzen ausgearbeitet.

Im sechsten Kapitel wird auf die Hauptrolle dieser Arbeit eingegangen: Ältere Menschen in einer SGB. Mögliche Problemlagen aus Sicht der Fachliteratur werden dargestellt, ihre Wünsche erläutert und schlussendlich die Aufgaben und Folgen für die Soziale Arbeit ausgearbeitet.

Im abschliessenden, siebten Kapitel wird eine Schlussfolgerung gezogen. Es werden die Erkenntnisse der Diskussion zusammengefasst, die Fragestellungen beantwortet und weiterführende Fragen dargestellt.

## **2 Biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse nach W. Obrecht**

In diesem Kapitel wird die biopsychosoziale Theorie menschlicher Bedürfnisse bps TMB nach Herrn Werner Obrecht beschrieben.

Für die Entwicklung der Theorie hat Obrecht (2005a, S. 5-24) unterschiedliche, bereits bestehende Bedürfnistheorien analysiert und Gemeinsamkeiten ausgearbeitet. Zusammenfassend kam er zur pessimistischen Frage, ob Bedürfnisse überhaupt bestehen oder ob sie ihren Platz lediglich in der Ideenwelt verschiedener Forschenden finden. Die unterschiedlichen Bedürfniskataloge enthielten aber auch einige Übereinstimmungen, die Obrecht (2005a, S. 24) hoffen liessen, dass es so etwas wie universelle und objektive Bedürfnisse gibt. In der Ausarbeitung der Theorie hat Obrecht (2005a, S. 25-33) neun Kernideen der bps TMB entwickelt.

Eine ausgewogene Darstellung der Theorie würde den Umfang der vorliegenden Literaturarbeit überschreiten. Deshalb werden nur die für das Thema als relevant wahrgenommenen Themen bearbeitet. Insbesondere werden die menschlichen Bedürfnisse beleuchtet, ihren Bezug zu Problemen dargestellt und die Problemklasse Soziale Probleme bearbeitet. Am Ende des Kapitels wird mittels eines Fazit ausgearbeitet, welche Bedeutung die Theorie respektive die Bedürfnisse für die vorliegende Arbeit haben.

### **2.1 Einleitung in die Theorie**

Menschliche Individuen werden von Obrecht (2005a, S. 34) als eine spezielle Art von Biosystemen verstanden. Ihre interne Struktur ist so beschaffen, dass sie sich verändert, reproduziert und im ständigen Stoff- und Energieaustausch mit ihrer Umgebung ist. Deshalb haben Menschen bestimmte Werte, das heisst, sie bevorzugen es, in einem ganz bestimmten Zustand zu sein. Durch Vorgänge, denen sie ausgesetzt sind und die sie von ihrem bevorzugten Zustand entfernen, wird ihr Leben immer wieder in Frage gestellt. Der Mensch ist so gebaut, dass er Defizite oder Störungen kompensieren kann, solange diese ein bestimmtes Mass nicht überschreiten. Zusammengefasst heisst das: Menschen sind Organismen und dadurch selbstregulierende Systeme. Sie verfügen über ein komplexes Nervensystem, welches auf Bedrohungen in der Umwelt oder Defizite reagiert. Diese Reaktion zielt darauf ab, diese Bedrohungen oder Defizite zu verringern oder zu kompensieren. Um genügend Ressourcen für diesen Vorgang zu schaffen, neigen Menschen dazu, geeignete Umgebungen aufzusuchen oder diese neu zu schaffen. Das Ziel ist es, Wohlbefinden zu erreichen. Dies ist der Zustand, in welchem dem Menschen im Moment signalisiert wird, dass er alles Notwendige hat, um sein Überleben zu sichern. Bedürfnisse zielen gemäss Obrecht (2005a, S. 37) demnach nicht auf Lust, sondern auf

Wohlbefinden ab. Was menschliche Bedürfnisse sind, welche Bedürfnisse existieren und welche Besonderheiten ihnen gelten, wird im nachfolgenden Kapitel bearbeitet.

## **2.2 Menschliche Bedürfnisse**

Obrecht (2005a, S. 36-37) definiert menschliche Bedürfnisse als bestimmte Zustände im Gehirn, die Menschen motivieren, etwas zu tun. Jedes Bedürfnis fordert demzufolge eine Bedürfnisbefriedigung. Das Bedürfnis ist ein neuronaler Prozess. Die Bedürfnisbefriedigung hingegen, ist eine motorische Operation und dadurch von Aussen sichtbar.

Die Funktion der Bedürfnisse besteht darin, die für das Überleben des Organismus zentralen organischen Zustände und Prozesse zu regulieren. Einerseits haben sie eine individuelle Funktion, für die Selbsterhaltung jedes Einzelnen. Andererseits verfügen sie über eine kollektive Funktion, die das Überleben der Menschheit sicherstellen soll (Obrecht, 2005a, S. 41-42).

Die Bedürfnisse können aufgrund der internen Struktur des komplexen Organismus vom Menschen in die Klassen biologische, psychische und soziale Bedürfnisse eingeteilt werden. Die nachfolgende Tabelle 1 stellt eine Reihe von Bedürfnissen dar, welche in die Bereiche eingeteilt werden, aus denen die Ressourcen der Bedürfnisbefriedigung stammen (Obrecht, 2005a, S. 46).



Tabelle 1. Die menschlichen Bedürfnisse

<b>1. <u>Biologische</u> Bedürfnisse</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nach physischer Integrität d.h. nach Vermeidung von Verschmutzung, das Wohlbefinden reduzierenden (schmerzhaften) physikalischen Beeinträchtigung (Hitze, Kälte, Nässe), Verletzungen, sowie Exposition gegenüber (absichtsvoller) Gewalt.</li> <li>2. Nach den für die Autopoiesen erforderlichen Austauschstoffen: 1. Verdaubarer Biomasse (Stoffwechsel), 2. Wasser (Flüssigkeitshaushalt), 3. Sauerstoff (Gasaustausch).</li> <li>3. Nach Regenerierung.</li> <li>4. Nach sexueller Aktivität und nach Fortpflanzung.</li> </ol>
<b>2. <u>Biopsychische</u> Bedürfnisse</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Nach wahrnehmungsgerechter sensorischer Stimulation durch a) Gravitation, b) Schall, c) Licht, d) taktile Reize (sensorische Bedürfnisse).</li> <li>6. Nach schönen Formen in spezifischen Bereichen des Erlebens (Landschaften, Gesichter, unversehrte Körper (ästhetische Bedürfnisse, Bedürfnis nach ästhetischem Erleben)).</li> <li>7. Nach Abwechslung / Stimulation (Bedürfnis nach Abwechslung).</li> <li>8. Nach assimilierbarer orientierungs- und handlungsrelevanter Information: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nach Information via sensorischer Stimulation (Bedürfnis nach Orientierung).</li> <li>b. Nach einem der gewünschten Information angemessenen Code (Bedürfnis nach (epistemischem) „Sinn“, d.h. nach dem Verstehen dessen, was in einem und um einen herum vorgeht und mit einem geschieht, insofern man davon Kenntnis hat). Im Bereich des bewussten Denkens entspricht diesem Bedürfnis das Bedürfnis nach subjektiver Sicherheit / Gewissenheit bzw. nach „Überzeugung“ in den subjektiv relevanten Fragen.</li> </ol> </li> <li>9. Nach subjektiv relevanten (affektiv besetzten) Zielen und Hoffnung auf Erfüllung (Bedürfnis nach subjektivem „Sinn“).</li> <li>10. Nach effektiven Fertigkeiten, (skills), Regeln und (sozialen) Normen zur Bewältigung von (wiederkehrenden) Situationen in Abhängigkeit der subjektiv relevanten Ziele (Kontroll- oder Kompetenzbedürfnis).</li> </ol>
<b>3. <u>Biopsychosoziale</u> Bedürfnisse</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Nach emotionaler Zuwendung (Liebe, Freundschaft, aktiv und passiv) (Liebesbedürfnis).</li> <li>12. Nach spontaner Hilfe (Bedürfnis zu helfen).</li> <li>13. Nach sozial(kulturell)er Zugehörigkeit durch Teilnahme (Mitgliedschaft in Familie, Gruppe, Gesellschaft (Sippe, Stamm, „Ethnie“, Region, Nationalstaat) (Mitglied zu sein, heisst, Rechte zu haben, weil man Pflichten erfüllt) (Mitgliedschaftsbedürfnis).</li> <li>14. Nach Unverwechselbarkeit (Bedürfnis nach biopsychosozialer Identität).</li> <li>15. Nach Autonomie (Autonomiebedürfnis).</li> <li>16. Nach sozialer Anerkennung (Funktion, Leistung, „Rang“), (Anerkennungsbedürfnis).</li> <li>17. Nach (Austausch-)Gerechtigkeit (Gerechtigkeitsbedürfnis).</li> </ol>

Quelle: Obrecht, 2005a, S. 47

Zusätzlich zu den aufgeführten Bedürfnissen in Tabelle 1, gibt es gemäss Obrecht (2005a, S. 49) noch weitere eigenständige Bedürfnisse. So zum Beispiel sind die Bedürfnisse nach Macht und Kontrolle deshalb eigenständig, weil sie explizieren, dass Menschen ständig dazu motiviert sind, ihre notwendigen Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung zu gewährleisten respektive zu kontrollieren.

Bei allen menschlichen Bedürfnissen ist es für Obrecht (2005a, S. 48) von grosser Bedeutung, dass einige elastischer sind als andere. Das heisst, die Dauer bis zu der Befriedigung kann unterschiedlich lange herausgezögert werden, bis eine ernsthafte Gefährdung von Leib und Leben eintritt. Daraus resultiert, dass keine wichtigen und weniger wichtigen Bedürfnisse existieren, die Elastizität aber unterschiedlich sein kann.

Eine weitere wichtige Unterscheidung gemäss Obrecht ist, dass Bedürfnisse nicht mit Wünschen gleichgesetzt werden können. Mit den von Obrecht (2005a, S. 42-43) erwähnten kulturellen Codes, können Bedürfnisse bewusstgemacht und formuliert werden. Diese bewusst gemachten Bedürfnisse in Form von konkreten Zielen sind dann die Wünsche. Während Bedürfnisse Zufallsmutationen sind und durch die Struktur der Organismen gegeben werden, werden Wünsche gelernt und sind in Termini von äusseren Situationen formuliert. Mit kulturellen Codes sind in diesem Zusammenhang die kognitiven Ressourcen gemeint, welche Menschen helfen, Bedürfnisse bewusst zu denken und zu formulieren. Durch soziale Prozesse entstehen diese Codes und können modifiziert und weitergegeben werden (Obrecht, 2005a, S. 42-43).

Zusätzlich ist anzumerken, dass Bedürfnisse gemäss Obrecht (2005a, S. 52) universell gelten. Am Beispiel von älteren substituierten Menschen bedeutet das, dass egal, wo auf der Erde sie sich befinden, sie die gleichen Bedürfnisse haben. Die Art der Befriedigung unterscheidet sich jedoch je nach vorhandenen Ressourcen, Gegebenheiten in der Umwelt oder interkultureller und interindividueller Deutungen der Bedürfnisse.

### **2.3 Zusammenhang von Bedürfnissen und Problemen**

Obrecht entwickelte zusätzlich die biopsychosozio-kulturelle Theorie sozialer Probleme, welche im Zusammenhang mit der bps TMB steht.

Wenn Menschen auf Dauer ihre Bedürfnisse nicht befriedigen können und die Bedürfnisspannung somit nicht aufgehoben werden kann, dann entstehen Probleme (Obrecht, 2005b, S. 12). Es stellt eine Trennung von dem Soll-Zustand dar und kann das Wohlbefinden des betroffenen Menschen reduzieren. Obrecht (2005b, S. 12-13) unterscheidet zwischen praktischen und kognitiven Problemen.

Praktische Probleme sind Probleme des Handelns. Das heisst, wenn Menschen ihre Bedürfnisse nicht innerhalb der gegebenen Elastizität befriedigen oder abbauen können.

Obrecht (2005b, S. 13) spricht auch von „Know How“. Es wird als der Zustand beschrieben, der den Menschen von der Bedürfnisbefriedigung trennt. Wenn Handlungen die praktischen Probleme nicht lösen können, entstehen kognitive Probleme. Sie sind Probleme des Wissens und können durch ihre Lösung wiederum praktische Probleme lösen. Die praktischen Probleme werden in sechs verschiedene Klassen unterteilt (Obrecht, 2005b, S. 13-14): physikalische, chemische, biologische, (bio-)psychische, (biopsych-)soziale und kulturelle Probleme. Je nachdem, welche Art von System die Bedürfnisbefriedigung bedroht oder welches System bearbeitet werden muss, um eine Befriedigung zu erreichen, kann das Problem in eine dieser Klassen eingeteilt werden.

Für die Verständlichkeit einige Beispiele:

- Wenn ein Mensch Hunger hat, hat er ein biologisches Problem, da das Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme ein biologisches ist.
- Wenn ein Mensch in einem fremden Land ist und die Sprache nicht spricht, stellt dies ein kulturelles Problem dar, da kulturelle Gegebenheiten die Kommunikation erschweren.
- Wenn ein Mensch lange und dauerhaft alleine ist, hat dieser Mensch ein soziales Problem. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit gehört zu den sozialen Bedürfnissen und wird durch Ressourcen aus dem sozialen System befriedigt.

Grundsätzlich haben alle Menschen zu jeder Zeit praktische Probleme und lösen sie meist unbewusst und ohne langfristige Folgen. Eine zweite Form von praktischen Problemen sind die sekundären praktischen Probleme. Gemäss Obrecht (2005b, S. 13) liegen diese sekundären Probleme vor, wenn sie nicht direkt auf die Bedürfnisbefriedigung abzielen, sondern auf die langfristige Befriedigung, wie das Erzeugen von Ressourcen oder Einrichtungen. Die sekundären Probleme stellen die Bedürfnisse dar, die seit längerer Zeit nicht befriedigt wurden und elastisch sind. Hingegen sind Bedürfnisse, die unmittelbar nicht befriedigt werden und wenig elastisch sind, primäre Probleme und bedürfen einer schnellen Bearbeitung, respektive Lösung. Diese Unterscheidung kann den Professionellen der Sozialen Arbeit helfen, herauszuarbeiten, wie relevant eine Problembearbeitung für die Zukunftssicherung ist.

## 2.4 Soziale Probleme

Gemäss AvenirSocial (2010, S. 6) ist die Soziale Arbeit mit der Verhinderung, Linderung und Lösung sozialer Probleme beschäftigt. Diese Ansicht wird gemäss Obrecht (2005b, S. 2) weltweit geteilt. Nun stellt sich jedoch die Frage: Was sind soziale Probleme?

Obrecht (2005b) erklärt Soziale Probleme folgendermassen: „Soziale Probleme sind jenes Bündel von Problemen, die sich im Zusammenhang mit den elementaren Bedürfnissen von Individuen nach Einbindung in eine soziale Umwelt nach eigener Wahl ergeben“ (S. 14). Soziale Probleme sind demnach praktische Probleme, die entstehen, wenn die Bedürfnisbefriedigung eines Individuums behindert wird. Dabei handelt es sich um soziale Bedürfnisse wie in Kapitel 2.1 Tabelle 1 aufgeführt. Alle Klassen von Problemen entstehen aufgrund von Abhängigkeiten von Systemen. Die Systeme, welche die Befriedigung sozialer Bedürfnisse verhindern, sind soziale Systeme.

Obrecht (2005b, S. 15) unterscheidet zwischen zwei Arten von sozialen Problemen: soziale Probleme die sich auf die Interaktionsstruktur beziehen und soziale Probleme die sich auf die Positionsstruktur beziehen. In der nachfolgenden Tabelle 2 werden die wichtigsten Arten dieser Probleme aufgeführt.

Tabelle 2. Arten von sozialen Problemen im Sinne nicht befriedigter sozialer Bedürfnisse

<b>1. Auf die <u>Interaktionsstruktur</u> bezogene soziale Probleme</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gewalt, anonym oder im Rahmen einer dem Bedürfnis nach physischer Integrität nicht respektierenden sozialen Beziehung.</li> <li>2. Mangel an sexuellen Beziehungen.</li> <li>3. Fehlen oder Mangel an Liebe und Zuwendung.</li> <li>4. Fehlen oder Mangel an freundschaftlichen und allgemein zwischenmenschlichen Beziehungen zu Menschen, die einem wohlgesinnt sind bis hin zu sozialer Isolation im Sinne eines Extremes der Beziehungslosigkeit – aber auch ein Übermass an sozialen (Pflicht-)Kontakten.</li> <li>5. Fremdheitsgefühle im Rahmen sozialer Isolation gegebener Interaktionsmöglichkeiten.</li> <li>6. Fehlen oder Mangel von informellen oder formalen Normen, die Interaktion regeln.</li> <li>7. Die Erfahrung von Unrecht im Sinne des Verstosses von Regeln der Fairness.</li> <li>8. Soziale Deklassierung im Rahmen von Interaktionen.</li> <li>9. Strukturelle Diskriminierung in Form von Zugangsverweigerung oder Ausschluss (im Extremfall Vorenthalten oder Entzug von Mitgliedschaftsstatus) durch identifizierbare individuelle Akteure.</li> </ol>
<b>2. Auf die <u>Positionsstruktur</u> bezogene soziale Probleme</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Ungerechter Tausch in Bezug auf die Reziprozitätsnorm (z.B. von Arbeit und Gratifikation) im Rahmen der Interaktion von individuellen Akteuren, und zwar in beiden Richtungen der Abweichung (unangemessen viel bzw. wenig).</li> <li>11. Strukturelle Diskriminierung in Form einer Erschwerung des Zugangs oder Ausschluss von einer gewünschten Mitgliedschaft (im Extremfall Vorenthalten oder Entzug von Mitgliedschaftsstatus) als Mitglied einer sozialen Kategorie von Akteuren.</li> <li>12. Heteronomie (unterkomplexe Handlungsspielräume im Rahmen von Rollen).</li> <li>13. Machtlosigkeit im Sinne unzureichender Kontrolle über Ressourcen zur Steuerung der eigenen bedürfnisrelevanten Umwelt (aber auch illegitime Macht, im Besonderen „Machtüberschuss“).</li> <li>14. Statusunvollständigkeit (Statuskonfiguration mit mindestens einem nicht besetzten Status).</li> <li>15. Tiefer Status (Rang) und sozialer Abstieg innerhalb Gruppen, Organisationen und der Statussubsysteme der Gesellschaft.</li> <li>16. Statusungleichgewichte im Sinne einer von institutionalisierten Äquivalenznormen abweichenden Statuskonfiguration.</li> </ol>

Quelle: Obrecht, 2005b, S. 15

Als Folge von sozialen Problemen können weitere soziale Probleme oder andere Arten von Problemen entstehen, sogenannte Folgeprobleme. So beispielsweise sind Professionelle der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Menschen mit einer Suchterkrankung, zusätzlich zu den sozialen Problemen, mit biologischen Problemen konfrontiert. Umgekehrt können auch soziale Probleme als Folge von anderen Arten von Probleme auftreten, so gelten die ursprünglichen Probleme als Problemursachen für soziale Probleme (Obrecht, 2005b, S. 16).

## **2.5 Fazit**

Durch die Auseinandersetzung mit der bps TMB von Obrecht wurde ein theoretischer Einblick in menschliche Bedürfnisse und soziale Probleme gegeben.

Da klar wurde, dass Bedürfnisse unbewusst sind und man sie nicht erfragen kann, stützt sich diese Arbeit auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Untersuchungen, um so nah wie möglich an die Bedürfnisse älterer substituierter Menschen heranzukommen.

Eine Erkenntnis wird daraus geschlossen, dass Obrecht darauf hinweist, dass das soziale System eines Individuums soziale Probleme produziert, respektive eine Befriedigung der sozialen Bedürfnisse erschweren kann. Deshalb gehört es zu einer der Hauptaufgaben der Sozialen Arbeit, nicht das Individuum, sondern die sozialen Systeme zu gestalten und zu verändern.

Mit dem Wissen, dass Bedürfnisse universell gelten, aber Wünsche und die Bedürfnisbefriedigung von kulturellen Codes abhängig sind, können die nächsten Kapitel bearbeitet werden. In den Kapiteln 3 bis 6 werden die Themenbereiche Alter, die SGB, die sozialpädagogische Betreuung und die Problemlagen älterer substituierter Menschen einzeln betrachtet. Dadurch können befriedigte, respektive unbefriedigte Bedürfnisse erarbeitet und in der Schlussfolgerung zusammengetragen werden. Durch die Berücksichtigung der Bedürfniselastizität können die Bedürfnisse nach ihrer Relevanz für die Soziale Arbeit gewichtet werden.

### 3 Lebensphase Alter

In der Schweiz steigt das Alter der Bevölkerung stetig an (Bundesamt für Statistik [BfS], 2015a, S. 2). Gemäss dem BfS (2015b, S. 7) betrug in der Schweiz im Jahre 2015 der Anteil der Menschen über 65 Jahre 1'078'185. Dies machte circa 13 Prozent der Schweizer Gesamtbevölkerung aus. Laut des hypothetischen Referenzszenarios des BfS (2015a, S. 2) wird nicht nur die Anzahl der Bevölkerung zunehmen, sondern auch die Anzahl alter Menschen wird bis ins Jahr 2045 auf 2,7 Millionen steigen. Dies sei nicht nur auf die zunehmende Lebenserwartung, sondern auch auf das Erreichen des Rentenalters des Babyboom-Jahrgangs in den nächsten Jahren, zurückzuführen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Lebensphase Alter in der schweizerischen Gesellschaft und für die sozialen Strukturen einen immer grösseren Stellenwert haben wird. Die beschriebene demografische Entwicklung spiegelt sich auch in Fachbüchern der Entwicklungspsychologie wieder. So findet man in Literatur, welche vor 30 oder mehr Jahren verfasst wurden, deutlich weniger Lebensphasen als in aktuellerer Literatur. Das Älterwerden beschreiben Dürsteler-MacFarland et al. (2011, S. 100) als einen komplexen Prozess. Verschiedenste Faktoren und Vorgänge begleiten diesen Prozess und machen sich bei jedem Individuum anders bemerkbar. Für Wolfersdorf und Schüler (2005, S. 8) ist das Altern einerseits ein individueller Prozess mit unterschiedlichen Ausprägungen, andererseits durch die Gesellschaft und ihre Rahmenbedingungen definiert. Die gegebenen Altersgrenzen, wie das Pensionsalter, weisen soziale Rollen und Funktionen zu und prägen die Vorstellung über erfolgreiches Altern. Gemäss Junkers (1995, S. 14) sei es ein gesellschaftliches Phänomen, dass vor allem junge Menschen ein einheitliches Bild vom alten Menschen haben. Es gehe aber oftmals vergessen, dass für diese Menschen ein eigenes alt-sein nicht einfühlbar ist, aufgrund Fehlen eigener Erfahrungen, was zu einer Tendenz der Verallgemeinerung führen könne. Die Autorin gibt zu bedenken, dass Einzigartigkeit und Individualität des Verhaltens und Erlebens im Alter so ausgeprägt wie nie im vorherigen Leben sei. Ausserdem sei es nicht das Alter selbst, welches Menschen mit zunehmenden Alter fürchteten, sondern die Veränderungen, die das Alter mit sich bringt.

Um die Lebensphase Alter mit all ihren Facetten vielsichtig verstehen zu können, beschäftigen sich eine Vielzahl von Disziplinen mit ihr. Diese stellen jeweils einen differenzierenden Zugang her. In den nachfolgenden Kapiteln werden unterschiedliche Definitionen vom Alter(n) aufgeführt, die Entwicklung im Alter beleuchtet und zwei ausgewählte Entwicklungstheorien dargestellt. Mithilfe des Fazits wird der Bezug zu der bps TMB hergestellt.

### 3.1 Definitionen des Alter(n)s

Im vorherigen Kapitel wurde klar, dass durch verschiedene Faktoren Altersbilder geprägt und modifiziert werden. Dabei ist die Bezeichnung „alter Mensch“ in der Fachliteratur weniger eindeutig als erwartet. Doch ab wann gilt ein Mensch als alt?

Bei Martin (2007, S. 208) wird das spätere Erwachsenenalter in zwei Bereiche eingeteilt: Die Lebensphase von etwa 35 Jahren bis 65 Jahren gilt als mittleres Alter und die Lebensphase nach dem 65. Lebensjahr als Alter. Der Autor erweiterte seine Eingrenzung auf das frühe mittlere Alter (35-50 Jahre), spätes mittleres Alter (50-65 Jahre), Alter (65-80 Jahre), hohe Alter (80-100 Jahre) und extrem hohes Alter (100 Jahre und älter). Er begründet die nötig gewordene Differenzierung durch die steigende Anzahl älter werdender Menschen, Besonderheiten der Kompetenzverläufe und Umwelтанforderungen (Martin, 2007, S. 208). Eine andere Unterscheidung in ein drittes und viertes Lebensalter ist bei Baltes, Mittelstrass und Staudinger (1994, S. 15) zu finden. Hierbei umschreibt das dritte Lebensalter die „jungen Alten“ zwischen 65 und 79 Jahren und das vierte Lebensalter die „alten Alten“, welche über 80 Jahre alt sind. Bei Bojack, Brecht und Derr (2010, S. 14) wird unter älteren Menschen jene Menschengruppe verstanden, welche das, von der Gesellschaft normierte, Rentenalter von 65 Jahren erreicht haben.

Demgegenüber halten Martin und Kliegel (2014, S. 26) fest, dass zwischen gleichaltrigen Personen oftmals grosse Unterschiede in psychologischen Bereichen festzustellen sind und deshalb eine bloße Einteilung nach Geburtsdaten der Komplexität des Alter(n)s nicht gerecht werden würde. Vogt (2011b, S. 10) ergänzt, dass die Frage nach einer Definition des Alters zeitabhängig und kulturspezifisch zu beantworten sei und es darauf keine einfache Antwort gibt. Auch Baltes et al. (1994, S. 15) stellen fest, dass die interindividuelle Variabilität auf alle Bereiche des Alter(n)s zutrifft. Die Bereiche teilen sie in biologisches, soziales und psychologisches Alter ein. Lützenkirchen, Böss, Hochberger, Moll und Wittig (2010, S. 7) erweitern diese Bereiche mit dem administrativen und soziologischen Alter. Das soziale Alter, oft auch chronologisches Alter genannt, bezieht sich auf die lebenszeitlichen Erwartungen und Umstände im sozialen Umfeld eines Menschen. Das biologische Alter misst sich an der Vitalität und Funktion kognitiver sowie physischer Ressourcen eines Individuums, im Vergleich mit dem Durchschnitt der Menschen. Das psychologische Alter bezieht sich auf das eigene Altersempfinden jeder einzelnen Person. Das administrative Alter wird durch die gesetzlichen Regelungen gegeben, während das soziologische Alter seine Definition im gesellschaftlichen Zusammenhang und weniger beim Individuum selber sucht (Lützenkirchen et al., 2010, S. 7). Es kann festgestellt werden, dass es keine klare Antwort auf die Frage gibt, ab wann ein Mensch als alt gilt. Vielmehr wird es als wichtig erachtet, dass das individuelle Altern



jedes Menschen, seine Umwelt sowie die verschiedenen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen sind. Was das in Bezug auf ältere Menschen in einer SGB heisst, wird im Kapitel 6 bearbeitet.

## **3.2 Entwicklung im Alter**

In der Wissenschaft des Alter(n)s, der Gerontologie, herrscht die Meinung, dass die menschliche Entwicklung nicht nur einen Teilausschnitt des Lebens darstellt, sondern ein lebenslanger Prozess ist. Die Entwicklung ist demnach nie fertiggestellt, spannt sich von der Zeugung bis zum Tode und ist geprägt von positiven sowie negativen Veränderungen (Bojack et al., 2010, S. 17). Martin und Kliegel (2014, S. 15) halten fest, dass die Entwicklung als eine Wechselwirkung zwischen Veränderungen und Stabilität verstanden werden muss, welche sich auf die jeweilige Lebensphase bezieht. Stabilität und Veränderung können innerhalb einer Person gleichzeitig vorkommen. Beispielsweise kann ein Mensch, trotz zunehmender Verluste und abnehmender Ressourcen, Zufriedenheit im Alter erlangen.

Gemäss Freund (2004, S. 304) unterscheidet sich die Entwicklung im Alter stark von derer in der Kindheit oder des frühen Erwachsenenalters. Insbesondere sind die gesellschaftlichen Erwartungen an ältere Menschen gering bis gar nicht vorhanden, beispielsweise in den Bereichen Familie und Beruf. Dies führt mitunter dazu, dass ein neuer Freiraum entsteht, in dem sich ältere Menschen mit ihren persönlichen Zielen auseinandersetzen können. Ausserdem werden biologischen Faktoren eine immer grössere Rolle zugeschrieben. Zum Beispiel ist es in der Entwicklung einer älteren Person von Bedeutung, sich mit den neuen gesundheitlichen Einschränkungen, Problemen und dem Tod auseinanderzusetzen (Freund, 2004, S. 304).

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden zwei ausgewählte Entwicklungstheorien dargestellt. Eriksons psychosoziale Krisen zeigen auf, welche psychosoziale Krise Menschen in der achten Lebensphase zu bewältigen haben. Anschliessend wird mithilfe der von Havighurst ausgearbeiteten Entwicklungsaufgaben dargestellt, welche Aufgaben in der Lebensphase hohes Alter auftreten können.

### 3.2.1 Theorie psychosozialer Krisen nach Erik H. Erikson

Im Jahr 1968 konzipierte Erikson das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung. Seine Theorie gilt bis heute als eine der bekanntesten Modelle der Persönlichkeitsentwicklung (Conzen, 2010, S. 63).

Jede der vom Mensch durchlebten Lebensphase wird gemäss der Theorie von einem Grundproblem menschlicher Existenz respektive einer Krise begleitet (Conzen, 2010, S. 63). Für Erikson (1959/2015, S. 150–151) bildet die Lebensspanne vom 65. Lebensjahr bis zum Tod die achte und letzte Stufe des menschlichen Lebens. Diese Stufe nennt der Psychoanalytiker reifes Erwachsenenalter. Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt das Stufenmodell von Erikson mit den acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus.

Tabelle 3. Die acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus

<b>Die acht Stufen des menschlichen Lebenszyklus:</b>	
1. Säuglingsalter	Vertrauen gegen Misstrauen
2. Kleinkindalter	Autonomie gegen Scham und Zweifel
3. Spielalter	Initiative gegen Schuldgefühle
4. Schulalter	Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl
5. Adoleszenz	Identität gegen Identitätsdiffusion
6. Frühes Erwachsenenalter	Intimität gegen Isolierung
7. Erwachsenenalter	Generativität gegen Selbst-Absorption
8. Reifes Erwachsenenalter	Integrität gegen Lebens-Ekel

Quelle: Eigene Darstellung (Erikson, 1959/2015, S. 150-151)

Aus der Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass dem reifen Erwachsenenalter die psychosoziale Krise „Integrität gegen Lebens-Ekel“ zugeschrieben wird. Erikson (1959/2015, S. 118-120) erweitert den Begriff in seinen Ausführungen auf Integrität gegen Verzweiflung und Ekel.

Integrität als seelischen Zustand beschreibt Erikson (1959/2015) folgendermassen:

Nur wer einmal die Sorge für Dinge und Menschen auf sich genommen hat, wer sich den Triumpfen und Enttäuschungen angepasst hat, nolens volens der Ursprung anderer Menschenwesen und der Schöpfer von Dingen und Ideen zu sein – nur dem kann allmählich die Frucht dieser sieben Stadien heranwachsen. (S. 118)

Es geht darum, dass der Mensch sein Leben und die Menschen, welche notwendigermassen innerhalb diesem sein mussten, akzeptieren kann (Erikson, 1959/2015, S. 118).

Mit der Verzweiflung drückt sich gemäss Erikson (1959/2015, S. 19) das Gefühl aus, dass dem Menschen auf dieser Stufe bewusst wird, dass die Zeit zu kurz ist, um sein Leben neu zu beginnen oder andere Wege zu seiner Integrität einzuschlagen. Eben diese Verzweiflung sei es, welche einen Ekel hervorrufen könne. Einen Ekel, welcher sich als Kritik gegenüber eines jedem Individuums selber ausdrücke. In dieser Phase geht es also darum, dass der Mensch sein bisheriges Leben akzeptieren kann. Wenn diese Akzeptanz erreicht ist, wird es möglich, in Ruhe zu leben und Weisheit zu erlangen. Wenn der Mensch sich nicht mit seinem Leben und der damit verbundenen Verzweiflung auseinandersetzen kann, so kann sich der Ekel vor seinem eigenen Leben einsetzen.

Mit seiner Arbeit schuf Erikson für die Psychologie der Entwicklungsaufgaben eine Grundlage, auf welcher unter anderem Havighurst aufbaute (Flammer, 2009, S. 102–103). Auf diese Entwicklungsaufgaben wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen.

### 3.2.2 Entwicklungsaufgaben nach Robert J. Havighurst

Gemäss Flammer (2009, S. 290) ist es nicht nur eine Chance, sondern eine Aufgabe, dass Menschen auf ihre eigene Entwicklung Einfluss nehmen können. Havighurst erarbeitete im Jahre 1972 das Konzept der Entwicklungsaufgaben. Eine Entwicklungsaufgabe ist nach Havighurst (1972, S. 2) eine Aufgabe, die in einer Lebensphase des Menschen oder zu einem bestimmten Zeitpunkt auftritt. Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben führt zu Erfolg und Zufriedenheit. Eine nicht bewältigte Aufgabe kann zur Unzufriedenheit des Menschen oder Diskriminierung in der Gesellschaft führen und die Bewältigung späterer Entwicklungsaufgaben erschweren.

Entwicklungsaufgaben beinhalten also nicht nur einen kulturellen Druck, sondern auch individuelle Werte, körperliche Veränderungsprozesse und eigene Wünsche, mit denen sich der Mensch auseinandersetzen muss (Flammer, 2009, S. 291). Havighurst (1956, zitiert nach Freund, 2004, S. 306) schreibt dem hohen Alter Entwicklungsaufgaben rund um die Auseinandersetzung mit Verlusten, Abbauprozessen und Tod zu. In der nachfolgenden Tabelle 4 werden die verschiedenen Entwicklungsaufgaben für die Lebensphase Alter dargestellt.

Tabelle 4. Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Alter

<b>Entwicklungsaufgaben in der Lebensphase Alter:</b>
- Auseinandersetzung mit abnehmender körperlicher Leistungsfähigkeit
- Auseinandersetzung mit der Berufsabgabe und mit Einkommenseinbussen
- Auseinandersetzung mit dem Partnerverlust
- Auseinandersetzung mit der Rolle des Älterwerdens
- Flexibilität in Bezug auf soziale Rollengefüge

Quelle: Havighurst, 1956, zitiert nach Freund, 2004, S. 307

In der Tabelle 4 ist ersichtlich, mit welchen Entwicklungsaufgaben Menschen in der Lebensphase Alter konfrontiert sind. Die Auseinandersetzung mit den Veränderungen und das Finden von Stabilität scheint demnach auch bei Havighurst eine wichtige Rolle zu spielen. Auch bei anderen Autoren werden diesen Auseinandersetzungen Bedeutung zugesprochen. Zum Beispiel weist Rosenmayr (2004, S. 13) darauf hin, dass die wesentlichen Aufgaben im Alter darin bestehen, sich selbst neu zu verstehen und die veränderten, gegebenen Umweltbedingungen anzunehmen.

### 3.3 Fazit

Die Lebensphase Alter bildet einen Teil des Themas der vorliegenden Arbeit. Zu beachten ist, dass das Alter(n) einem individuellen Prozess entspricht und Alter nicht gleich Alter ist. Durch die Darstellung verschiedener Entwicklungsthemen in dieser Lebensphase wurde klar, dass der ältere Mensch trotz der Auseinandersetzung mit den Veränderungen Stabilität finden möchte. Sich mit den Veränderungen auseinandersetzen bedeutet auch, seine eigene Lebensbiografie mit all den negativen und positiven Umständen anzunehmen. Damit der ältere Mensch keinen Ekel gegenüber sich selber entwickelt, ist es wichtig, dass er diese Auseinandersetzung durchführen und die Umstände annehmen kann. Für die Soziale Arbeit kann geschlossen werden, dass für eine gelingende Bewältigung der Lebensphase ein Blick auf die gesellschaftliche wie auch individuelle Verantwortungszuschreibung relevant ist.

In den beschriebenen Entwicklungsaufgaben kann ein Zusammenhang mit biopsychosozialen Bedürfnissen gefunden werden. So kann beispielsweise die Auseinandersetzung mit der Rolle des Älterwerdens auch bedeuten, dass für die Befriedigung des Anerkennungsbedürfnisses neue Bedürfnisbefriedigungen und Ressourcen gelernt oder genutzt werden müssen. Abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit kann auch bedeuten, dass die Bedürfnisse nach Autonomie (weil man beispielsweise auf Pflegehilfe angewiesen ist), sozialer Anerkennung (weil man beispielsweise nicht mehr durch Fitness brillieren kann) und sozialer Zugehörigkeit (weil man beispielsweise nicht mehr arbeiten gehen kann) nicht mehr wie bisher befriedigt werden können. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, verfügt der Mensch über ein komplexes Nervensystem, welches auf Defizite reagiert und diese vermindert. Eine Reaktion ist, dass ein älterer Mensch eine geeignete Umgebung, welche die nötigen Ressourcen für seine Bedürfnisbefriedigung gewährleistet, aufsuchen wird. Für die sozialpädagogische Betreuung bedeutet das, dass die Herausforderung im Umgang mit dem Alter darin besteht, eine Umgebung für ältere Menschen zu schaffen, in der sie sich mit ihrer Integrität und Lebensgeschichte auseinandersetzen können. Innerhalb der Betreuung kann die Soziale Arbeit diese Menschen in ihrem Prozess der Bedürfnisbefriedigung begleiten und unterstützen.

## 4 Substitutionsgestützte Behandlung

Seit 1975 ist in der Schweiz ein Gesetz in Kraft, welches die Behandlung opioidabhängiger Menschen mit einem Substitutionsmittel ermöglicht (BAG, 2017a, o.S.). Bevor bearbeitet wird, wo die SGB in der Schweizer Suchtpolitik verankert ist und welche Bedürfnisse sie befriedigen kann, wird der Begriff substitutionsgestützte Behandlung (SGB) genauer erläutert.

Das Wort substituieren leitet sich aus dem lateinischen *substituere* ab und bedeutet, etwas zu ersetzen (Wirtz, 2014, S. 1621). Die SGB ist demnach eine Heilbehandlung, in der dem Körper fehlende Stoffe ersetzt werden, beispielsweise durch Insulin bei einer Zuckererkrankung. Bezogen auf die Behandlung einer Opioidabhängigkeit definiert das BAG (2013, S. 4) die SGB als psychosoziale und medizinische Behandlung in der, durch ein verschriebenes Opioid, das illegale Opioid ersetzt wird. Als Substitutionsmittel werden die Opioide angesehen, welche das illegale Opioid ersetzen. In der Schweiz ist das bekannteste und meist verschriebene Opioid Methadon und wird je nach Klientel unterschiedlich dosiert (BAG, 2013, S. 11).

Eine SGB wird vom BAG (2013, S. 8) als eine langfristige Behandlung angesehen, welche einer vielschichtigen und interdisziplinären Begleitung bedarf. Fachleuten aus der Medizin, Psychologie, Pflege, Sozialarbeit und Sozialpädagogik sind demnach gefordert, einem somato-psycho-sozialen Hilfsangebot gerecht zu werden, um die zentralsten Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu befriedigen.

Innerhalb der nachfolgenden Unterkapiteln werden die Schweizer Suchtpolitik, zentrale Punkte aus der Strategie Sucht 2017-2024 und die Angebote für Menschen in einer SGB bearbeitet. Durch diese Auseinandersetzung soll abschliessend ein Fazit gezogen werden, welche Bedürfnisse durch eine SGB und die Suchtpolitik befriedigt werden können.

## 4.1 Schweizer Suchtpolitik

Suchterkrankungen sind nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch für die Gesellschaft eine grosse Belastung. Präventiv eine Sucht vorzubeugen und die Belastungen zu reduzieren, sind deshalb wichtige politische Anliegen (Dobler, Abderhalden und Eckmann, 2013, S. 159-163). So beschäftigt sich auch die Schweizerische Suchtpolitik mit diesen Anliegen. Gemäss dem BAG (2015, S. 12) ist die Sucht eine Folge einer Kultur und ihrer Zeit. So durchlief die Suchtpolitik in der Schweiz verschiedene Entwicklungsschritte mit unterschiedlichen Herausforderungen. Während die sogenannte Trunksucht in Europa während des 19. Jahrhundert Probleme bereitete, fand während des ersten Weltkrieges die Tabaksucht Popularität. In den 1980-er und 1990-er Jahren waren die Politik, Gesellschaft, Fachwelt sowie die Medien, Zeugen der offenen Drogenszene in der Schweiz. Erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts etablierte sich die Einsicht, dass Menschen mit einer Suchterkrankung Hilfe benötigen und unter einem komplexen bio-psycho-sozialen Krankheitsbild leiden (BAG, 2015, S. 12).

Mittlerweile hat sich die Schweizerische Suchtpolitik etabliert. Der Umstand, dass Menschen in einer SGB älter werden, lässt sich aus dem Erfolg der eingeführten Massnahmen ableiten. Mit der neuen Strategie Sucht 2017-2024 setzt die Suchtpolitik das Zeichen, sich neuen Herausforderungen zu stellen.

### **4.1.1 Nationale Strategie Sucht 2017-2024**

Seit Anfang 2017 wird die nationale Strategie Sucht 2017-2024 umgesetzt. Diese Strategie wurde im Rahmen der gesundheitspolitischen Agenda Gesundheit 2020 im Auftrag des Bundesrates vom BAG (2015, S. 6-7) gemeinsam mit weiteren suchtpolitischen Beteiligten erarbeitet. Die Strategie setzt sich als Grundlage, ein Gleichgewicht zwischen Autonomie und Beistand für diejenige zu schaffen, welche sie brauchen (BAG, 2016, S. 4). Für Menschen mit einer Suchterkrankung soll eine Unterstützung der Gesellschaft sowie ein effizientes, wirksames und vielfältiges Suchthilfesystem gewährleistet werden. Mittels acht Handlungsfeldern wird die Strategie umgesetzt. Vier davon gelten als themenorientierte Handlungsfelder und stammen aus der etablierten Viersäulenpolitik (BAG, 2017b, S. 11):

- Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung
- Therapie und Beratung
- Schadensminderung und Risikominimierung
- Regulierung und Vollzug

Mit der neuen Strategie sollen die obigen Felder gefestigt und weiterentwickelt werden (BAG, 2017b, S. 10). Zur Steuerung und Koordination dienen folgende vier Handlungsfelder (BAG, 2017b, S. 11):

- Koordination und Kooperation
- Wissen
- Sensibilisierung und Information
- Internationale Politik

Zu jedem der oben aufgeführten Handlungsfelder wurden Ziele festgelegt (BAG, 2015, S. 52). In einem Plan sind die einzelnen Massnahmen zur Zielerreichung aufgeführt (BAG, 2016). Gemäss dem BAG (2015, S. 50) soll die Strategie die Lebensqualität, die Lebensbedingungen sowie den Gesundheitszustand suchterkrankter Menschen durch adäquate Angebote nachhaltig verbessern. Eine weitere zentrale Bedeutung wird der Vernetzungsstärkung der Akteure im Suchthilfesystem und der Finanzsicherung der Angebote zugesprochen.

Für die Versorgung älterer Menschen mit einer Suchterkrankung nimmt die Strategie Bezug zu der Strategie Palliative Care. Die Strategie Sucht ist bestrebt, die Koordination in der Versorgung zwischen den beiden Strategien zu stärken (BAG, 2016, S. 6). Palliative Care beinhaltet die Behandlung und Betreuung von Menschen, welche an einer lebensbedrohlichen, chronisch fortschreitenden oder unheilbaren Krankheit leiden. Das Ziel ist es, betroffenen Menschen eine optimale Lebensqualität bis zum Tode zu gewährleisten und sie medizinisch, psychologisch, spirituell sowie sozial zu unterstützen und zu



begleiten (BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2010, S. 8).

#### **4.1.2 Die Rolle der substitutionsgestützten Behandlung in der Strategie Sucht 2017-2024**

Die SGB ist Bestandteil des Handlungsfeldes Therapie und Beratung (BAG, 2015, S. 28). Die darin verorteten Angebote richten sich an Menschen mit einer Suchterkrankung, welche die Wiedererlangung der Kontrolle über ihre Sucht anstreben oder einen nachhaltigen Ausstieg beabsichtigen. Für Betroffene soll eine Lebensqualitätsverbesserung und Stabilisierung der Psyche und Physis erfolgen. Die Integration auf sozialer und beruflicher Ebene ist ebenfalls ein Ziel des Handlungsfeldes Therapie und Beratung.

Um die neuen Herausforderungen, wie das Auftreten neuer psychoaktiver Substanzen oder das Älterwerden von Menschen in einer SGB zu bewältigen, wurden fünf Massnahmen ausgearbeitet (BAG, 2016, S. 17-18). Die psychosozialen ambulanten und sozialtherapeutischen stationären Suchthilfen sollen gefördert und weiterentwickelt werden. Die Institutionskonzepte und das Wissen der Fachpersonen sollen weiterentwickelt und innovative Projekte unterstützt werden.

#### **4.2 Angebote der substitutionsgestützten Behandlung**

Das Angebot der SGB in der Schweiz hat sich während ihrem Bestehen weiterentwickelt. Der Bundesrat setzt die Rahmenbedingungen für die Aufsicht und Bewilligung der SGB (BAG, 2013, S. 4). Die Umsetzung ist Sache der Kantone. Um jedem betroffenen Menschen eine SGB zu ermöglichen, gehört sie, gemäss der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI), zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (2017, Art. 8).

Grundsätzlich empfiehlt das BAG (2013, S. 13) eine tägliche und kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels. Dies dient der Dosisfindung und kann sich positiv auf die Beziehungsarbeit auswirken. Um die Autonomie der betroffenen Personen zu fördern, gibt es Möglichkeiten der SGB, welche ambulant erfolgen. Die Häufigsten sind dabei die Abgabe in einer Apotheke, einer Arztpraxis oder einem Substitutionstherapiezentrum. Aber auch in teilstationären und stationären Settings kann eine SGB durchgeführt werden (BAG, 2013, S. 13). Bestandteil von teilstationären und stationären Angeboten sind Nacht- und Tageskliniken, geschützte Wohneinrichtungen, therapeutische Wohngemeinschaften und Übergangswohnheime (Lützenkirchen et al., 2010, S. 31-32).

### **4.3 Folgen der substitutionsgestützten Behandlung für betroffene Personen**

Wie bereits erwähnt, führt ein regelmässiger Konsum von Opioiden in den meisten Fällen zu einer Abhängigkeit (Zieglgänsberger & Höllt, 2000, S. 94). Stohler (2014, S. 183) verallgemeinert, dass eine Opioidabhängigkeit meist zu einem verschlechterten Gesundheitszustand, Arbeitslosigkeit und Inhaftierungen führt. Mithilfe der SGB sollen diese negativen Folgen vermindert oder gar behoben werden und zu einer lebensqualitätssteigernden Entwicklung führen (BAG, 2013, S. 4).

Nachfolgend werden einige möglichen Folgen einer SGB dargestellt.

Von der Definition der SGB lässt sich ableiten, dass der Beginn der Behandlung unmittelbar zur Folge hat, dass ein opioidabhängiger Mensch in Berührung mit einer Fachperson kommt (BAG, 2013, S. 4). Dabei spielt es keine Rolle, ob die SGB stationär oder ambulant erfolgt, mindestens ein Akteur des Suchthilfesystems ist automatisch involviert. Je länger eine Opioidabhängigkeit anhält, desto schwieriger wird gemäss Vogt (2011a, S. 50) der Ausstieg aus der Sucht und desto mehr wird die Sucht zum Lebens thema. Deswegen kann eine SGB den Weg in die Abstinenz ebnen, erhebt aber keinen direkten Anspruch diesbezüglich (BAG, 2013, S. 3). Falls eine Abstinenz nicht möglich ist, kann es zu einer Dauersubstitution kommen, in welcher die soziale Reintegration gestärkt und der Schaden für die Gesellschaft und das Individuum gemindert werden. Schadenminderung für das Individuum ist beispielsweise die Verminderung der gesundheitlichen und sozialen Risiken, welche der illegale Opioidkonsum mit sich zieht (Dürstler-MacFarland et al., 2011, S. 95). Gemäss den Untersuchungen von Killias, Ribeaud und Aebi (2000, S. 190-191) können durch die SGB Opfererfahrungen in Zusammenhang mit Suchtmittelbeschaffung wie beispielsweise Diebstahl, Betrug bei Drogenkauf oder sexuelle Angriffe reduziert werden. Durch diese Reduktion wurde eine Verbesserung der Lebensqualität und Verminderung der Beschaffungskriminalität festgestellt.

Aus den von Schmid und Müller (2015, S. 11) definierten Ziele einer SGB lassen sich weitere Folgen für betroffene Menschen ableiten. So kann eine SGB das Überleben des suchterkrankten Menschen sichern, indem Verbesserungen oder Stabilisierungen im somatischen, psychischen und sozialen Bereich eintreten. Besonders im sozialen Bereich können Kompetenzen und Selbstverantwortung gestärkt sowie eine schrittweise (Re-)Integration ermöglicht werden. Diese Integration bezieht sich vor allem auf das Einbinden in die Gesellschaft, Beruf, Familie oder andere soziale Systeme. Anzumerken ist, dass die Ziele innerhalb der SGB nach Klientel individuell und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen, individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen zu setzen sind

(Schmid & Müller, 2015, S. 11). Eine SGB kann dadurch die Organisation von Grundbedürfnissen wie Wohnen, soziale Kontakte oder Lebensunterhalt durch das Wegfallen von Substanzbeschaffungs-Stress ermöglichen.

#### **4.4 Fazit**

Eine Opioidabhängigkeit kann die Befriedigung unterschiedlicher Bedürfnisse erschweren. Wenn der Substanzkonsum vor anderen Tätigkeiten und Verpflichtungen priorisiert wird, können deshalb auf längere Zeit Bedürfnisspannungen und Probleme auftreten.

In diesem Kapitel wurde klar, dass eine SGB genau diese Bedürfnisspannungen und Probleme minimieren kann. Sie ermöglicht durch das Wegfallen des Substanzbeschaffungs-Stresses die Organisation von Grundbedürfnissen wie Wohnen, sozialen Kontakten oder Lebensunterhalt. Nicht zu vergessen ist, dass der Opioidkonsum ein Bedürfnis von Menschen in einer SGB ist. Ohne dies zu werten, ermöglicht die SGB durch die Abgabe von legalen Substitutionsmitteln die gleiche biologische Wirkung innerhalb des Menschen, wie es bisher das illegale Opioid getan hat. Der Nebeneffekt dabei ist, dass die Kriminalität durch die Illegalität wegfällt und die SGB eine medizinische sowie psychosoziale Behandlung beinhaltet. Es kann also davon ausgegangen werden, dass innerhalb der SGB die biologischen, biopsychischen und sozialen Bedürfnisse zum tragen kommen und die Ressourcen zur Bedürfnisbefriedigung gestärkt werden. Durch die verschiedenen Angebote wird ausserdem Rücksicht auf die individuellen Wünsche der betroffenen Menschen genommen.

Den Rahmen für die SGB setzt die Suchtpolitik Schweiz. Mit der neuen Strategie beweist sie, dass sie neue Herausforderungen erkennt und sich diesen mithilfe von Massnahmen stellt. Dadurch kann sie Anhaltspunkte und mögliche Lösungsansätze in der Versorgung älterer Menschen in einer SGB bieten.

## **5 Sozialpädagogische Betreuung substituierter Menschen**

Wie bereits in Kapitel 4 erläutert, wird ein Mensch in einer SGB in der Regel von Fachpersonen aus unterschiedlichen Disziplinen begleitet. Schmid und Müller (2015, S. 4) betonen die Wichtigkeit einer interdisziplinären Betreuung, welche im Idealfall durch Fachpersonen aus der Pflege, Medizin, Psychologie und Sozialen Arbeit gewährleistet werden kann. Das BAG (2013, S. 13) empfiehlt, innerhalb einer SGB regelmässige Beurteilungen durchzuführen. Diese beziehen sich auf somatische, psychische und soziale Umstände der zu behandelnden Person und können sich im Therapieverlauf verändern. Der sozialpädagogischen Betreuung wird dabei eine grosse Bedeutung zugesprochen, da innerhalb dieser neue Zielsetzungen ausgearbeitet werden können.

In der sozialpädagogischen Betreuung substituierter Menschen ist das Ziel, eine Unterstützung der Selbsthilfebestrebung anzubieten (Uchtenhagen, 1997, S. 176). Zudem werden Rückfälle aufgefangen, belastende Stresssituationen und Alltagsärger verarbeitet und ein vertrauensvoller Kontakt hergestellt. Der Wahl der Bezugsperson innerhalb des Betreuungsteams wird eine wichtige Rolle zugeschrieben, in dem eine dauernde Verfügbarkeit, persönliche Eignung und Sympathie gewichtet werden. Für Uchtenhagen (1997, S. 176) ist es eine Stärke der professionellen Betreuung, dass sie durch systematische Unterstützung weniger zu einer Überforderung der betreuenden Person führt als bei einer Laienhilfe. Damit können Betreuungsabbrüche vorgebeugt werden und mögliche sekundäre Suchtverstärkungen vermieden werden.

Schmid und Müller (2015, S. 7) entwickelten das 5-Punkte-Beratungsparadigma nach dem sich auch die sozialpädagogische Betreuung richten kann. Das Paradigma gründet auf fünf übergeordneten Paradigmen. Grundlegend in der sozialpädagogischen Betreuung und Beratung substituierter Menschen ist ein humanistisches Menschenbild. Das bedeutet, dass jeder Mensch seine eigene Existenz aktiv gestalten kann und die Ressourcen zur Sinnerfüllung seines Lebens in sich trägt (Schmid & Müller, 2015, S. 8). Eine erfolgreiche Betreuung und Beratung zielt darauf ab, mithilfe von Ermächtigung das Recht auf Selbstbestimmung der zu betreuenden Person zu gewährleisten (Schmid & Müller, 2015, S. 9-10). Damit ist die Befähigung eines Menschen gemeint, die sich auf die Einflussnahme seiner Lebensqualität, Gesundheit und Autonomie bezieht. Das bedeutet insbesondere auch, dass die Fachpersonen der Sozialpädagogik nicht als Problemlöserinnen und Problemlöser funktionieren, sondern die zu betreuende Person in ihrer Entwicklung, Verwirklichung und Veränderung unterstützen.

Das wichtigste Ziel einer SGB ist gemäss Schmid und Müller (2015, S. 13), das Überleben der zu betreuenden Personen zu sichern und ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden zu verbessern. Das bedeutet auch, dass die sozialpädagogische Betreuung innerhalb der SGB nicht zwingend auf eine Abstinenz abzielt. Mithilfe des Akzeptanzparadigmas können schädliche Auswirkungen der Abhängigkeit verringert und die individuelle Lebensqualität erhöht werden. Es ist von Mensch zu Mensch abzuwägen, welche Zielsetzung im Umgang mit Suchtmitteln oder Substitutionsmitteln erfolgsversprechend ist und wie sie nach Bedarf anzupassen ist. Grundlegend für die sozialpädagogische Betreuung substituierter Menschen ist eine tragfähige Beziehung zwischen der Fachperson und der zu betreuenden Person (Schmid & Müller, 2015, S. 18). Bereits kurze tägliche Kontakte können die Befindlichkeit der substituierten Person nachweislich verbessern und bieten Möglichkeiten für Kurzinterventionen (Schmid & Müller, 2015, S. 19).

In der sozialpädagogischen Betreuung suchterkrankter Menschen haben sich unterschiedliche Methoden für die Beratung und Betreuung bewährt. Beispiele dafür sind die kognitive Verhaltenstherapie, die motivierende Gesprächsführung (MI), das transtheoretische Modell (TTM), die sokratische Gesprächsführung oder das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) (Schmid & Müller, 2015, S. 23-29).

## **5.1 Sozialpädagogische Betreuungsangebote Schweiz**

Gemäss dem BAG (2013, S. 18) muss eine erzwungene Opioidabstinenz in jedem Fall vermieden werden. Das bedeutet, dass eine SGB in jeder Lebensphase gewährleistet werden sollte. Dies lässt sich dadurch begründen, dass das Risiko einer Überdosierung durch die entstandene Toleranzentwicklung während der SGB bei einem Opioidkonsum hoch eingestuft wird und bei plötzlichem Wegfallen des gewohnten Substitutionsmittel Entzugssymptome auftreten (Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S. 95). Diese Ansicht scheint Schweizweit unumstritten zu sein. So wurde vom BAG (2012) gemeinsam mit dem Bundesamt für Justiz (BJ) und der Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und –direktoren (KKJPD) ein Handbuch mit Empfehlungen und Leitfäden für die Schweizerischen Justizvollzugsanstalten erarbeitet. Dieses gewährleistet eine SGB auch in einer Strafmassnahme.

Die sozialpädagogischen Betreuungsangebote für ältere Menschen in einer SGB wurden von Bachmann und Baumberger (2017, S. 45) durchforscht. Mithilfe der Suchthilfedatenbank suchtindex.ch haben sie einen Überblick über bestehende Angebote und Projekte geschaffen. Insgesamt geben ein Drittel aller erfassten Suchtfachstellen an, auch ältere Menschen als Zielgruppe zu involvieren. In Zahlen sind das 265 von 846 Schweizer Fachstellen. Auffällig ist, dass ambulante Angebote wie Therapie- und Beratungsangebote stärker auf ältere Menschen ausgerichtet sind als stationäre Wohn- und Substitutionsangebote. Die Hälfte aller ambulanten und nur ein Viertel aller stationären Angebote geben ältere Menschen als Zielgruppe an (Bachmann & Baumberger, 2017, S. 45). Auf der Suchthilfedatenbank (Infodrog, 2017a, o.S.) wird deutlich, dass Suchthilfe-Angebote regional unterschiedlich vorzufinden sind. Stationäre und teilstationäre Angebote für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung befinden sich in den Regionen Zürich, Bern und Basel. Die östlichen und südlichen Regionen der Schweiz verfügen über keine solcher Angebote. Ambulante Angebote für diese Zielgruppe sind in allen Teilen der Schweiz zu finden, wobei die nördlichen Regionen auch hier über mehr Angebote verfügen.

### **5.1.1 Vorhandene Betreuungsangebote für ältere Menschen in einer substitutionsgestützten Behandlung**

Aufbauend auf den im vorherigen Kapitel dargestellten Erkenntnissen werden an dieser Stelle einige bereits vorhandene Betreuungsangebote für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung, respektive in einer SGB, dargestellt. Insgesamt wurden sieben Schweizer Institutionen mithilfe der Suchthilfedatenbank suchindex.ch (Infodrog, 2017a, o.S.) ausfindig gemacht. Eine Institution, welche sich ausschliesslich an ältere Menschen mit einer Suchterkrankung richtet, wurde in der Suchthilfedatenbank nicht gefunden. Ziel war es, an Betreuungskonzepte für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung zu gelangen. Die ausgewählten Institutionen wurden per E-Mail kontaktiert. Alle der vier aufgeführten Institutionen richten ihre Betreuung an Menschen mit einer Suchterkrankung im Alter von 18 bis Maximum 100 Jahren und bieten innerhalb der Institution eine SGB an.

#### **CONTACT Wohnen, Begleitetes Wohnen, Schönbühl**

Diese Institution befindet sich im Kanton Bern (Infodrog, 2017b, o.S.). Gemäss dem Leiter des CONTACT begleiteten Wohnen, O. Steiner, begleitet die Institution sowohl ältere wie auch jüngere Bewohnende im gleichen Setting und mit gleichen Konzept. Bei einer akuten Pflegebedürftigkeit wird mit der Spitex zusammengearbeitet. O. Steiner weist ausserdem darauf hin, dass bei einer nicht zu bewältigenden Pflegeintensität ein Übertritt in ein Alters- oder Pflegeheim stattfindet (pers. Mitteilung, 13.11.2017).

#### **Stiftung für Sozialtherapie, Betreutes Wohnen, Windisch**

Gemäss A. Linder, Sozialarbeiterin in der Wohnbegleitung, bestehe zurzeit kein Bedarf eines speziellen Konzeptes für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung. Grund dafür sei das junge Durchschnittsalter der Bewohnende von circa 30 bis 35 Jahren. Obwohl die Institution keine Altersbegrenzung habe, wohnen keine älteren Menschen dort (pers. Mitteilung, 13.11.2017).

#### **Wege Weierbühl, Stiftung Sinnovativ, Köniz**

Die Wege Weierbühl betreut Menschen im jüngeren und älteren Alter, welche eine Suchterkrankung haben. Gemäss dem Leiter der Institution, B. Van Haarskamp, werden älteren Personen mit dem gleichen Konzept betreut wie die jüngeren dort lebenden Personen (pers. Mitteilung, 13.11.2017).

#### **Ur-Dörfli, Stiftung Sozialwerke Pfarrer Sieber**

Das Ur-Dörfli ist eine teilstationäre Suchthilfeeinrichtung im Kanton Zürich. Gemäss dem stellvertretenden Betriebsleiter, D. Horvart, verfügt die Institution über kein spezielles Konzept für ältere Menschen in einer SGB (pers. Mitteilung, 17.11.2017).

Es überrascht, dass von keinem der kontaktierten Wohnheimen ein Bedarf nach einem Konzept für die Betreuung älterer Menschen mit einer Suchterkrankung geäußert wurde. Es stellt sich die Frage, ob das von der Fachliteratur beschriebene Problem in der Praxis noch nicht erkannt wurde. Auch Förster und Thomas (2009, S. 12) kamen zum Schluss, dass die Behandlung älterer Menschen in einer SGB in Suchthilfeinstitutionen eine untergeordnete Bedeutung zugesprochen wird. Aus diesem Grund wurde in einem zweiten Schritt mittels Internetrecherche nach sozialpädagogischen Institutionen gesucht, die speziell für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung ausgerichtet sind. Folgend werden zwei Institutionen und ihre Konzepte dargestellt.

### **Haus Harmonie, Langzeitheim für langjährige Drogenabhängige, Langenbruck**

Im Jahr 2006 hat der Basler Verein abri ein Zuhause für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung geschaffen, in dem ein langfristiges Bleiben und Wohlfühlen gewährleistet wird (Haus Harmonie, o.D., S. 3). Das Haus Harmonie richtet sich speziell an Menschen, welche eine langjährige Drogenvergangenheit, unzählige Therapie- und Entzugsversuche hinter sich haben und trotz der Abfindung mit ihrer Situation in einer SGB, ein stressfreies Leben führen möchten. Die Institution setzt auf angepasste Betreuung und klare Tagesstruktur genauso wie auf Förderung der Eigenverantwortung und Selbständigkeit. Das Betreuungsteam aus den Disziplinen Sozialpädagogik und Arbeitsagogik setzt sich zum Ziel, die gesunden Anteile der Bewohnenden zu stärken und suchterhaltende Strukturen zu durchbrechen. Unterstützung, Hilfe und Pflege im Alltag sind ein Bestandteil der Betreuung (Haus Harmonie, o.D., S. 3). Ausserdem verfügt das Wohnheim über ein internes Beschäftigungs- und Arbeitsangebot, welches in einem geschützten Rahmen und nach individueller Leistungsfähigkeit angepasst wird (Haus Harmonie, o.D., S. 5). Drogenkonsum in Haus ist nicht erlaubt und Medikamente, wie das Substitutionsmittel, werden vom Betreuungsteam abgegeben. Wöchentlich findet ein Bezugspersonengespräch zwischen dem Bewohnenden und der betreuenden Fachperson statt (Haus Harmonie, o.D., S. 4). Ziel dieses Gesprächs ist eine Situationsanalyse und dadurch den Bedarf nach Erneuerung, Veränderung oder Abschaffung der Hilfestellungen zu eruieren.



### **Diakonische Stadtarbeit Elim, Elim Care für Menschen mit Pflegebedarf, Basel**

Seit 1997 finden Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit im Haus Elim eine niederschwellige Wohnmöglichkeit (Diakonische Stadtarbeit Elim, 2017, S. 1). Die Institution bietet trotz dem Älterwerden ihrer Bewohnenden dieselbe Wohnform wie im jüngeren Alter, ergänzt diese jedoch mit dem Konzept Elim Care, welche die zusätzliche pflegerische und medizinische Unterstützung beinhaltet. Das Haus Elim hat für die Unterbringung älterer Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit rollstuhlgängige Zweizimmer-Wohnungen, welche direkt an den übrigen Angeboten vom Haus Elim angeschlossen sind. Die Bewohnenden bleiben dadurch an der bisherigen und gewohnten Tagesstruktur angeschlossen (Diakonische Stadtarbeit Elim, 2017, S. 3). Die Betreuung innerhalb der Elim Care Wohnform erfolgt durch die interne Spitex (Diakonische Stadtarbeit Elim, 2017, S. 1). Diese Betreuung beinhaltet medizinische Pflege wie in den Bereichen Körperpflege, Unterstützung beim Essen oder Hilfe zur Mobilität. Ausserdem wird eine Sterbebegleitung, psychiatrische Betreuung und eine 24 Stunden Erreichbarkeit des Betreuungsteams angeboten (Diakonische Stadtarbeit Elim, 2017, S. 2-3).

#### **5.1.2 Möglichkeiten und Grenzen in der Betreuung**

Im vorherigen Kapitel wurde deutlich, dass wenig Konzepte für die Betreuung von älteren Menschen mit einer SGB vorhanden sind. Der Fachverband Sucht (2017a, S. 1) empfiehlt, diese Angebotslücken zu identifizieren und zu schliessen. Strukturelle Rahmenbedingungen setzen jedoch Grenzen in der eigenständigen und pragmatischen Lösungsfindung von Institutionen. Beispielsweise fehlt in den meisten Gemeinden und Kantone eine Strategie, wie der steigenden Anzahl älterer Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit begegnet werden soll. Dadurch steht vielen sozialpädagogischen Institutionen kein Rahmen zur Verfügung, an dem sie sich bei der Lösungsentwicklung orientieren können (Fachverband Sucht, 2017a, S. 3). Hälg und Dürsteler-MacFarland (2013, S. 33) geben zu bedenken, dass durch eine Wohnform nur für ältere Menschen in einer SGB, die ohnehin schon vorhandene Stigmatisierung dieser Menschen verstärkt werden könnte. Zudem ist gemäss Vogt (2009, S. 22) zu beachten, dass bei solchen Wohnformen schwierig ist, allen Teilgruppen gerecht zu werden. So seien insbesondere wohnungslose süchtige Menschen eine problematische Gruppe. Durch das ungewohnt sein mit anderen Menschen zusammenzuleben und auf diese Rücksicht zu nehmen, könnten zusätzliche Probleme in der Betreuung entstehen. Eine Chance besteht möglicherweise darin, auf Bewährtes im Umgang mit suchterkrankter Menschen zurückzugreifen. Dürsteler-MacFarland et al. (2011, S. 119-120) weisen darauf hin, dass bereits

vorhandene Methoden, Interventionen und Verfahren auch in der Betreuung älterer Menschen in einer SGB verwendet werden können. Voraussetzung sei eine Anpassung an das Alter. Dabei sei zu beachten, sich nicht nur auf die Defizite zu beschränken, sondern den erhaltenen Kompetenzen gerecht zu werden. Reduktion der Kommunikationsinhalte, häufige Wiederholungen oder bewusstes Fokussieren auf ein Thema stellen mögliche Hilfestellungen dar. Ausserdem könnten beispielsweise in einer Wohngruppe Gedächtnishilfen wie Listen oder auditive Materialien zur Selbstständigkeitsförderung beitragen (Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S. 119-120). Möglich wäre, von anderen Ländern zu lernen. Beispielsweise hat Canada betreute Wohnangebote geschaffen, welche mit Fachpersonen besetzt sind, die sowohl in Sucht wie auch in Gerontologie ausgebildet sind (Health Canada, 2002). Gemäss Kutschke (2012, S. 191) sei aber eine Zusammenarbeit von Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit Fachpersonen aus der Pflege in der Schweiz unabdingbar. Wenn bedenkt wird, dass zu Kenntnisse über Sucht und Gerontologie auch Wissen über somatische Erkrankungen und der speziellen Lebensbedingungen älterer Menschen in einer SGB notwendig sind, scheint dies als berechtigt.

## **5.2 Was bereits getan wird - Aktuelles aus der Schweiz**

Neben der neuen Strategie Sucht 2017-2024 entstanden und entstehen immer noch schweizweit verschiedene Projekte von Fachstellen und Kantone, die sich mit dem Thema Sucht im Alter beschäftigen. Zum Beispiel besteht in den Kantonen Zug und Luzern das Projekt „Sensor – erkennen und handeln – Frühintervention bei Suchtgefährdung im Alter“ (Bachmann & Baumberger, 2017, S. 45). Aber auch die Internetplattform „Alter und Sucht“, welche unter Zusammenarbeit von Infodrog mit der Sucht Schweiz, der Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauch ZüFam und der Forel Klinik erarbeitet wurde, bietet wichtige Informationen für Fachpersonen, Betroffene und Angehörige (Bachmann & Baumberger, 2017, S. 45). Auf der Internetplattform wird der Fokus auf den Alkoholkonsum im Alter festgelegt, eine Erweiterung auf andere Substanzen ist geplant (Alter und Sucht, 2017, o.S.).

Der schweizerische Fachverband Sucht setzt einen besonderen Fokus auf das Thema Sucht im Alter und stellt auf seiner Homepage wichtige Grundlagen zur Verfügung. Der Verband hat aufgrund der wenig vorhandenen Informationen über die Versorgung älterer Menschen mit einer Suchterkrankung das Projekt „Optimale Versorgung älterer abhängiger Menschen in der Schweiz“ (Baumberger, 2017, Abschn. 2) lanciert. Innerhalb einer Problemanalyse hat der Fachverband Sucht die Probleme erfasst, welche in der Praxis innerhalb der Betreuung und Versorgung älterer Menschen mit einer Suchterkrankung vorhanden sind. Mit Fokusgruppeninterviews wurden die verschiedenen Professionen

befragt, welche mit der beschriebenen Betreuung und Versorgung in Berührung kommen. Die Herausforderungen und Probleme wurden eingeteilt in strukturelle, institutionelle, individuelle sowie gesellschaftliche Ebenen (Fachverband Sucht, 2017b). Am 30. August dieses Jahres fand eine interdisziplinäre Fachtagung zum Thema „Alternd, abhängig und trotzdem gut versorgt“ (Leodolter, 2017, Abschn. 1) in Zürich statt. Fachpersonen aus dem Alters-, Pflege- und Suchtbereich tauschten sich innerhalb der Tagung bezüglich Bedürfnissen von älteren Menschen mit einer Suchterkrankung, Unterstützungen in der Behandlung sowie Möglichkeiten und Grenzen der Alters-, Pflege- und Suchtstrukturen aus. Innerhalb der Tagung wurde ein Handlungsbedarf in der Betreuung und Versorgung von älteren Menschen mit einer Suchterkrankung erarbeitet. Der Fachverband Sucht hat aus den Resultaten der Fokusgruppeninterviews sowie der Fachtagung eine „Empfehlung zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz“ (Fachverband Sucht, 2017a, S. 1) veröffentlicht. Unter einer optimalen Versorgung wird demnach eine Betreuung verstanden, die den Betroffenen eine grösstmögliche Lebensqualität, Würde und Autonomie gewährleistet (Bachmann & Baumberger, 2017, S. 45).

### **5.3 Fazit**

Da sich der Fachverband Sucht sowie andere Wissensplattformen mit der Sucht im Alter beschäftigen und Anstrengungen bezüglich der Verbesserung der Datenlage in der Schweiz vorzufinden sind, bestätigt die Relevanz des Themas der vorliegenden Arbeit. Die Erscheinungsjahre der bestehenden Informationsquellen wie auch der Strategie Sucht 2017-2024 sind jung. Aus der Internetrecherche kann geschlossen werden, dass Angebote für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung vorhanden sind. Diese sind jedoch nur vereinzelt mit einem spezifischen Konzept speziell für ältere Menschen in einer SGB. Aus diesem Grund bleibt offen, ob die sozialpädagogischen Institutionen in der Schweiz den Bedürfnissen älterer Menschen in einer SGB gerecht werden. Das Haus Harmonie und die Diakonische Stadtarbeit Elim verfügen über unterschiedliche Konzepte. Es scheint, dass sie durch Erweiterungen des Suchthilfe-Angebotes durch medizinische Versorgung sowie Anpassung des Freizeit- und Arbeitsbereichs den zusätzlich im Alter zukommenden Bedürfnissen gerecht werden. Es kann gefolgert werden, dass die Theorie einen wichtigen Beitrag zur Praxis leistet. Es sind wenig Daten über die Bedürfnisse von älteren Menschen in der SGB vorhanden und es bestehen wenig Erfahrungen bezüglich ihrer optimalen Versorgung. Dadurch fehlt für die sozialpädagogischen Institutionen der Rahmen, an dem sie sich in der Angebots-, Konzept- oder Projektgestaltung orientieren können.

## **6 Ältere Menschen in einer substitutionsgestützten Behandlung**

Ältere Menschen in einer SGB stehen im Fokus der vorliegenden Arbeit. Täschner, Bloching, Bühringer und Wiesbeck (2010, S. 209) halten fest, dass im Falle von Menschen in einer SGB die Altersdefinition angepasst werden muss. Durch einen meist langjährigen Drogenkonsum und den damit assoziierten Erkrankungen, treten diese Menschen rund 20 Jahre früher in die Lebensphase Alter ein. So sei ein altersbedingter Versorgungsbedarf ab dem 50. Lebensjahr keine Seltenheit. Das BAG (2013, S. 19) schliesst sich dieser Meinung an und weist darauf hin, dass typische Alterserkrankungen wie Atem- und Kreislaufbeschwerden, Osteoporose oder chronische Infektionskrankheiten bei opioidabhängigen Menschen früher und häufiger eintreten und dadurch die Alterung beschleunigt wird. Wie in der Fachliteratur werden in der vorliegenden Arbeit mit älteren Menschen in einer SGB die über 50 Jahren alten Menschen gemeint.

Eine langjährige Opioideinnahme zieht eine Vielzahl von Problemlagen mit ins Alter (Kutschke, 2012, S. 189). Diese Problemlagen, insbesondere diese mit Relevanz für die Soziale Arbeit, werden in den nächsten Kapiteln bearbeitet. Ausserdem wird dargestellt, welche Wünsche die Zielgruppe hat und was diese für die Soziale Arbeit bedeuten können. Im abschliessenden Fazit wird die Verbindung mit der bps TMB hergestellt.

### **6.1 Problemlagen**

Insbesondere illegal konsumierte Drogen fördern die Übertragung von Krankheiten. Durch intravenösen Konsum können Krankheiten wie HIV oder Hepatitis übertragen werden (BAG, 2015, S. 38). Kutschke (2012, S. 190) merkt an, dass die mittlerweile guten Behandlungsmöglichkeiten dieser Krankheiten unter anderem auch dazu führten, dass Menschen in einer SGB älter werden. Trotzdem kommen medizinische Problemlagen hinzu, die im steigenden Alter von opioidabhängigen Menschen ausgeprägter und früher eintreten als bei nicht abhängigen Menschen. Häufig und besonders früh treten Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Osteoporose oder Altersdemenz auf (Kutschke, 2012, S. 190). Zudem sind diese Menschen meist von Mangelernährung, schlechter Hautzustand sowie Venenverhärtungen betroffen.

Dass mit einer Suchterkrankung soziale Folgen wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Fürsorgeabhängigkeit, instabile Wohnsituationen oder finanzielle Verschuldung auftreten können, ist bekannt (BAG, 2015, S. 40). Wie entwickeln sich diese sozialen Probleme mit zunehmendem Alter und welche kommen möglicherweise hinzu?

Dürsteler-MacFarland und Vogel (2016, S. 29) halten fest, dass sich insbesondere die psychosozialen Problemlagen älterer Menschen in einer SGB stark von derer jüngeren

unterscheiden. So sei die zunehmende soziale Isolation eine grosse Belastung. Durch Stigmatisierung und Ausgrenzung sei es für Betroffene schwer, selbst in Gruppen von anderen substituierten Menschen, Zugehörigkeit zu empfinden. Durch das steigende Alter der substituierten Menschen kann davon ausgegangen werden, dass ihre Eltern selber pflegebedürftig sind oder versterben. Dies hat zur Folge, dass die Eltern der betroffenen Menschen als mögliche Bezugspersonen wegfallen. Ein weiterer Punkt stellt die meist fehlende Berufstätigkeit dar, die sozialen Kontakte erschweren können. Auch Kutschke (2012, S. 189) stellt fest, dass ältere opioidabhängige Menschen meist isoliert leben. Er sieht die Gründe dafür insbesondere darin, dass soziale Kontakte aus jüngeren Lebensjahren nicht aufrechterhalten werden konnten und gleichgesinnte Bekannte bereits verstorben sind oder im Gefängnis einsitzen.

Gemäss Vogt (2011b, S. 17-18) ist zu beachten, dass ältere Menschen in einer SGB eine lange Belastungskarriere hinter sich haben. Überdurchschnittlich viele haben oder hatten Elternteile, welche ebenfalls unter einer Suchterkrankung litten. Es könne davon ausgegangen werden, dass bereits in der Kindheit Gefährdungen ihr Leben geprägt haben. Beispiele dafür sind Substanzkonsum während der Schwangerschaft, starke Schwankungen im Familienklima, Gewalterfahrungen und Vernachlässigungen, welche zu traumatischen Erfahrungen führen kann. Je länger so eine Gefährdung, insbesondere eine Gewalteinwirkung, andauerte, desto wahrscheinlicher ist es, dass Betroffene eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, welche wiederum zu weiteren psychischen Erkrankungen führen können. Auch das BAG (2015, S. 38) gibt zu bedenken, dass Menschen in einer SGB neben einer Suchterkrankung oftmals eine weitere psychische Erkrankung haben. Besonders oft treten affektive Störungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörung oder antisoziale Persönlichkeitsstörung auf (Stohler, 2014, S. 184). Sucht Schweiz (2013, S. 2) bestätigt dies und zeigt, dass rund 80 Prozent aller opioidabhängiger Menschen, zusätzlich zu ihrer Suchterkrankung, eine oder mehrere psychische Erkrankungen haben. Dies kann als Folge des Konsums, umgekehrt als Ursache für die Suchtentwicklung oder parallel zur Suchtentwicklung aufgetreten sein. Im Alter scheinen sich diese zusätzlichen psychischen Erkrankungen nicht aufzulösen, sondern können sich negativ auf das Wohlbefinden des betroffenen Menschen auswirken (Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S. 108). Insbesondere werden Beziehungsmuster durch diese Erkrankungen geprägt, erschweren die Beziehungsgestaltung zu den betreuenden Personen und können dadurch zu sozialen Problemen führen.

## 6.2 Bedürfnisse und Wünsche

Die Problematik der Versorgung älterer Menschen in einer SGB aus Sicht der Fachpersonen wird in der Fachliteratur thematisiert. Über die Wünsche der Zielgruppe selber ist jedoch wenig bekannt. Dürsteler-MacFarland und Vogel (2016, S. 30) geben zu bedenken, dass in Bezug auf ältere Menschen in einer SGB ein grosser Mangel an systematisch gewonnenen Daten in der Fachwelt bestehe und der dringend zu minimieren sei. Erkenntnisse können Studien und Umfragen aus Deutschland liefern. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit haben Vogt, Eppler, Ohms, Stiehr und Kaucher (2010) eine Empfehlung zur zukünftigen Versorgung älterer Menschen mit einer Suchterkrankung erarbeitet. Die Autorinnen führten Umfragen mit 50 suchterkrankter Menschen mit einem Durchschnittsalter von 52,7 Jahren durch, von denen 43 ein ärztlich verordnetes Opioid erhalten (Vogt et al., 2010, S. 52-54). Die Befragungen wurden in die Themenfelder soziale Kontakte, Gesundheitszustand, Drogenkonsum, Ausgrenzung, Einsamkeit, Lebensperspektiven und Vorstellungen zum Leben im Alter eingeteilt (Vogt et al., 2010, S. 52-95). Soziale Kontakte pflegt die Mehrheit der Befragten zum grösseren Teil mit Menschen, die ebenfalls an einer Suchterkrankung leiden (Vogt et al., 2010, S. 68). Der Wunsch, Kontakt zu Menschen ausserhalb der Drogenszene zu haben, wurde ebenfalls geäussert. Etwa ein Drittel der Befragten haben noch Kontakt zu der Herkunftsfamilie (Vogt et al., 2010, S. 65). Die Beziehungen sind in den meisten Fällen als Folge der Sucht zerbrochen. Für 14 der 50 befragten Personen gehört Alleinsein und Einsamkeit zum Leben (Vogt et al., 2010, S. 69). Die Bewältigungsstrategien reichen von dagegen ankämpfen bis zum sozialen Rückzug. Die eine Hälfte der Befragten fühlt sich von der Gesellschaft nicht ausgeschlossen, die andere Hälfte gibt Gegenteiliges an und fühlt sich oft diskriminiert (Vogt et al., 2010, S. 73). Betreffend zukünftigem Drogenkonsum bilden sich drei Gruppen ab (Vogt et al., 2010, S. 74). Die grösste Gruppe wünscht sich, abstinent zu leben. Die zweite Gruppe möchte weitere medikamentöse Behandlungen mit verschreibungspflichtigen Medikamenten wie beispielsweise Methadon. Die kleinste Gruppe möchte auch in Zukunft illegale Substanzen neben der SGB konsumieren. 30 der 50 Befragten gaben an, auf professionelle Unterstützung bei einer bestehenden Pflegebedürftigkeit angewiesen zu sein, da nur wenige über ein ausreichendes soziales Netzwerk verfügen (Vogt et al., 2010, S. 80). Bei der Frage, wie die zukünftige Wohnsituation aussehen soll, wurde festgestellt, dass der Mehrheit der befragten Personen Angebote speziell für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung nicht bekannt sind (Vogt et al., 2010, S. 84). Erwartungen an die Versorgung im Alter sind sehr unterschiedlich. Besonders diejenigen, welche über kein bestehendes soziales Netzwerk verfügen, wünschen sich auch im Alter Angebote mit

Tagesstruktur und Freizeitangeboten (Vogt et al., 2010, S. 89). Zu bedenken ist, dass 88% der Befragten alleine leben und zur Zeit der Befragung nicht in eine sozialpädagogische Betreuung eingebunden waren. Der grösste Teil möchte die selbständige Wohnform auch so lange wie möglich beibehalten. Alternative Lebensformen wie betreute Wohnungen oder Wohngemeinschaften werden aber nicht ausgeschlossen. Die Hälfte der Befragten kann sich vorstellen, in einem ganz normalen Alters- und Pflegeheim zu leben, für die andere Hälfte war dies zur Zeit der Befragung nicht denkbar (Vogt et al., 2010, S. 91). Die Befragten befürchten, dass Vorurteile und ihre andere Lebensform dazu führen würden, dass sie keine sozialen Kontakte zu Menschen ohne eine Suchterkrankung im Alters- und Pflegeheim knüpfen könnten und sie mit diesen Menschen auch nicht klarkommen würden (Vogt et al. 2010, S. 90-91). Kutschkes (2012, S. 192) Folgerung, dass ältere Menschen mit einer Opioidabhängigkeit eine andere Betreuungs- und Wohnform als in einem normalen Alters- und Pflegeheim wünschen, unterstützt diese Befürchtungen.

Fuhrmann (2011, S. 263–265) konzipierte in den Jahren 2005 und 2009 Umfragen mit älteren Menschen mit einer Suchtproblematik. Er wollte herausfinden, welche Zukunftswünsche diese Menschengruppe hat und welches Betreuungskonzept diesen gerecht werden würde. Insgesamt befragte Fuhrmann 105 in Deutschland lebende Menschen ab dem 40. Lebensjahr mit einer Suchterkrankung. Aus den erfassten Wünschen leitete der Autor folgende Ziele ab: bedarfsgerechtes Wohnen, die Möglichkeit einer Beschäftigung oder ein Arbeitsangebot, ein lebenswertes Leben führen, Freizeitgestaltung und in Würde sterben (Fuhrmann, 2011, S. 264).

Gemäss Dürsteler-MacFarland et al. (2011, S. 103) äussern ältere Menschen in einer SGB das Bedürfnis nach Eigenständigkeit. Dies stellt für die Betreuung den Anspruch, trotz zunehmender Hilfebedürftigkeit der betroffenen Menschen ihre Autonomie zu gewährleisten. Ältere Menschen in einer SGB haben Angst, auf andere Menschen angewiesen zu sein. Ein Grund dafür wird darin gesehen, dass viele der Betroffenen in der Vergangenheit negative Erfahrungen mit Bezugspersonen oder dem Helfersystem aus anderen Lebensbereichen, wie beispielsweise der Familie, gemacht haben.

Die dargestellten Studien umfassen nur kleine Stichproben, sodass ihre Ergebnisse kaum generalisiert werden können. Lützenkirchen et al. (2010, S. 98-99) betonen die Wichtigkeit einer zielgerichteten Forschung. Nur dadurch können die speziellen Bedürfnisse von älteren Menschen in einer SGB herausgefunden werden und in nachhaltig wirksame Konzepte eingebunden werden.

### **6.3 Aufgaben für die Soziale Arbeit**

Wie in der Strategie Sucht 2017-2024 festgehalten, stellt das Älterwerden von Menschen mit einer Suchterkrankung nicht nur Herausforderungen für das Individuum dar, sondern insbesondere auch für das Suchthilfesystem (BAG, 2015, S. 43). Eine Suchterkrankung ist selten ein alleinstehendes Problem, sondern ist verknüpft mit anderen sozialen Problemen in der Lebenswelt der betroffenen Person (Lützenkirchen et al., 2010, S. 125-126). Antworten auf Doppeldiagnosen und intensiver werdenden Pflegebedarf müssen gefunden werden (BAG, 2015, S. 43). Ausserdem bedarf die Opioidabhängigkeit einer langfristigen und interdisziplinären Betreuung und Behandlung (BAG, 2013, S. 4). Folgend werden vier zentrale Aufgaben für die Soziale Arbeit in Bezug zu der sozialpädagogischen Betreuung von älteren Menschen in einer SGB ausgeführt.

#### **Interdisziplinarität fördern**

Dürsteler-MacFarland und Vogel (2016, S. 30) folgern, dass für die Betreuung älterer Menschen in einer SGB ein Bündel aus medizinisch-therapeutischen, psychosozialen und rehabilitativen Angeboten unumgänglich sei. Durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit könne das Wohlbefinden betroffener Menschen gesteigert und das Betreuungsnetz entlastet werden. Mittels betreuten Alters- und Pflege-Wohnformen soll eine SGB auch im Alter ermöglicht werden können. Was es dafür braucht, ist ein koordiniertes Versorgungsnetzwerk (BAG, 2013, S. 19). Für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit heisst das, dass sie eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen fordern und fördern sollten. Mithilfe von Weiterbildungen können sie sich entsprechendes Grundwissen für die Betreuung älterer Menschen in einer SGB aneignen, so beispielsweise Fachwissen aus der Palliativmedizin für die Sterbebegleitung (Dürsteler-MacFarland & Vogel, 2016, S. 30).

#### **Beziehungsgestaltung pflegen**

In der sozialpädagogischen Betreuung suchterkrankter Menschen spielt die Beziehungsgestaltung zwischen der Fachperson und der zu betreuenden Person eine zentrale Rolle. Dies ist bis heute unumstritten (Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S. 122-123). Auch im Umgang mit älteren Menschen in einer SGB ändert sich der Anspruch an einer empathischen, vertrauensvollen und wertschätzenden Beziehungsgestaltung nicht. Trotzdem sind Fachpersonen der Sozialen Arbeit aufgefordert, sich ihrer eigenen Rolle innerhalb der professionellen Beziehung bewusst zu werden. Zum Beispiel kann ein grosser Altersunterschied zu störenden und beeinträchtigten Erwartungen führen. Um einer Überforderung der Fachpersonen entgegenzuwirken, wird es als nützlich angesehen, innerhalb Super- und Intervisionen Überforderungen zu thematisieren. Spezifische Themen älterer Menschen wie Verluste, Einsamkeit, verpasste Lebenschancen



und Angst vor dem Sterben sollten dabei angesprochen und reflektiert werden (Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S. 123).

### **Ressourcen nutzen und stärken**

Die Bedürfnisse und Probleme von älteren Menschen in einer SGB sind individuell und können von Person zu Person unterschiedlich sein. Deshalb empfehlen Dürsteler-MacFarland et al. (2011, S. 117-118) eine ausführliche und sorgfältige Anamnese. So können Schwierigkeiten der betroffenen Personen und deren Umfeld erkannt und vorhandene Ressourcen genutzt werden. Eine langjährige sozialpädagogische Betreuung kann die Basis für die Wahrnehmung kleiner Veränderungen in den Lebensumständen und der Gesundheit des Individuums schaffen. Das BAG (2013, S. 19) weist darauf hin, dass durch die Stärkung sozialer und medizinischer Ressourcen den betroffenen Menschen ermöglicht werden soll, dass sie in ihrem gewohnten Wohnumfeld bleiben können.

### **Haltungen klären**

Um der Stigmatisierung der betroffenen Menschen entgegenzuwirken, ist es wichtig, dass Fachpersonen ihnen mit einer empathischen, nicht verurteilenden Haltung und Behandlungsweise gegenüber treten (Stohler, 2014, S. 185). Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind aufgefordert, in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Fachpersonen, welche noch keine oder wenig Berührungspunkte mit Menschen mit einer Suchterkrankung hatten, Berührungängste und Abwehr zu mindern und eine coachende Rolle einzunehmen (Fachverband Sucht, 2017a, S. 4-5). Die Klärung der Handlungsfrage aller beteiligten Disziplinen gegenüber älteren Menschen in einer SGB wird vom Fachverband Sucht (2017a, S. 4) als wichtige Voraussetzung angesehen, dass eine pragmatische Lösungsfindung auf den Versorgungsbedarf dieser Menschen glücken kann.

### **Emotionale Unterstützung bieten**

Dürsteler-MacFarland et al. (2011, S. 114) geben aus klinischer Erfahrung an, dass die Integration älterer substituierter Menschen in unterschiedlichen und bereits bestehenden Settings möglich ist. Sie betonen dabei die Wichtigkeit der emotionalen Unterstützung von Seiten des Helfersystems. Wenn ein Wohnsituationswechsel vorzunehmen ist, beispielsweise von einem sozialpädagogischen Wohnheim in ein Alters- und Pflegeheim, ist die emotionale Unterstützung eine wichtige Voraussetzung, dass der Rollenwechsel vom Senior zum Neuling gelingen kann. Es ist zu betonen, dass die Zusammenarbeit mit älteren Menschen in einer SGB auch Freude bringen kann und nicht nur negativ belastend für alle Akteure sein kann (Dürsteler-MacFarland et al., 2011, S. 114).

## 6.4 Fazit

Aus dem vorliegenden Kapitel kann gefolgert werden, dass bei Menschen in einer SGB altersspezifische Bedürfnisse, welche bei nicht suchterkrankten Menschen erst mit 70 Jahren auftreten, bereits ab dem fünfzigsten Lebensjahr auftreten können. Aus den aufgeführten Studien von Vogt und Fuhrmann sind keine repräsentativen Erkenntnisse über die Bedürfnisse älterer Menschen in einer SGB abzuleiten. Es wurden nur eine kleine Anzahl Menschen befragt und beide Umfragen zielten auf Wünsche ab, was auch berechtigt ist, da Bedürfnisse nicht erfragbar sind. Trotzdem konnte festgestellt werden, dass neben medizinischen Problemen eine Vielzahl von sozialen Problemen vorhanden sind. Ein zentrales unbefriedigtes Bedürfnis scheint die sozial(kulturell)e Zugehörigkeit durch Teilnahme zu sein. Wenn im zunehmenden Alter die Eltern versterben oder kein Kontakt zur Herkunftsfamilie besteht, kann das Zugehörigkeitsbedürfnis nicht durch die Mitgliedschaft in der Familie befriedigt werden. Zudem wurde erfasst, dass Betroffene Ausgrenzung in der Gesellschaft wie auch in Gruppen von anderen substituierten Menschen erfahren, was darauf hinweisen kann, dass die Befriedigung auch nicht durch die Gruppe oder die Gesellschaft gewährleistet ist. Ausserdem kann die Beziehungsgestaltung in der sozialpädagogischen Betreuung durch eine zusätzliche psychische Erkrankung erschwert werden.

Die aus der Fachliteratur zusammengetragenen Aufgaben für die Soziale Arbeit können dazu beitragen, dass die sozialpädagogische Betreuung ältere Menschen in einer SGB durch Ressourcenorientierung bei ihrer Bedürfnisbefriedigung unterstützen und begleiten kann.

## **7 Schlussfolgerung**

Im Schlussteil dieser Arbeit wird eine Zusammenfassung mit Schwerpunkt auf befriedigte und unbefriedigte Bedürfnisse älterer Menschen in einer SGB dargestellt und reflektiert. Nachfolgend werden die Fragestellungen erörtert. Den Abschluss bilden weiterführende Visionen für die Praxis.

### **7.1 Zusammenfassung der Diskussion**

Das Thema Sucht im Alter ist von grosser gesellschaftlicher und suchtpolitischer Relevanz, da unter anderem durch den demografischen Wandel von einer steigenden Tendenz auszugehen ist. Schon allein dadurch, ergibt sich die Notwendigkeit einer speziell auf die Belange dieser Altersgruppe angepassten Versorgung. In diesem Kapitel werden die ausgearbeiteten Bedürfnisse älterer opioidabhängiger Menschen und die vorhandenen Ressourcen zur Befriedigung miteinander verknüpft.

Die SGB ermöglicht eine Befriedigung und Organisation von Grundbedürfnissen opioidabhängiger Menschen. Dabei handelt es sich um Bedürfnisse, die als Folge des Konsums unbefriedigt bleiben und zu Problemen führen. Im Alter kommen neue Lebensinhalte und Aufgaben auf den Menschen zu. Die Lebensphase ist geprägt von der Auseinandersetzung mit Veränderungen vom Individuum und seiner Umwelt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass einige Bedürfnisse nicht mehr so befriedigt werden können wie bis anhin. Sozialpädagogische Betreuung scheint mit Ressourcen-Orientierung, humanistischer Grundhaltung und der Arbeit nahe am Menschen viele Bedürfnisse zu decken. Trotzdem sind soziale Folgeprobleme, welche aus anderen Problemarten entstehen, nicht zu unterschätzen. Wenn die körperliche Leistungsfähigkeit abnimmt, die grosse Treppe im Wohnheim ein nicht zu bewältigendes Hindernis darstellt oder die Konzentrationsfähigkeit der bisherigen Tagesstruktur nicht mehr gerecht wird, können soziale Folgeprobleme entstehen. Es kann zur Folge haben, dass die Person ihr Zimmer nicht mehr verlässt, sich sozial isoliert oder keiner Tagesaktivität mehr nachgehen will. Das sind Probleme des Handelns und sind vom betroffenen Mensch mit Unterstützung der sozialpädagogischen Fachperson mit neuen Strategien oder Ressourcen zu lösen. Eine mögliche Ressource wären spezialisierte Konzepte oder Wohnangebote, welche in der Schweiz aber nur sehr spärlich vorhanden sind. Diese Erzeugung von Ressourcen oder neuen Einrichtungen stellen sekundäre Probleme dar und können durch ihre Elastizität auf längere Zeit unbefriedigt bleiben.

Seit diesem Jahr wird die nationale Strategie Sucht 2017-2024 ausgeführt. In dieser wird die Versorgung älterer Menschen mit einer Suchterkrankung erkannt und Massnahmen geplant. Auf das spärliche Vorhandensein von Konzepten und Wohnangeboten setzt die

Strategie mit der Massnahme „Weiterentwicklung von Konzepten“ an. Auch die Fachpersonen sollen in altersspezifischen Themen weitergebildet und innovative Projekte unterstützt werden. Die Betreuung von älteren Menschen in einer SGB erweist sich als ein Querschnittsthema zwischen Altenpflege und Suchthilfe. In der bearbeiteten Fachliteratur findet sich ein Konsens, dass die Kooperation zwischen Altenhilfe und Suchthilfe gestärkt werden muss. Nur durch Know-how-Transfer zwischen den involvierten Professionen sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit kann man den heterogenen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden. Die Strategie Sucht 2017-2024 weist auf die Zusammenarbeit mit der Palliative Care hin. Mit dieser soll gewährleistet werden, dass ältere Menschen in einer SGB ein möglichst hohes Mass an Lebensqualität, Autonomie und Würde bis zum Tode ermöglicht wird.

Das Thema der vorliegenden Arbeit erwies sich im Prozess der Literaturbearbeitung als hoch komplex. Die Themenfelder Altern, Opioidabhängigkeit, SGB, Suchtpolitik Schweiz und institutionelle Rahmenbedingungen sind auszuzeichnen durch ihre Individualität und Vielschichtigkeit. Es gibt nicht die eine Opioidabhängigkeit, genau so wenig wie das Altern von allen Menschen als gleich empfunden wird oder zu verallgemeinern wäre. Die vorhandenen Betreuungskonzepte sind so unterschiedlich, dass sich nur wenig Gemeinsamkeiten ziehen lassen. Es fiel mir schwer, die Themen so einzugrenzen und zu durchforschen, dass die nötigen Informationen dabei herauspringen. Ich gehe davon aus, dass es den Beteiligten in der Versorgungsdebatte rund um ältere Menschen mit einer Suchterkrankung ähnlich gehen wird. Ich stellte fest, dass wenig Informationen bezüglich Opioidabhängigkeit im Alter vorhanden sind und es nur wenig Forschungsergebnisse gibt. Auch die Autoren der bearbeiteten Fachliteratur verweisen auf den Bedarf an Daten. Viele Forschungen und Fachbeiträge stammen aus dem englischsprachigen Raum. Ausserdem ist es schwierig, Bedürfnisse älterer Menschen in einer SGB von Befragungen betreffend Wünschen aus Deutschland abzuleiten, da durch die kulturellen Codes sich nicht direkt auf Bedürfnisse von in der Schweiz lebenden Menschen schliessen lässt. Aktuelle Massnahmen und Hinweise zur Versorgung findet man durch Internetrecherche auf den Wissensplattformen von Sucht Schweiz, Fachverband Sucht, Infodrog oder ZüFAM, wobei dort bisweilen der Fokus mehr auf Alkohol- und Medikamentenkonsum im Alter liegt. Das BAG erwies sich als wichtiges Informationsportal. Die neue Strategie Sucht 2017-2024 deckt viele Themenfelder ab und bietet viele Anhaltspunkte für die Versorgung. In der Bearbeitung der vorliegenden Arbeit wurde klar, dass die Strategie in der Theorie ihrem Ziel und einer Vielzahl von den oben aufgeführten Bedürfnissen gerecht wird. Durch ihre konsequente Durchsetzung durch Politik, Institutionen und Fachpersonen könnte die Theorie in die Praxis transferiert werden.

Ich persönlich ziehe für mich das Fazit, dass ältere Menschen in einer SGB insbesondere Stabilität brauchen. Die meisten sozialpädagogischen Einrichtungen sind jedoch sehr auf Jüngere ausgerichtet und können diesem Anspruch nicht gerecht werden. Wenn die Menschen ihr gewohntes Daheim mit den gewonnenen Bezugspersonen verlassen und in ein neues Setting wie einem Alters- und Pflegeheim eintreten müssen, sorgt dies für viel Veränderung, Verluste und weiteren Auseinandersetzungen mit der Umgebung. Wenn die Strategie Sucht 2017-2024 konsequent umgesetzt werden soll, sind gezielte Massnahmen mit adäquaten Pflegeeinrichtungen, Betreuungsprogrammen und Schulungen für Fachpersonen notwendig. Deshalb wäre es wünschenswert, dass bestehende Wohnheime rahmenbedingte Unterstützung erhalten, damit sie ihre Konzepte, ihr Betreuungsteam sowie die Infrastrukturen ausbauen können. Es wurde angedeutet, dass eine Wohnform nur für ältere Menschen in einer SGB die Stigmatisierung dieser Menschen verstärken würde. Dieser Einwand hat durchaus seine Berechtigung. Trotzdem ist zu bedenken, dass opioidabhängige Menschen früher in ein Alters- und Pflegeheim eintreten würden als nicht abhängige Menschen. Ich gehe davon aus, dass wenn ein 50-jähriger, substituierter Mensch unter 80-jährigen Menschen ohne jegliche Drogenvergangenheit in einem Wohnheim lebt, eine soziale Integration erschwert sein kann. Ausserdem ist zu beachten, dass die betroffenen Menschen schon vorher in von der Gesellschaft separierten Wohnformen gelebt haben. Um den Bedürfnissen, die neben den Altersspezifischen vorhanden sind, wirklich gerecht zu werden, scheint dies unumgänglich.

## 7.2 Beantwortung der Fragestellungen

Welche Herausforderungen ergeben sich in der sozialpädagogischen Betreuung von älteren Menschen in einer SGB? Bevor diese Hauptfrage beantwortet werden kann, werden folgend die Beantwortungen der drei Unterfragen zusammengetragen:

1. Was bedeutet Opioidabhängigkeit und welche sozialen Folgen kann sie für Betroffene haben?
2. Welche Bedürfnisse haben ältere substituierte Menschen und mit welchen Problemlagen sind sie konfrontiert?
3. Wie unterstützt die Soziale Arbeit Betroffene, um diese Bedürfnisse zu befriedigen?
  - Welche Angebote existieren bereits in der Schweiz?
  - Welche Massnahmen sind geplant?
  - Wie sieht eine bestmögliche Versorgung aus Sicht der Betroffenen aus?

Eine Opioidabhängigkeit ist ein komplexes bio-psycho-soziales Krankheitsbild. Sie äussert sich durch das Verlangen und den Konsum der psychoaktiven Substanz Opioid. Der Konsum wird weitergeführt, obwohl dessen Folgen für die Person und ihr Umfeld bereits eingetreten sind. Folgen der Abhängigkeit für das Individuum können Problemlagen im biologischen, psychologischen und sozialen Bereich sein. Die sozialen Folgeprobleme der Sucht sind beispielsweise Arbeitslosigkeit, instabile Wohnsituation oder Fürsorgeabhängigkeit. Durch die SGB, welche eine medizinische, soziale und psychologische Betreuung einschliesst, können diese Folgen und Risiken vermindert und Grundbedürfnisse neu organisiert werden. Ziel der sozialpädagogischen Betreuung innerhalb der SGB ist es, die Menschen in der Lösung ihrer sozialen Probleme zu begleiten, zu unterstützen und zu beraten.

Bei Menschen mit einer Opioidabhängigkeit kann wegen meist jahrelangem Konsum davon ausgegangen werden, dass sie schneller altern. Die vorhandenen Problemlagen können durch das Alter verstärkt werden. Insbesondere die soziale Isolation, durch verlorene Bezugspersonen oder Stigmatisierungen, prägen das Leben älterer substituierter Menschen. Ein Augenmerk ist ebenfalls auf die zusätzlichen psychischen Erkrankungen zu legen. Rund 80 Prozent aller opioidabhängigen Menschen haben eine weitere psychische Erkrankung. Sie beeinflussen das Wohlbefinden der betroffenen Person und erschweren die Beziehungsgestaltung zu sozialpädagogischen Fachpersonen. Wenn Menschen in der SGB älter werden, kann davon ausgegangen werden, dass sie durch das steigende Alter neue Entwicklungsschritte und -Aufgaben zu bewältigen haben.

Während der Entwicklung der persönlichen Integrität sowie der Auseinandersetzung mit seinem Leben, den körperlichen und rollenspezifischen Veränderungen kann der alternde Menschen den Wunsch haben, eine dafür geeignete Umgebung zu haben. Eine geeignete Umgebung gibt Platz und Unterstützung in den genannten Auseinandersetzungen. Wenn also älteren Menschen in einer SGB bewusst wird, dass sie ihr Leben nicht mehr neu beginnen können und die Zeit zu knapp ist, um einen anderen Weg zu ihrer Integrität einzuschlagen, sollte ihnen eine ressourcenorientierte Betreuung zur Verfügung stehen. Wie die Auseinandersetzung mit der bps TMB gezeigt hat, können Ressourcen zu der Befriedigung sozialer Probleme beitragen. Durch das Ausarbeiten neuer oder bereits vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen, soll eine Stabilität im Leben dieser Menschen ermöglicht werden. Aus den dargestellten Umfragen aus Kapitel 6.2, geht hervor, dass Menschen mit einer Suchterkrankung sich bewusst sind, dass sie im Alter auf professionelle Betreuungsangebote angewiesen sein werden. Trotzdem kann gesagt werden, dass sie ihre Autonomie beschützen und so lange wie möglich so selbstständig wie möglich leben möchten. Ausserdem zeichnet sich ein Trend des Abstinenzwunsches im Alter ab. Über die Erwartungen der Betroffenen betreffend ihrer Versorgung kann keine klare Aussage gemacht werden, da kaum Ergebnisse dazu vorliegen. Es kann aber gesagt werden, dass geregelte Tagesstrukturen und Freizeitangebote erwünscht sind, besonders bei Menschen ohne soziales Beziehungsnetz. Wie in 6.1 erfasst, scheint dies auf die meisten älteren Menschen in einer SGB zuzutreffen.

Die Soziale Arbeit kann dazu beitragen, soziale Probleme zu minimieren. Die Sozialpädagogik verfügt bereits über bewährte Methoden. Diese können auch für die Betreuung älterer Menschen in einer SGB erfolgsversprechend sein. Durch meine Recherche konnten nur zwei Schweizer Institutionen ausfindig gemacht werden, welche speziell für ältere Menschen mit einer Suchterkrankung ausgerichtet sind. Andere involvieren sie in ihre Zielgruppe, äussern aber kein Bedarf nach einem speziellen Konzept. Es wurde angegeben, dass bei einer Pflegebedürftigkeit die Betreuung entweder durch Spitex-Leistungen ergänzt oder ganz beendet wird und eine Verlegung in ein Alters- und Pflegeheim stattfindet. Dies erstaunt nicht, denn die nötigen theoretischen Informationen und Rahmenbedingungen sind noch nicht vollumfänglich. Trotzdem ist es in der Fachwelt ein Thema. Das beweisen die Strategie Sucht 2017-2024, die Empfehlung zur Versorgung älterer süchtiger Menschen vom Fachverband Sucht und diverse weitere Internetplattformen zum Thema Sucht im Alter. In vielen aktuellen Literaturen zum Thema Sucht wird der Sucht im Alter ein kleines Kapitel gewidmet. Diese Kapitel beinhalten meist einen Verweis, dass die Versorgung problematisch ist und ein Forschungsmangel besteht, welcher zu decken ist. Ich gehe deshalb davon aus, dass in den kommenden Jahren

weitere Daten bezüglich älteren Menschen mit einer Suchterkrankung veröffentlicht werden, weitere Projekte lanciert und es dadurch auch Anpassungen in den sozialpädagogischen Institutionen geben wird.

Aus den aufgeführten Beantwortungen der Unterfragen kann nun die Hauptfrage dieser Arbeit beantwortet werden:

**Welche Herausforderungen ergeben sich in der sozialpädagogischen Betreuung von älteren Menschen in einer SGB?**

Im Kern geht es darum, die Selbständigkeit der älteren Menschen in einer SGB möglichst lange zu erhalten unter Lebensbedingungen, die trotz sozialer Isolierung und Mehrfacherkrankungen ertragbar sind und das Leben lebenswert machen. Für die sozialpädagogische Betreuung besteht die Herausforderung insbesondere darin, Antworten auf Mehrfacherkrankungen, intensiven Pflegebedarf und altersspezifischen Bedürfnissen zu finden und Ressourcen zu schaffen. Es hat sich gezeigt, dass in der Theorie diese Antworten mehrheitlich zu finden sind. In der Praxis sind unterschiedliche Vorgehensweisen zu finden. Die sozialpädagogische Betreuung steht nun in der Verantwortung, sich weiterzuentwickeln, neue Projekte zu schaffen und diese auch bekannt zu machen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Weiterbildungen für die Fachpersonen und eine Angebots- sowie Konzeptanpassung bieten eine Chance, neue Ressourcen in der Betreuung zu gewinnen und dadurch den Bedürfnissen älterer Menschen in einer SGB gerecht zu werden.

Meine Hypothese, dass das Älterwerden von Menschen in einer SGB neue Herausforderungen für die sozialpädagogischen Einrichtungen stellt, kann somit bestätigt werden. Interdisziplinär ergänzende Betreuungsangebote müssen geschaffen werden, um den Bedürfnissen älterer substituierter Menschen auf lange Zeit gerecht zu werden.



### 7.3 Weiterführende Fragen im Ausblick

Es bleibt offen, in welche Richtung sich die Versorgung älterer Menschen in einer SGB entwickeln wird. In der Fachliteratur und Praxis zeichnet sich der Trend ab, dass ältere Menschen in einer SGB in Alters- und Pflegeheime untergebracht werden. Für mich stellt sich dabei die Frage: Wäre es nicht angemessener, Institutionen der Suchthilfe so auszubauen, dass auch ältere Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf Zugang haben oder in der Wohneinrichtungen bleiben können, sodass sie auch ihre sozialen Kontakte und ihr gewohntes Wohnumfeld aufrechterhalten können? In der Suchthilfe sind bereits Personen tätig, die Erfahrung in der Arbeit mit Suchterkrankungen haben, sich bewusst für diese Arbeit entschieden haben und keine Berührungsängste ihnen gegenüber aufweisen. Ich frage mich, ob das Ausweiten der Alters- und Pflegeheime wirklich notwendig ist, oder ob sozialpädagogische Institutionen medizinisch und pflegerisch aufgerüstet werden könnten. Am Beispiel von Wohngruppen für Menschen mit einer geistigen und körperlichen Beeinträchtigung kann gesehen werden, dass ein Team aus sozialpädagogischen sowie pflegerischen Fachpersonen die Balance zwischen Pflege und sozialpädagogischer Betreuung finden kann und dass das Eine das Andere nicht ausschließt. In der vorliegenden Arbeit wurde die Finanzierung der Angebote nicht bearbeitet. Für den weiteren Verlauf der Thematik wäre es aber sicher angebracht, zu klären, unter welcher Zuständigkeit die Finanzierung läuft. Wenn sozialpädagogische Institutionen ausgebaut werden, müssen Kostenträger einverstanden sein. Wenn ältere Menschen in einer SGB in ein Alters- und Pflegeheim eintreten, muss geklärt werden, wer die Weiterbildungen des Pflegepersonals sowie den Wohnplatz finanziert. In der Strategie Sucht 2017-2024 wird die Finanzierung angesprochen und Massnahmen dazu gestellt. Es wäre spannend zu erfahren, inwiefern sich diese mit der Weiterentwicklung der Angebote verändert.

Ebenfalls zu klären ist der Umgang mit der heroingestützten Substitution im Alter. Heroinabgabestellen sind meist ambulante Angebote. Wenn ein älterer Mensch nicht mehr in der Lage ist, diese Mobilität zu gewährleisten, entstehen folglich grundlegende Probleme, die eine schnelle Lösung brauchen.

Die vorliegende Arbeit kann Fachpersonen der Sozialen Arbeit Anhaltspunkte für die Betreuung älterer Menschen in einer SGB bieten, indem sie aufzeigt, welche für das Wohlbefinden notwendigen, neuen Bedürfnisse im Alter zu befriedigen sind. Ich sehe die Schwäche der Arbeit darin, dass sie keine klaren Empfehlungen ausspricht, die direkt die sozialpädagogische Betreuung betreffen. Dies hat unter anderem mit der Datenlage zu tun. Es werden zurzeit Massnahmen insbesondere auf politischer Ebene und Projekte auf Verbandsebenen geplant. Wie die sozialpädagogische Betreuung dabei involviert

ist, ist mir nicht bekannt. Es ist mir aufgefallen, dass im Umgang mit opioidabhängigen Menschen meist von den Disziplinen Gerontologie, Psychologie oder Medizin gesprochen wird. Wenn die Soziale Arbeit ihre Aufgabe in der Betreuung von älteren Menschen in einer SGB sieht, ist ein Bedarf an Daten, Empfehlungen und Erfahrungen zu decken. Spannend wäre diesbezüglich zu sehen, wie sich die Methoden der sozialpädagogischen Betreuung auf ältere Menschen in einer SGB übertragen lassen und wo sie an Grenzen stösst.

## Literaturverzeichnis

- Alter und Sucht. (2017). *Weitere Süchte*. Verfügbar unter: <https://www.alterund-sucht.ch/de/fachpersonen/andere-substanzen>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.
- Bachmann, A. & Baumberger, P. (2017). Abhängige Menschen – auch im Alter gut versorgt?. *SuchtMagazin*, 43 (5), 44-49.
- Baltes, P. B., Mittelstrass, J. & Staudinger, U. M. (1994). *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter.
- Baumberger, P. (2017). Sucht im Alter. *Fachverband Sucht*. Verfügbar unter: <https://fachverbandsucht.ch/de/fachwissen/themen/sucht-im-alter>
- Beck, T., Bruggmann, P., Hensel-Koch, K. & Mäder, R. (2017, August 17). Substitutionsgestützte Behandlung (SGB) bei Opioidabhängigkeit. *Praxis Suchtmedizin*. Verfügbar unter: <https://praxis-suchtmedizin.ch/fosumos/index.php/de/heroin>
- Bojack, B., Brecht, E. & Derr, C. (2010). Alter und Sucht. In J. W. Kramer, K. W. Nitsch, G. Prause, A. von Schubert, A. Weigand & J. Winkler (Hrsg.), *Alter, Sucht und Case Management. Case Management als sinnvolles Unterstützungskonzept bei Suchtproblematik im Alter* (1. Aufl., S. 13-83). Bremen: Europäischer Hochschulverlag.
- Buchkremer, H. (2009). *Handbuch Sozialpädagogik. Ein Leitfaden in der sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2012). *Übertragbare Krankheiten und Abhängigkeiten im Gefängnis. Vademekum*. [PDF], Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/krankheit-abhaengigkeit-gefaengnis.html>
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2013). *Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Revision Juli 2013*. [PDF], Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: [https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/BAG\\_Brosch\\_SGB\\_Empfehlungen\\_220713.pdf](https://www.fosumos.ch/fosumos/images/stories/pdf/BAG_Brosch_SGB_Empfehlungen_220713.pdf)
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015*. [PDF], Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017-2024*. [PDF], Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2017a). *Substitutionsgestützte Behandlung bei Opioidabhängigkeit*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/sucht/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html>
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2017b). *Übersichtsdokument. Nationale Strategie und Massnahmenplan Sucht 2017-2024*. [PDF], Bern: Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (Hrsg.). (2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. [PDF], Bern: BAG und GDK. Verfügbar unter: [https://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/H\\_%20Downloads/Nationale\\_Leitlinien\\_PC\\_de.pdf](https://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Nationale_Leitlinien_PC_de.pdf)
- Bundesamt für Statistik. (2015a). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045. Die Bevölkerung altert in den nächsten 30 Jahren deutlich*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukunftige-entwicklung.assetdetail.39909.html>
- Bundesamt für Statistik. (2015b). *Bestand und Entwicklung der Bevölkerung der Schweiz: Definitive Ergebnisse 2015*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.gnpdetail.2016-0630.html>
- Conzen, P. (2010). *Erik H. Erikson. Grundpositionen seines Werkes* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dennler, J. (2007). 30 Jahre Forelhaus Zürich – Standortbestimmung und Blick in die Zukunft. *Abhängigkeiten*, 13 (2), 13-19.
- Diakonische Stadtarbeit Elim. (2017). *Diakonische Stadtarbeit Elim. Elim Care. Zusatzkonzept Haus Elim für Menschen mit Pflegebedarf* (4.Vers.). [PDF], Basel: Diakonische Stadtarbeit Elim. Verfügbar unter: <http://www.stadtarbeitelim.ch/index.php/verein/konzepte/file/45-konzeptelimcare>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dobler, S., Abderhalden, I. & Eckmann, F. (2013). Substanzgebundene und –ungebundene Sucht. In A. M. Riedi, M. Zwilling, M. Meier Kressig, P. Benz Bartoletta & D. Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (1. Aufl., S. 159-168). Bern: Haupt.
- Dürsteler-MacFarland, K. M., Herdener, M., Strasser, J. & Vogel, M. (2011). Medizinische und psychosoziale Problemlagen älterer substituierter Patienten. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 93-136). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Dürsteler-MacFarland, K. M. & Vogel, M. (2016). Opioidsubstitution im Alter: ein Update. *SuchtMagazin*, 42 (5), 28-31.
- Eidgenössisches Departement des Inneren. (2017). *Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. [PDF], Bern: Eidgenössisches Departement des Inneren. Verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/201708030000/832.112.31.pdf>
- Erikson, E. H. (2015). *Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze* (K. Hügel, Übers.). Baden-Baden: Suhrkamp. (Original erschienen 1959: Identity and the Life Cycle)
- Fachverband Sucht. (2017a). *Empfehlung zur Optimierung der Versorgung alternder abhängiger Frauen und Männer in der Deutschschweiz*. [PDF], Zürich: Fachverband Sucht. Verfügbar unter: [https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107\\_Empfehlungen\\_Fachverband\\_Sucht\\_Versorgung\\_alternder\\_abhangiger\\_Frauen\\_und\\_Manner\\_def.pdf](https://fachverbandsucht.ch/download/486/171107_Empfehlungen_Fachverband_Sucht_Versorgung_alternder_abhangiger_Frauen_und_Manner_def.pdf)

- Fachverband Sucht. (2017b). «*Optimierung der Langzeitversorgung alternder alkohol- und drogenabhängiger Frauen und Männer in der Schweiz*». Eine Auslegeordnung zum Problemverständnis von zwei interdisziplinär zusammengesetzten Fokusgruppen. [PDF], Zürich: Fachverband Sucht. Verfügbar unter: [https://fachverbandsucht.ch/download/456/Auslegeordnung\\_Problemverstandnis\\_vier\\_Ebenen.pdf](https://fachverbandsucht.ch/download/456/Auslegeordnung_Problemverstandnis_vier_Ebenen.pdf)
- Flammer, A. (2009). *Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung* (4. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Förster, M. & Thomas, C. (2009). Aspekte der Substanzabhängigkeit im Alter aus geriatrisch-gerontopsychiatrischer Sicht. *Suchttherapie*, 10 (1), 12-16.
- Freund, A. M. (2004). Entwicklungsaufgaben. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (1. Aufl., S. 304-313). Bern: Hans Huber.
- Fuhrmann, K. (2011). Ältere Drogenabhängige: Neue Herausforderungen, neue Antworten. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 263-282). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Giesecke, H. (2013). *Pädagogik als Beruf* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hälg, R. & Dürsteler-MacFarland, K. M. (2013). Substitution im Alter. *SuchtMagazin*, 39 (1), 30-34.
- Haus Harmonie. (o.D.). *Haus Harmonie. Langzeitheim für langjährige Drogenabhängige in Langenbruck. Konzept*. [PDF], Langenbruck: Haus Harmonie. Verfügbar unter: [http://www.hausharmonie.ch/content/uploads/1.5.1\\_konzept\\_harmonie.pdf](http://www.hausharmonie.ch/content/uploads/1.5.1_konzept_harmonie.pdf)
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education* (3. Aufl.). New York: McKay.
- Health Canada. (2002). Best Practices – Treatment and Rehabilitation for Seniors with Substance Use Problems. [PDF], Ottawa: Health Canada. Verfügbar unter: [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/treat\\_senior-trait\\_ainee/treat\\_senior-trait\\_ainee-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/treat_senior-trait_ainee/treat_senior-trait_ainee-eng.pdf)
- Infodrog. (2017a). *Suchtindex.ch. Infodrog. Datenbank. Suchthilfe Schweiz*. Verfügbar unter: <https://suchtindex.infodrog.ch/?referral=infodrog>
- Infodrog. (2017b). *CONTACT Wohnen, Schönbühl*. Verfügbar unter: <https://suchtindex.infodrog.ch/de/Search/Details/BE664?ActiveTab=0>
- Junkers, G. (1995). *Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns*. Stuttgart: Schattauer.
- Killias, M., Ribeaud, D. & Aebi, M. (2000). Drogenabhängige als Opfer von Straftaten: Was bewirkt die Verschreibung von Heroin?. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (1. Aufl., S. 187-192). München: Urban & Fischer.
- Kutschke, A. (2012). *Sucht – Alter – Pflege. Praxishandbuch für die Pflege suchtkrankter alter Menschen*. Bern: Hans Huber.
- Leodolter, H. (2017). Alternd, abhängig und trotzdem gut versorgt – Modelle für die Versorgung älterer Frauen und Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung. *Fachverband Sucht*. Verfügbar unter: <https://fachverbandsucht.ch/de/events/5>
- Lützenkirchen, A., Böss, A., Hochberger, S., Moll, G. & Wittig, A. (2010). *Sucht im Alter. Soziale Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ab 60 Jahren*. Lage: Jacobs Verlag.
- Martin, M. (2007). Spätes Erwachsenenalter. In M. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.), *Handbuch der Entwicklungspsychologie* (S. 208–218). Göttingen: Hogrefe.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2014). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie* (4. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Obrecht, W. (2005a). *Umriss einer biopsychosozioökulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse. Geschichte, Probleme, Struktur, Funktion*. Skript zur gleichnamigen Lehrveranstaltung des interdisziplinären Universitätslehrgangs für Sozialwissenschaft, Management und Organisation und Organisation Sozialer Dienste (ISMOS) der Wirtschaftsuniversität Wien. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Obrecht, W. (2005b). *Umriss einer biopsychosozioökulturellen Theorie sozialer Probleme. Ein Beispiel einer transdisziplinär integrativen Theorie*. Überarbeitete Textversion eines Referats, gehalten der Fachtagung „Themen der Sozialarbeitswissenschaft und ihre transdisziplinäre Verknüpfung“ am 5. März 2002 an der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Rosenmayr, L. (2004). Zur Philosophie des Alterns. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (1. Aufl., S. 13-28). Bern: Hans Huber.
- Schmid, O. & Müller, T. (2015). *Empfehlungen zum Beratungssetting in Substitutionsbehandlungen*. München: Herbert Utz.
- Stohler, R. (2014). Opiatabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In M. Walter & E. Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (1. Aufl., S. 182-189). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sucht Schweiz. (2013). *Heroin. Heilmittel, Todesdroge und verschreibungspflichtiges Medikament*. [PDF], Lausanne: Sucht Schweiz. Verfügbar unter: <http://shop.addictionsuisse.ch/download/688738ca2410e5158bc9cca2053bd1b241b520ba.pdf>
- Täschner, K.-L., Bloching, B., Bühringer, G. & Wiesbeck, G. (2010). *Therapie der Drogenabhängigkeit* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Uchtenhagen, A. (1997). Sucht im Alter. In A. Wettstein, M. Conzelmann & H. W. Heiss (Hrsg.), *Checkliste Geriatrie* (2. Aufl., S. 171-176). Stuttgart: Thieme.
- Vogt, I. (2009). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. *Suchttherapie*, 10 (1), 17-24.
- Vogt, I. (2011a). Lebenslaufperspektive auf den Konsum von psychoaktiven Substanzen mit dem Schwerpunkt mittleres und höheres Lebensalter. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 27-61). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Vogt, I. (2011b). Altern und Gesundheit: Eine kurze Einführung. In I. Vogt (Hrsg.), *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger* (S. 9-25). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Vogt, I., Eppler, N., Ohms, C., Stiehr, K. & Kaucher, M. (2010). *Ältere Drogenabhängige in Deutschland. Wie soll man in Zukunft ältere Drogenabhängige mit gesundheitlichen Beschwerden oder Pflegebedarf versorgen? Erarbeitung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Abschlussbericht*. [PDF], Frankfurt am Main: Institut für Suchtforschung. Verfügbar unter: [http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info\\_42/Aeltere\\_Drogenabhaengige\\_in\\_Deutschland\\_Abschlussbericht2010.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_42/Aeltere_Drogenabhaengige_in_Deutschland_Abschlussbericht2010.pdf)
- Wirtz, M. A. (2014). *Dorsch Lexikon der Psychologie* (17. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Wolfersdorf, M. & Schüler, M. (2005). *Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrische Depressionsstationen* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolter, D. K. (2011). *Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zieglgänsberger, W. & Höllt, V. (2000). Opiate und Opioide. In A. Uchtenhagen & W. Zieglgänsberger (Hrsg.), *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management* (1. Aufl., S. 87-97). München: Urban & Fischer.

## **Verzeichnis persönliche Mitteilungen**

Die in Kapitel 5.1.1 dargestellten Informationen über die Institutionen stammen aus nachfolgenden persönlichen Mitteilungen.

### **CONTACT Wohnen, Begleitetes Wohnen, Schönbühl**

O. Steiner (13.11.2017), Leiter von CONTACT begleitetes Wohnen, Kontakt per E-Mail.

### **Stiftung für Sozialtherapie, Betreutes Wohnen, Windisch**

A Linder (13.11.2017), Sozialarbeiterin in der Wohnbegleitung, Kontakt per E-Mail.

### **Ur-Dörfli, Stiftung Sozialwerke Pfarrer Sieber**

D. Horvart (17.11.2017), stellvertretender Betriebsleiter, Kontakt per E-Mail.

### **Wege Weierbühl, Stiftung Sinnovativ, Köniz**

B. Van Haarskamp (13.11.2017), Leiter der Wege Weierbühl, Kontakt per E-Mail.

# Anhang

## Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Erklärung des/der Studierenden zur Bachelorarbeit

Studierende/r:

Andreoli Sarina

Bachelorarbeit:

Das Älterwerden in einer substituionsgestützten Behandlung

Herausforderungen in der sozialpädagogischen Betreuung von älteren opioidsubstituierten Menschen

Abgabe:

18.12. 2017

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannte Bachelorarbeit selbständig verfasst habe.

Wörtliche Zitate und Paraphrasierungen sind durch die Angabe der entsprechenden Quellen gekennzeichnet.

Ort, Datum:

Zürich, 18.12.2017

-----

Unterschrift:

S. Andreoli

-----