



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Beratung älterer abhängigkeitserkrankter Menschen in der Sozialen Arbeit

Svenja Henrike Horn

Betreuende Personen:

Frau Dr. Mirjam Reiß

Herr Prof. Dr. Daniel Rottke

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	
Einleitung.....	1
1 Alter.....	3
1.1 Definition Alter.....	3
1.2 Problemlagen im Alter.....	5
1.2.1 Soziale Problemlagen.....	5
1.2.2 Körperliche Problemlagen.....	10
1.3 Der Generationenbegriff.....	13
1.3.1 Definition Generation.....	14
1.3.2 Generation Babyboomer.....	15
2 Abhängigkeit.....	16
2.1 Definition Abhängigkeit nach ICD-10.....	17
2.2 Die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen.....	18
2.3 Abhängigkeitserkrankungen im Alter.....	20
3 Beratung in der Sozialen Arbeit.....	22
3.1 Definition Soziale Arbeit.....	23
3.2 Definition Beratung.....	24
3.3 Bedeutung des Altersunterschiedes zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin.....	25
3.4 Zwangskontexte.....	27
3.5 Das Motivational Interviewing zur Motivation der Verhaltensänderung auf Basis des Transtheoretischen Modells.....	28
3.6 Beratung älterer Menschen mit Migrationshintergrund.....	29
3.7 Altersdiskriminierung.....	30
3.8 Strukturelle und zukünftige Herausforderungen in der Beratung älterer Menschen.....	34
4 Fazit und Diskussion.....	35
5 Literaturverzeichnis.....	38

Abstract

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist, dem Leser oder der Leserin ein grundsätzliches Verständnis für die Beratung älterer abhängigkeitserkrankter Menschen in der Sozialen Arbeit zu vermitteln und wie diese optimal gestaltet werden kann. Dabei wird zunächst herausgearbeitet, was Alter bedeutet und vor welche sozialen und körperlichen Problemlagen entsprechend von Bedeutung sein können. Darauf folgt eine kurze Darstellung des Begriffes Generation und eine beispielhafte Darstellung der Generation der Babyboomer. Anschließend wird thematisiert, was Abhängigkeitserkrankungen ausmacht, wie sie entstehen und welche im Alter besonders häufig auftreten, um ein besseres Bild von Klienten und Klientinnen zu erhalten. Es folgt das dritte Kapitel zum Thema Beratung, eingeleitet mit den Definitionen zur Sozialer Arbeit und Beratung. Danach wird die Bedeutung des Altersunterschiedes zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin dargelegt. Es folgen Erklärungen zu Zwangskontexten und dem Motivational Interviewing. Im Anschluss wird der besondere Fall der Beratung älterer Menschen mit Migrationshintergrund näher beleuchtet, auf Altersdiskriminierung eingegangen und strukturelle und zukünftige Herausforderungen in der Beratung älterer Menschen herausgearbeitet. Zum Schluss wird ein Fazit gezogen und einige letzte Gedanken zum Thema geäußert.

Einleitung

Bevor ich mein Studium der Sozialen Arbeit 2019 in Neubrandenburg begann, studierte ich für zwei Semester an der Universität Greifswald und lernte in dieser Zeit zum ersten Mal Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kennen. Ich kannte vorher schon mehrere Leute, die in hohen Mengen Alkohol und Nikotin sowie illegale Drogen wie Cannabis, Kokain und Amphetamine konsumierten, doch diese unterlagen meines Wissensstandes nach keiner Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich ein mit Stereotypen besetztes Bild von abhängigkeitserkrankten Menschen im Kopf, beispielsweise dass diese weniger willensstark als „normale“ Menschen und bis zu einem gewissen Grad selbst schuld an ihrer Erkrankung seien. Dieses Bild wurde durch den Kontakt etwas korrigiert, aber trotzdem blieben retrospektiv betrachtet einige falsche Annahmen weiterhin im Kopf, da es für mich nur oberflächliche Berührungspunkte waren. Doch meine Faszination für das Thema Sucht, vor allem für deren Entstehung, war geweckt und ich begann, mich mit Abhängigkeitserkrankungen betreffenden Statistiken zu beschäftigen. Darüber hinaus hatte ich schon immer ein allgemeines Interesse an bewusstseinsverändernden Substanzen und deren Wirkung auf das Gehirn und des Botenstoffhaushalt, wenngleich sich dieses Interesse bis dato hauptsächlich nur auf die Einfluss auf einzelne Künstler der Malerei und Literatur und deren Werke bezog.

2021, ich studierte seit einigen Semestern Soziale Arbeit in Neubrandenburg, begann ich mein Praxissemester in dem „Haus der Begegnung“ des Neubrandenburger Suchthilfezentrums gGmbH, um mich dadurch intensiv und praxisnah mit dem Thema Sucht auseinandersetzen zu können. Dort leitete ich die Morgenrunden der Begegnungsstätte, erstellte Sozialberichte, führte die wöchentlichen Informationsveranstaltungen zu abhängigkeitsbezogenen Themen wie beispielsweise Alkohol in Lebensmitteln oder den Umgang mit Craving durch und organisierte den Tag der Klienten und Klientinnen strukturierende Aktivitäten. Darüber hinaus nahm ich Beratungen, Therapiegesprächen und Supervisionen teil. Auch nach Beendigung meines Praxissemesters habe ich die Morgenrunden geleitet, wenn ich angefragt wurde.

Während des Praktikums, in dem ich sowohl fachlich als auch menschlich einiges zum Thema Sucht dazulernen konnte, bemerkte ich, dass ich später in der Sozialen Arbeit am liebsten mit älteren Menschen zusammenarbeiten wollte. In dieser Konstellation des Alters fühlte ich mich am wohlsten und hatte dementsprechend auch eine höhere Handlungssicherheit ausgestrahlt, als wenn ich mit jüngeren oder annähernd gleichaltrigen Klienten und Klientinnen zusammengearbeitet hatte. Da fiel es mir persönlich tendenziell schwerer, eine professionelle Distanz dauerhaft aufrecht zu erhalten. Das führe ich darauf zurück, dass sowohl ich als auch gleichaltrige Menschen sich entsprechend in ähnlichen Lebensabschnitten und -situationen

befanden und dadurch zwangsläufig mehr Gemeinsamkeiten entstanden. Das wiederum führte manchmal zu persönlicheren Gesprächen als mit älterer Klienten und Klientinnen.

Da ich nach der erfolgreichen Beendigung meines Studiums der Sozialen Arbeit gerne im Bereich der Suchtberatung arbeiten möchte, das Praxissemester hat mich darin bestärkt, fühlt es sich passend an, meine Bachelorarbeit zur Beratung älterer abhängigkeitserkrankter Menschen in der Sozialen Arbeit zu verfassen. Die Forschungsfrage lautet, wie diese Beratung optimal gestaltet werden kann. Es handelt sich dabei methodisch betrachtet um eine Literaturliteraturarbeit.

Die Fragestellung der Bachelorarbeit erachte ich insofern als relevant, als dass immer mehr Menschen in Deutschland älter werden und der demographische Wandel in absehbarer Zeit dafür sorgen wird, dass es mehr alte als jüngere Menschen geben wird (Statistisches Bundesamt 2021), sodass es auch in Zukunft einen erhöhten Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen geben wird, um diese Nachfrage an Beratungsdienstleistung zu bedienen. Zum anderen bleiben Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland sowohl ein wirtschaftliches als auch ein gesundheitliches Problem. Die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle im Jahr 2020 in Deutschland lag bei 1.581 Personen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2020).

Ich werde die Bachelorarbeit wie folgt gliedern. Beginnen werde ich mit dem ersten Kapitel zum Thema Alter, also welche Abgrenzungen gezogen werden können. Weiterhin werde ich auf soziale und körperliche Problemlagen im Alter eingehen. Es folgt die Definition zum Generationenbegriff und die Darstellung der Generation der sogenannten Babyboomer. Das zweite Kapitel behandelt die Abhängigkeit, welche zunächst nach dem ICD-10 definiert wird. Danach wird die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen thematisiert und welche Abhängigkeitserkrankungen im Alter besonders häufig auftreten. Das dritte Kapitel thematisiert die Beratung in der Sozialen Arbeit. Zuerst wird hier der Begriff der Sozialen Arbeit definiert, es folgt die Definition von Beratung. Anschließend wird auf die Bedeutung des Altersunterschiedes zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin eingegangen. Danach wird die Bedeutung von Zwangskontexten behandelt. Im Anschluss wird das Motivational Interviewing zur Motivation der Verhaltensänderung auf Basis des Transtheoretischen Modells erklärt. Weiterhin wird der Sonderfall der Beratung älterer Menschen mit Migrationshintergrund thematisiert und auf die Altersdiskriminierung eingegangen. Anschließend folgen die strukturellen und zukünftigen Herausforderungen in der Beratung Älterer in der Sozialen Arbeit. Zum Schluss wird ein Fazit gezogen.

Ich werde im Folgenden nach Möglichkeit die genderneutralen Formen verwenden. Sollte es fallspezifisch nicht möglich sein, wird von mir die Beidnennung, also sowohl die männliche als auch weibliche Form verwendet werden, um im Sprachgebrauch kein biologisches Geschlecht in den Hintergrund zu rücken und um zu vermeiden, dass Stereotype unterbewusst gefördert werden. Vom Sternchen (*) als Genderzeichen werde ich absehen. Dies

begründe ich damit, dass diese Abschlussarbeit öffentlich in der digitalen Bibliothek einsehbar sein wird und wissenschaftliche Texte meines Erachtens nach so lesbar wie nur möglich sein sollen. Über 12% der Deutschen verfügen über eine geringe Literalität (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o.D.). Auch für Menschen, deren Muttersprache nicht deutsch ist, soll der Zugang durch zusätzliche und noch nicht einheitliche geregelte Grammatikregeln nicht erschwert werden. Mir ist dabei bewusst, dass meine Handhabung Menschen sprachlich diskriminiert, die sich keinem Geschlecht zugehörig fühlen. Ich habe allerdings keine Lösung gefunden, die alle Personen inkludiert und überlasse es Sprachwissenschaftlern und Sprachwissenschaftlerinnen, eine einheitliche Form zu entwickeln, die dieses Problem zukünftig lösen könnte.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Mutter, meiner Schwester und Freunden bedanken, die während der Zeit des Schreibens ausnahmslos immer ein offenes Ohr für mich hatten und mich dadurch mental sehr unterstützt haben. Das gleiche gilt für jede andere hier nicht genannte Person, die dazu beigetragen hat, diese Zeit abseits des Schreibens angenehm zu gestalten, was mir mehr bedeutet, als ich es hier ausdrücken könnte. Ich hoffe, dass ich das zurückgeben kann. Natürlich gilt mein Dank auch besonders für Frau Reiß und Herr Rottke, die uns Studierende fachlich gut vorbereitet haben, alle aufkommende Fragen beantwortet haben und deren ehrliches Engagement und Begeisterung für ihre zu betreuenden Studierenden stets spürbar war.

1 Alter

In diesem Kapitel wird zunächst es zunächst eine Definition des Begriffes Alters geben und welche quantitativen Abgrenzungen man vornehmen kann. Darauf folgen einzelne Problemlagen im Alter, welche hier in sozial und körperlich eingeteilt wurden. Im Anschluss folgt eine Darstellung des Generationenbegriffes und Charakterisierung heutiger Generationen, zu denen ältere und alte Menschen gehören.

1.1 Definition Alter

Alter lässt sich als Abschnitt in einem Lebenslauf definieren, während das Altern die individuellen Veränderungsprozesse über eine Lebensspanne bezeichnet. Altern lässt sich je nach Disziplin unterschiedlich differenzieren (Tesch-Römer, 2017). Biologisch betrachtet

beginnen Alternsprozesse mit der Phase der Reproduktion und ziehen eine „Abnahme der Adaptionsfähigkeit des Organismus“ nach sich (Tesch-Römer, 2017, S. 21). Psychologisch bringt das Altern sowohl Verluste und Gewinne mit sich. Soziologisch gesehen sind Alternsprozesse von gesellschaftlichen Veränderungsprozessen geprägt, die diese verändern (Tesch-Römer, 2017).

Das Leben wird in drei Phasen gegliedert: Das Alter der Bildung, das Erwerbsalter und das Ruhestandsalter. Das Ruhestandsalter lässt sich noch einmal in der dritte und vierte Lebensalter unterscheiden, auch wenn dies kritisiert wird, da es negative Altersstereotype fördere. (Tesch-Römer, 2017). Es gibt folgende Unterstufen des Alters, welche von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vorgenommen wurden: von 60 bis 65 Jahren befinden sich Menschen im Übergang ins Alter, zwischen 60 und 74 Jahren zählt man zu den „jungen Alten“, 75-89-jährige sind die „Betagten und Hochbetagten“, die „Höchstbetagten“ sind zwischen 90 und 99 Jahren alt und zu den „Langlebigen“ zählen alle Menschen, die 100 Jahre oder älter sind. Eine Form der Unterteilung besagt, dass Menschen zwischen 60 und 80 beziehungsweise 85 Jahren dem dritten Lebensalter angehören, das vierte Lebensalter beginnt nach dieser Einteilung ab 80 beziehungsweise 85 Jahren. Die Unterteilung des vierten Alters wird darin begründet, dass die Vulnerabilität ab diesem Punkt zunehmen würde, besonders chronische Erkrankungen wie Diabetes und Demenz sind davon betroffen (Thiele, 2020). Eine andere Einteilung ergänzt noch um ein fünftes Alter, welches primär von Abhängigkeit zu anderen gekennzeichnet ist (Schroeter und Künemund, 2020).

Weiterhin ist Alter eine heterogene, individuelle, relative und multidimensionale „biometrische Messgröße, die die Lebenszeit anzeigt, die von der Geburt bis heute vergangen ist“. Das Alter ist eine soziale Konstruktion (Thiele, 2020). Die Konstruktion kann anhand der symbolischen Ebene, der interaktiven Ebene, der materiell-somatische Ebene und der leiblich-affektiven Ebene betrachtet werden. Die symbolische Ebene umfasst „allgemeine Alterssemantiken, Altersdefinitionen, und symbolische Altersordnungen“. Die interaktive Ebene beinhaltet das sogenannte „Doing Age, [die] soziale Performanz, [die] korporale Präsentation und Inszenierung [sowie die] interaktive Interpretation“. Die materiell-somatische Ebene behandelt die „Soziosomatik der Altersdifferenzen, [die] Formierung der Körper, [die] Körperpolitik und Körperstrategien“. Die leiblich-affektiven Ebene befasst sich mit „[dem] Altern als gespürte Realität, [dem] Spüren des Leibes [und dem] subjektiv empfundene[n] Alter“. (Schroeter und Künemund, 2020, S. 546). Alter ist insofern ein soziales Konstrukt, als dass Objekt immer nur in Verbindung mit anderen Objekten seiner Umgebung beurteilt werden kann. Der Mensch lebt hierbei in zwei Welten, der natürlichen Welt und der Welt der Kultur. In der Kulturwelt entstehen Institutionen Gewohnheiten, Routinen, alltägliche Handlungsmuster, Rituale und Alltagsbildungen, deren Funktion die Orientierung für den Menschen ist. Dies bedeutet auch, dass sich die einzelnen Wahrnehmungen dieser Kulturwelt von Mensch zu

Mensch unterscheiden können und auch Alter dadurch ein relativer Begriff ist. Begriffe wie beispielsweise Hochaltrigkeit und Generation als festgelegte Definitionen suggerieren allerdings den Anspruch auf Objektivität ihrer Beschreibungen (Schroeter und Künemund, 2020). Das selbe lässt sich auch an den Altersgrenzen der WHO kritisieren.

Das kalendarische Alter ist ebenfalls eine soziale Konstruktion. Zu verschiedenen historischen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Gesellschaften und Kulturen gab es verschiedene Zeiteinteilungen (beispielhaft den Maya-Kalender, der Ägyptische Kalender und der Julianische Kalender). Gleiches gilt für die Zeiteinteilung in Sekunden, Stunden und Minuten, auch dies ist sozial konstruiert (Schroeter und Künemund, 2020).

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass Alter eine Idee, soziale Praktik und Deutungsmuster ist und nicht die Wirklichkeit darstellt. Die Einteilung in die Idealtypen wie junge Alte, Betagte und Hochbetagte stellt zwar eine Verfeinerung dar, allerdings wird dem nicht jeder Mensch in der Praxis der Sozialen Arbeit entsprechen (Schroeter und Künemund, 2020). Dies sollte im Folgenden berücksichtigt werden.

1.2 Problemlagen im Alter

In diesem Kapitel werden die erst die sozialen und dann die körperlichen Problemlagen von älteren und alten Menschen, wie beispielsweise den Verlust des Partner oder Partnerin, Einsamkeit und soziale Netzwerke, Pflegebedürftigkeit und psychische und physische Erkrankungen thematisiert, welche in Beratungskontexten der Sozialen Arbeit berücksichtigt werden muss, um ein prinzipielles Verständnis für die Lebenslage älterer und alter Menschen zu erlangen, auch wenn nicht jede Problemlage zutreffen muss.

1.2.1 Soziale Problemlagen

Zu den sozialen Problemlagen im Leben älterer und alter Menschen zählen unter anderem der Verlust des (Ehe-)Partners beziehungsweise Partnerin, Einsamkeit und soziale Netzwerke, Partnerschaft und Sexualität, Freizeit und Beginn des Ruhestandalters, der Umgang mit Technik, Armut, das Wohnen im ländlichen Raum, Nachkriegskindheiten und Altersdiskriminierung. Da Altersdiskriminierung in Bezug auf Beratung von besonderer Bedeutung ist, wird dem in Kapitel 3 eine Unterkapitel gewidmet und daher wird sich hier auf die übrigen Aspekte und Thematiken fokussiert.

Altersarmut wird definiert als „Unterschreitung des sozial-kulturellen Existenzminimums“ (Bäcker, 2016, S. 64). Das Minimum ist relativ und abhängig vom durchschnittlichen Niveau der Vermögenswerte innerhalb einer Gesellschaft (Bäcker, 2016). Die Armutsgefährdungsquote in Deutschland liegt 2020 bei Menschen, welche 65 Jahre oder älter sind, bei 16,4% (Statista, 2021). Damit lag sie in diesem Jahr leicht über dem allgemeinen Durchschnitt von 16,1% (Statista, 2021). Frauen sind hierbei häufiger von Armut gefährdet. Während die Quote 2020 bei Männern bei 15,3% lag, lag sie bei Frauen bei 16,9% (Statista, 2021). In Deutschland lag die Armutsgefährdungsquote 2020 in Bremen mit 28,4% am höchsten und mit 11,6% in Bayern am niedrigsten. Mecklenburg-Vorpommern belegte hinter Sachsen-Anhalt und Berlin Platz vier mit 19,7% (Statista, 2021).

Ursachen für Altersarmut lassen sich in individuelle und nicht individuell beeinflussbare Faktoren einteilen. Zu den individuellen Einflussfaktoren zählen unter anderem eine zu geringe Beitragszahlung beziehungsweise ein zu kurzer Einzahlungszeitraum, die Arbeit in einem Niedriglohnsektor, heruntergesetzte Arbeitszeiten, nicht versicherungspflichtige Erwerbszeiten (zum Beispiel Selbstständigkeit), umfassende Unterbrechungen von Arbeitsphasen (beispielsweise wegen der Pflege von Angehörigen, die Betreuung der Kinder, ...) und der vorzeitige Eintritt in die Rente, welche eine verkürzte Beitragszahlung und damit auch eine Verkürzung der Rente verursacht (Fachinger, 2019). Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt in Deutschland bei etwa 64,2 Jahren und insgesamt wird durchschnittlich 20,2 Jahre die Rente bezogen (Statista, 2022). Zu den nicht individuell beeinflussbare Faktoren gehören „systeminterne Faktoren von Alterssicherungssystemen wie die Höhe des absoluten oder relativen Absicherungsniveaus, die Art der Anpassung oder Dynamisierung der Leistungen bzw. in der GRV [Anmerkung: gesetzliche Rentenversicherung] der aktuelle Rentenwert, die Rentenart sowie der Zugangsfaktor“ (Fachinger, 2019, S. 153). Außerdem gehören die Anhebung des Eintrittsalters in die Rente, eine chronische Erwerbsminderung (beispielsweise durch Behinderung) und das sinkende Rentenniveau zu den externen Einflussfaktoren (Fachinger, 2019).

Die nächste soziale Problemlage im Alter ist Partnerschaft und Sexualität. Diese Themen in Verbindung mit Alter unterlagen lange Zeit einem Tabu. Ursachen für sexuelle Inaktivität im Alter können der Verlust des Partners beziehungsweise der Partnerin, potenzbezogene Probleme, Krankheiten, sexuelles Desinteresse, der männliche oder weibliche Überschuss einer Alterskohorte, Befürchtungen vor einem sexuellen Versagen und eine emotional negativ geprägte Partnerschaft sein (Prahl & Schröter, 1996). Studien zeigen, dass ungefähr die Hälfte aller Partnerschaften der zwischen 60- und 70-jährigen noch sexuell aktiv ist, trotzdem ist Masturbation die häufigste Form der Sexualität bei älteren Frauen (Thiele, 2001). Zu den sexuellen Bedürfnissen im Alter zählen außerdem der „Austausch von Zärtlichkeiten durch Streicheln, Küssen und Hautkontakte[n]“ (Thiele, 2001, S. 115). Im Alter

unterliegt Sexualität als wesentliches menschliches Bedürfnis den Faktoren wie beispielsweise dem Zustand der körperlichen und psychischen Gesundheit und dem Verhältnis innerhalb der Partnerschaft. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf Sexualität im Alter ist die Sozialisation und das Verständnis davon, wofür sie da ist. Sind Menschen so erzogen worden, dass Sexualität primär der Fortpflanzung zu dienen hat, kann sich das dementsprechend auch auswirken (Thiele, 2001).

Es gibt unterschiedliche Lebensformen im Alter. Die am häufigsten vorkommende ist das Leben in einer Partnerschaft. 2020 betraf dies rund 66% der Menschen über 65 Jahren (15.400.000, davon 8.400.000 Frauen und 7.000.000 Männer). Im selben Jahr lebten etwa 4% mit Verwandten oder Freunden zusammen. Danach folgt das Alleinleben als zweitverbreiteste Form was primär durch den Verlust des (Ehe-)Partners oder der (Ehe-)Partnerin begründet ist. Hier lag die Quote 2020 in Deutschland bei etwa 41% bei den Frauen und bei 19% bei den Männern. Ursache dafür ist unter anderem die höhere Lebenserwartung von Frauen. Partnerschaftliches Zusammenleben liegt im hohen Alter (85 Jahre und älter) bei 34%, das Alleinleben ist mit 58% die häufigste Lebensform (Statistisches Bundesamt, o.D.). Partnerschaft kann also insofern eine Problemlage des Alters sein, wenn deren Inexistenz zu Problemen wie beispielsweise Einsamkeit führt oder das Vorhandensein einer Partnerschaft sich negativ auf das Leben auswirkt. Die körperliche Gesundheit ist hierbei ein Einflussfaktor auf die Beziehungsqualität. (Ehe-)Partnerinnen, welche ihren (Ehe-)Partner pflegen, sind statistisch häufiger mit der Partnerschaft unzufrieden als Männer, die ihre (Ehe-)Partnerin pflegen. Ein weiterer Faktor, der sich auf die Zufriedenheit auswirkt, ist die Verteilung der haushaltsbezogenen Aufgaben (Klaus & Mahne, 2019). Allgemein sind ältere Frauen tendenziell unzufriedener als Männer mit ihrer Partnerschaft und berichten eher von Meinungsdivergenzen in der Beziehung (Baas & Schmitt, 2020).

Die nächste soziale Problemlage ist der Umgang mit Technik. Technik meint hierbei die zunehmende Technisierung und Digitalisierung, die ältere und alte Menschen vor Herausforderungen stellen kann. Das Internet kann als „Basisinfrastruktur für Zugang und Nutzung digitaler Technologien“ bezeichnet werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020, S. 10). Im Alter können Befürchtungen auftreten, dass die Nutzung dessen zu einem Verlust analoger sozialer Beziehungen, Überwachung oder auch Abhängigkeit führt (Tonello, 2020). Das kausiert in einer Ablehnung des Internets, was wiederum den Zugang zu bestimmten Angeboten erschwert. Trotzdem gibt es einen steigenden Trend der Internetnutzer über 60 Jahren. Etwa 79% der 60 bis 69-jährigen Menschen in Deutschland nutzen das Internet, bei den Menschen über 70 Jahren liegt der Anteil bei rund 45% (BMFSFJ, 2019).

Einsamkeit kann im Alter zu einer Problemlage werden. Soziale Netzwerke erfüllen im Alter die Funktion der Sicherung von Lebensqualität und die Bewältigung von privaten und

gesellschaftlichen Veränderungen. Dies umfasst sowohl formelle als auch informelle Beziehungen (Thiele, 2001). Faktoren eines Menschen, die dessen soziale Netzwerke beeinflussen, sind „das Lebensalter, das Geschlecht, der Familienstand, das Vorhandensein von Kindern, der Bildungsstand und die Wohnsituation“ (Thiele, 2001, S. 50). Daraus lässt sich folgern, dass zum Beispiel Kinderlosigkeit zu weniger sozialen Kontakten im Alter führt und zu Einsamkeit beitragen kann. Allerdings bedeutet es im Umkehrschluss nicht, dass Kinder ein Garant gegen Einsamkeit ist. Negativ geprägte Verhältnisse zwischen Eltern und ihren Kindern können ebenfalls zu einem lückenhaften sozialen Netzwerk im Alter beitragen. Ein weiterer Einflussfaktor ist der Bildungsstand, da dies durch zumeist mehr Interessensgebiete in Verbindung mit mehr und differenzierten Sozialkontakten steht. Auch die räumliche Entfernung spielt eine Rolle. Eine hohe Distanz hemmt die Verbindung im Alltag. Ein kleinerer Wohnort führt zudem tendenziell zu intimeren Beziehungen als größere Ortschaften, solange ein Mensch schon länger dort wohnt (Thiele, 2001). Rund 67% der über 60-jährigen Befragten gab an, sich selten beziehungsweise nie einsam zu fühlen, 22% dass sie sich manchmal fühlen und 11% beantworteten die Frage nach Einsamkeit mit ständig beziehungsweise häufig. Es lässt sich festhalten, dass sich ältere Generationen statistisch in diesem Jahr weniger einsam gefühlt haben. Dort gaben etwa 41% der 18- bis 29-jährigen an, sich selten/nie einsam zu fühlen, 36% manchmal und 23% ständig/immer (Statista, 2019).

Das Wohnen im ländlichen Raum kann im Alter Probleme mit sich bringen. Es leben durchschnittlich mehr Menschen in Deutschland in ländlichen Gebieten (22,3%) als in städtischen Wohnorten (20,5%). Es wird angenommen, dass der Anteil der über 65-jährigen 2030 rund 30,7 auf dem Land und 26,6% in den Städten betragen wird. Ursachen dafür sind sowohl der demographische Wandel als auch die Abwanderung jüngerer Menschen in die Städte. Zum einen stehen alte Menschen, welche im ländlichen Raum wohnen, monatlich durchschnittlich weniger Rente zur Verfügung als alten Menschen in Städten und Großstädten (dünn besiedelte ländliche Kreise rund 877€, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen 890€, städtische Kreise 906€ und kreisfreie Großstädte 927€). Auch ist das Bildungsniveau in städtischen Gebieten statistisch höher (dünn besiedelte ländliche Kreise mit 28,1% Menschen mit Hochschulreife, kreisfreie Großstädte mit 41,7%). Ein besonderes Problem des Alterns auf dem Land stellt die Nahversorgung und Erreichbarkeit von infrastrukturellen Einrichtungen wie beispielsweise ärztlichen Einrichtungen durch eine geringe ausgebaute öffentliche Verkehrsmittelstruktur dar. Dies führt unter anderem zu einem schlechteren Gesundheitsniveau und einem erhöhten Bedarf für Pflege in peripheren und ländlichen Gebieten (Hämel & Wolter, 2020).

Der Verlust des (Ehe-)Partners beziehungsweise der (Ehe-)Partnerin im Alter kann für den hinterbliebenen Teil sowohl positive als auch negative Aspekte mit sich bringen. Zu den positiven gehören eine erhöhte Selbstständigkeit und erhöhtes Selbstbewusstsein, die

Knüpfung neuer Sozialkontakte, eine flexiblere Einteilung der Zeit und mehr Zeit für die Familie und sich selbst. Negative Aspekte können „Einsamkeit, Rückzug, [...] innere Leere, Hoffnungslosigkeit, Depression, Passivität, [und eine geringere] Lebensqualität“ sein (Stengel-Güttner, 1996, S. 268). Von besonderer Bedeutung sind in dieser Lebenskrise soziale Kontakte, sie können „Trost, Hilfe gegen Einsamkeit“ und „Zuwendung zu neuem Leben“ bringen (Stengel-Güttner, 1996, S. 251).

Freizeit und Beginn des Ruhestandalters ist eine der ersten auftretenden Problemlagen, die ältere Menschen vor Herausforderungen stellt. Der Austritt aus dem Erwerbsalter bedeutet in erster Linie eine Veränderung der Bereiche der gesellschaftlichen Verortung, des Einkommens, der Aufgaben und Kompetenzen, der Alltagsstrukturierung und der sozialen Netzwerke. Wenn sich ältere Menschen stark über ihre Arbeit und ihre Leistung identifizieren, kann dies erstmal Probleme bereiten. Das Übergangmodell nach Robert Atchley von 1976 beschreibt folgende Phasen: Phase eins, in der der ältere Mensch vor dem Ruhestand dem positiv entgegblickt; Phase zwei, in der der Mensch kurz vor dem Ruhestand eine Ablehnung dessen empfindet und ängstlich reagiert; Phase drei, in der nach dem Eintritt in den Ruhestand er oder sie sich kurzfristig erholt; Phase vier, in der im Fall von finanziellen und gesundheitlichen Probleme eine Enttäuschung einsetzt; Phase fünf, in der sich der Mensch neu orientiert und mit Realismus aktiver wird und Phase 6, in der die Neuorientierung stabilisiert wird. (Prahla & Schröter, 1996). Der Austritt aus dem Arbeitsleben bedeutet auch einen Verlust von „Macht, Autorität, Prestige und sozialem Ansehen“ (Prahla & Schröter, 1996, S. 143). Ruheständler stehen vor der Aufgabe, sich in seiner oder ihrer Rolle einzufinden, da das eventuell auftretende Gefühl des Nichtgebrauchtwerdens zu einer Senkung des Selbstwertgefühls führen kann. Eine weitere Aufgabe ist die Entwicklung einer neuen Tagesstruktur und Routinen und den Umgang mit den ökonomischen Einschränkungen und der eingeschränkteren Teilhabe, um einer Orientierungslosigkeit vorzubeugen. Der Ruhestand wirkt sich außerdem auf Ehen und Beziehungen aus, da die Partner plötzlich mehr Zeit miteinander verbringen. Ob ältere Menschen mit dieser Phase umgehen können, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dazu gehören unter anderem die Rentengesetzgebung, die demographische Entwicklung, die Rentenhöhe, das Alter, die Gesundheit, das Bildungsniveau, die Gesundheit, das Freizeitverhalten, soziale Netzwerke, der Familienstand und der Partnerschaftsstatus (Prahla & Schröter, 1996).

Von Nachkriegskindheiten spricht man bei Menschen, welche in etwa zwischen den Jahren 1935 und 1955 geboren worden sind. Sie spielen deswegen als Problemlage im Alter eine Rolle, weil Aspekte wie Umsiedelungen, Fluchterfahrungen und Vertreibungen einen Einfluss auf das Leben der betroffenen Personen ausüben. Hierbei ist allerdings die unterschiedlichen Auswirkungen des Krieges in Ost- und Westdeutschland zu beachten. Die Kindheiten dieser Menschen ist sowohl von dem Nationalsozialismus, Unterdrückung und

Verfolgung geprägt. (Fooken, 2020). Die älteren der Nachkriegskinder haben im Gegensatz zu den jüngeren signifikant mehr kriegsbezogene Belastungen und Traumata erlebt und sie unterscheiden sich von den jüngeren Nachkriegskindern in den „Vorerfahrungen, ihre[n] psychosozialen und kognitiven Entwicklungsstand, aber auch [in] de[n] gesellschaftlich-institutionellen Rahmenbedingungen (Fooken, 2020, S. 519). Sie haben Entbehrungen in den Bereichen der nahrungsmitteltechnischen Versorgung, dem Wohnraum, Hygiene, Kleidung und schulischer Bildung gemacht. Im Alter kann es zu einer Trauma-Reaktivierung kommen, wenn verdrängte und unterdrückte Themen ihrer Biographie getriggert werden. Viele alte Menschen dieser Generation werden sich erst dann ihrer psychischen Erkrankungen bewusst. Etwa 33% der Nachkriegskinder fühlen sich nachhaltig im Alter von ihrer Kriegskindheit beeinflusst. Allerdings kann das verbale thematisieren dieser Traumata im Alter auch zu einer Resilienz führen (Fooken, 2020). Weitere häufig auftretende psychischen Erkrankungen dieser Generation sind „Ängste, larvierte Depressionen, Beziehungsstörungen [und] Müdigkeit“ (Fooken, 2020, S. 523).

1.2.2 Körperliche Problemlagen

Zu den körperlichen Problemlagen im Alter gehören Behinderung, Drogenabhängigkeit, psychische und physische Erkrankungen und die Thematik des Sterbens und der Tod. Zur Abhängigkeitserkrankungen im Alter finden sich Informationen in Kapitel 2. Im folgenden wird auf die übrigen genannten Aspekte eingegangen werden.

Einleitend muss erwähnt werden, dass das Alter nicht zwangsläufig mit Erkrankungen in Verbindung steht, da Gesundheit älterer und alter Menschen primär von Faktoren wie dem „Geschlecht, Region und Staatsangehörigkeit und ihr Einfluss auf sozioökonomische Ressourcen und der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung“ beeinflusst wird (Stiehr & Spindler, 2008, S. 43). Für Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind dahingehend nicht die Erkrankungen und Einschränkungen alter Menschen an sich von Bedeutung, sondern wie sich diese auf deren soziales Leben auswirken. Sachkenntnisse zu einzelnen Erkrankungen sind für Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen insofern nützlich, als dass diese die Bedenken vor einer Zusammenarbeit mit älteren und alten Menschen mildern und gleichzeitig die intergenerationelle Verständnis gefördert wird (Thiele, 2001).

Ältere und alte Frauen sagen öfter als ältere und alte Männer aus, dass sie sowohl psychisch als auch körperlich gesundheitlich eingeschränkt seien, wobei sie parallel eine höhere Lebenswahrscheinlichkeit als Männer ihres Alters haben (Stiehr & Spindler, 2008). Die aktuelle Lebenserwartung bei Frauen, welche in dem Jahrgang 1950 geboren worden sind, liegt

bei 68,5 Jahren, das der Männer des gleichen Jahrgangs bei 64,6 Jahren. Zum Vergleich, weibliche Menschen in Deutschland, welche im Jahr 2022 geboren wurden, haben eine durchschnittliche Lebenserwartung von 83,6 Jahren, männliche Menschen eine durchschnittliche Lebenserwartung von 78,9 Jahren. Die durchschnittliche Differenz ist innerhalb der letzten Jahrzehnte vergleichsweise stabil geblieben und es wird davon ausgegangen, dass dies auch weiterhin so sein wird. Die Lebenserwartung soll für Frauen, welche 2060 geboren werden bei durchschnittlich 88,1 Jahren liegen, bei Männern soll der Schnitt bei 84,4 Jahren liegen (Statistisches Bundesamt, März 2021). Frauen erkranken außerdem öfter an chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Demenz und Arthritis (Stiehr & Spindler, 2008). Die Nennung von sogenannten „Alterskrankheiten“ wird nicht einstimmig als sinnvoll erachtet, da zwar das Auftreten bestimmter Erkrankungen im Alter zunimmt, diese aber auf einen „altersbedingten Abbau zurückzuführen“ sind. Der Alterungsprozess und seine damit verbundenen gesundheitlichen Zustände ist hierbei jedoch individuell und daher ist der Begriff nicht angemessen, da er Allgemeinheit suggeriert (Thiele, 2001, S. 122). Der Alterungsprozess kann sich folgendermaßen beschreiben lassen: Es kommt zu „strukturelle[n] und funktionelle [n] Veränderungen des Gewebes und der Organe mit Abnahme der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit“, zu einer „Veränderung des psychischen Verhaltens mit zunehmenden Anpassungsschwierigkeiten“, einer „Tendenz zur Immobilisierung“ und zu einem „Auftreten einer multiplen Pathologie (Multimorbidität)“. Besonders häufig auftretende Erkrankungen im Alter sind Altersdiabetes und spezifische Karzinomarten (Krebserkrankungen), schon länger bestehende chronische oder auch akute Erkrankungen und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestimmter Organe, welche sich beispielsweise in Schwerhörigkeit äußern kann. Diese kann besonders intensiv zu einer sozialen Isolierung beitragen (Thiele, 2001, S. 123).

Ein wichtiges Krankheitsbild im Alter ist die Demenzerkrankung. In Deutschland lebten 2018 etwa 1.534.170 Menschen über 65 Jahren, die an einer Form von Demenz erkrankt waren, davon waren 490.760 weiblich und 1.043.410 männlich (Statista, Juli 2020). Demenz ist der „Verlust intellektueller Fähigkeiten“, welcher durch den Verfall von Nervenzellen und deren Verbindungen untereinander verursacht wird. Demenz äußert sich unter anderem durch Sprach- und Gedächtnisstörungen (Aphasie), ein gestörtes Denk- und Erkennensvermögen, Einschränkungen der motorischen Fähigkeiten (Apraxie) und der räumlichen Orientierung. Zu den Ursachen einer Demenzerkrankung gehören psychische Ursachen (schizophrene Defekte, Depressionen) und körperliche Ursachen (zum Beispiel Blutgefäßerkrankungen) (Thiele, 2001, S. 131).

Der Anteil der älteren und alten Menschen über 65 Jahren in Deutschland, welche psychisch erkrankt sind, liegt schätzungsweise zwischen 20 und 25% (inkludiert Demenz, welche davon rund die Hälfte ausmacht). Weitere häufige psychische Erkrankungen sind

Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (Leitner, 2015). Eine besonders hohe Komorbidität im Alter besteht zwischen Depressionen und Angststörungen (Neurologen und Psychiater im Netz, o.D.). Depressionen sind symptomatisch geprägt von folgenden Hauptsymptomen, von denen mindestens zwei erfüllt sein müssen: allgemeiner Interessenverlust, reduzierter Antrieb beziehungsweise eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine mindestens über zwei Wochen andauernde depressive Stimmung. Von den Nebensymptomen muss mindestens ein weiteres erfüllt sein, um die Diagnose einer Depression nach dem ICD-10 zu stellen: erhöhte Schuldgefühle, Suizidgedanken/suizidales Verhalten, Mangel an Selbstwertgefühl/-vertrauens, gestörtes Konzentrationsvermögen und eine psychomotorische Anspannung/Beeinträchtigung. (Dilling & Freyberger, 2016). Angststörungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie seit mindestens sechs Monaten andauern und eine „vorherrschende[r] Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse“ vorliegen. Hinzu müssen mindestens vier körperliche oder psychische Symptome kommen: „Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz; Schweißausbrüche; frein- oder grobschlägiger Tremor; Mundtrockenheit; Atembeschwerden; Beklemmungsgefühl; Thoraxschmerzen und -missempfindungen; Nausea oder abdomielle Missempfindungen. Zu den psychischen Symptomen gehören Schwindelgefühle, Derealisation, Depersonalisation, Kontrollverlustängste, Todesangst, „Hitzewallungen oder Kälteschauer“, Anspannungsgefühle (zum Beispiel in den Muskeln), Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit und Schlafstörungen (Dilling & Freyberger, 2016, S. 165 f.).

Alter in Kombination mit körperlichen oder geistigen Behinderungen wirkt sich auf die Führung eines selbstbestimmten Lebens aus und es gilt, neue Aufgaben zu bewältigen. Dazu zählt unter anderem der Übergang in den Ruhestand, welche insbesondere Werkstätten vor die Herausforderung stellt, flexible Ausstiege zu ermöglichen oder auch die Initiierung von „ergänzenden tagesstrukturierenden Maßnahmen“. Auch die Alltags- und Freizeitgestaltung wird zur Aufgabe der alten Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen, im Zweifelsfall muss auch der Übergang in die Pflege eingeleitet werden. Trotzdem ist der Prozess des Alters bei Menschen mit Behinderung immer individuell, da weitere Faktoren wie die sozialen Netzwerke und psychische und körperliche Komorbiditäten zusätzlich von Bedeutung sind. Und Einfluss ausüben. Schätzungsweise 21% der alten Menschen (über 60 Jahren), die eine Behinderung haben, empfangen soziale Hilfen durch die Familie (Leitner, 2015, S.59 f.). In Deutschland sind rund 34% der schwerbehinderten Menschen älter als 75 Jahre (Statistisches Bundesamt, 2020). Die Lebenserwartung bei Menschen mit der geistigen Behinderung des Down-Syndroms (Trisomie 21) liegt aktuell bei ungefähr 60 Jahren, was durch den medizinischen Fortschritt und die Frühförderung erreicht wurde. Der Alterungsprozess wird durch Trisomie 21 beschleunigt (Janning, 2014 & Leitner, 2015).

Sterbens und der Tod ist eine besondere Thematik im Alter, da nachgewiesen wurde, dass ältere Menschen statistisch gesehen öfter an den Tod denken als jüngere Menschen. Frauen und kranke Menschen entwickeln häufiger stärkere Angst vor dem Tod als Männer, obwohl die Angst vor dem Tod im Alter tendenziell abnimmt. Ein höherer Bildungsgrad wird mit einer reduzierteren Angst vor dem Tod in Verbindung gesetzt. Das Sterben an sich ist ein höchst heterogener Prozess, welcher durch den Sterbenden, die Gesellschaft und die individuelle Situation beeinflusst wird. Ein Sonderfall hierbei ist der sogenannte soziale Tod, welcher sich beispielsweise in Pensionierung, Vereinsamung oder chronischer Arbeitslosigkeit äußern kann. (Thiele, 2001). Er korreliert mit einem „langsamen physischen, psychischen und sozialen Verfall bzw. Abbau“ (Thiele, 2001, S. 150 f.). Heute kann der soziale Tod schon lange vor dem biologischen Tod eintreten, was in früheren Jahrhunderten noch nicht der Fall war.

Der eigene Umgang mit dem bevorstehenden Tod lässt sich an Kübler-Ross' Phasenmodell beschreiben, welche allerdings auch wegen seines unflexiblen Aufbau kritisiert wurde. Die Phasen lauten wie folgt: Nichtwahrhabenwollen und Isolation (1), Zorn (2), Verhandlung (3), Depression (4) und Zustimmung (5). Die Phase 1 ist durch eine Abwehrreaktion und Verdrängung gekennzeichnet. In Phase 2 realisieren die Betroffenen den bevorstehenden Tod und es kommt zu Gefühlsausbrüchen. In Phase 3 fasst der Mensch Pläne, die er oder sie bis zum Eintritt des Todes erfüllen möchte. In der vierten Phase kommt es zum Abbau der physischen und psychischen Fähigkeiten. In der fünften und letzten Phase akzeptiert die sterbende Person dann ihren Tod. Das Phasenmodell von Kübler-Ross lässt sich auch auf die Angehörigen der sterbenden Person übertragen (Thiele, 2001).

1.3 Der Generationenbegriff

In diesem Unterkapitel werden zunächst die unterschiedlichen Bedeutungen des Begriffs der Generation definiert. Darauf folgt beispielhaft die Darstellung der Generation der sogenannten Babyboomer in Deutschland, die heute ältere Menschen inkludieren beziehungsweise die sich im Übergang zum Altsein befinden. Diese Betrachtung ist nicht repräsentativ für alle Babyboomer, da regionale und biographische Unterschiede Einfluss nehmen können.

1.3.1 Definition Generation

Der Begriff der Generation ist mehrdeutig und mehrdimensional (Lüscher & Liegle, 2003). Man kann in zwei verschiedene Arten von Generationen unterscheiden, die familiale und die gesellschaftliche Form.

Die Zuordnung innerhalb einer familialen Generation ist abhängig von der gewählten Perspektive und bezeichnet die einzelnen Glieder der Abstammungslinie. Diese sind beispielsweise die Urenkel, Enkel, Kinder und Eltern. Das bedeutet auch, dass sich zwar der individuelle Standort in der Abstammungslinie nicht verändert, wohl aber trotzdem die Zuordnung zu einer familialen Generation, sobald eine Person zum Beispiel Kinder bekommt, bleibt er oder sie das Kind der Eltern, wird aber selbst zum Elter und übernimmt eine weitere Rolle im Gefüge.

Eine gesellschaftliche Generation beruht auf Gleichartigkeiten übereinstimmender beziehungsweise ähnlicher Geburtenjahrgänge, welche generationstypische Erlebnisse und kollektiven Werten/Lebensstilen. Dies findet seine Einschränkung allerdings darin, dass man Menschen nur aufgrund ihrer Geburtenjahrgänge nicht miteinander vergleichen kann, da es nur ein Faktor von vielen innerhalb einer Biographie ist. Man könne beispielsweise Menschen der gleichen Generation in China nicht mit Menschen aus Deutschland vergleichen. Die gesellschaftlichen Generationen lassen sich in politische, kulturelle und wirtschaftliche Generationen definieren.

Politische Generationen sind jene Menschengruppen, die zur gleichen historisch-sozialen Zeit geboren worden sind und dadurch deren politische Orientierungen auf eine bestimmter Art beeinflusst worden ist. Ein bekanntes Beispiel dafür ist die sogenannte 68er-Generation. Kulturelle Generationen zeichnen sich durch spezifische „Erfahrungen, Einstellungen und Stile im Umgang mit Kulturgütern und technischen Errungenschaften“ aus. (Szydlik & Künemund, 2009, S. 11).

Wirtschaftliche Generationen sind Geburtskohorten mit speziellen ökonomischen Risiken und Möglichkeiten, die durch die Generationsgröße oder auch durch Konjunkturaufschwung/-abschwung zur Zeit den Berufseintritts. Trotzdem bedeutet die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Geburtskohorte auch automatisch eine Zugehörigkeit zur gleichen gesellschaftlichen Generation, beispielsweise muss eine studierende Person in den Ende der 1960er nicht zwangsläufig zu der 68er-Generation gehören (Szydlik & Künemund 2009).

Der österreichisch-ungarische Soziologe und Philosoph Karl Mannheim definiert historische Generationen als „historisch-soziale Einheit“ (Fietze, 2009, S.72). Seine Theorie baut auf Generationslagerungen, -zusammenhängen und -einheiten. Generationslagerung meint „eine abstrakte Lagerung im historischen Raum“ (Fietze, 2009, S.73). Der

Generationszusammenhang entspricht einer spezifischen und geschichtlich kontextualisierten sozialen Einheit. Eine Generationseinheit ist eine bestimmte Untergruppe eines Generationszusammenhangs.

Karl Mannheims Generationenbegriff wird allerdings auch kritisiert. Seine Generationsdefinition sei eine objektive Generationenlagerung, die man durch den Begriff der „Generationalität“ ersetzen solle, welcher einen Selbstverortungsversuch der zeitlichen Stellvertreter darstellt. Ein weiterer Kritikpunkt nach dem deutschen Phänomenologen Richard Grathoff an Mannheim ist, dass er das Klassenkonzept ersetze und eine Gleichheit einer Generation impliziert (Neun, 2009). Mannheim argumentiert dagegen und betont, dass sein Generationenbegriff „nur eines von mehreren möglichen theoretischen Erklärungsmustern darstellt und daher notwendig einseitig ist“. (Neun, 2009, S. 221).

1.3.2 Generation Babyboomer

Die Generation der sogenannten Babyboomer bezeichnet die Menschen der Geburtenjahrgänge zwischen 1955 und 1969 (Sange & von Wulffen, 2022). Demnach sind Angehörige dieser Generation 2022 zwischen 53 und 67 Jahren alt und zählen nach der WHO Definition zu den Menschen, die sich im Übergang befinden und zu den jungen Alten. Sie sind deswegen besonders relevant für die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit und Beratung mit älteren und alten Menschen. Der Begriff Babyboomer leitet sich daraus ab, dass in dieser Phase die Geburtenrate stark erhöht war (Sange & von Wulffen, 2022). In dieser Zeit gab es jährlich rund 1.000.000 Neugeborene (Statistisches Bundesamt, o.D.). Der geburtenstärkste Jahrgang dieser Zeit war 1964 mit 1.357.304 Geburten (Sange & von Wulffen, 2022). Vergleichsweise lag die Geburtenrate 2021 in Deutschland bei 795.517 Neugeborenen (Statista, 2022).

Der „Babyboom“ betraf alle Nationen, welche in den zweiten Weltkrieg involviert waren und sie bildeten in Deutschland die zahlenmäßig größte Nachkriegsgeneration. In Deutschland machen sie über 28.000.000 Menschen aus, was mehr als einem Drittel der Gesamtbevölkerung entspricht. Sie machen dementsprechend auch einem Großteil der Kaufkraft aus. Ein Teil dieser Generation befindet sich bereits im Ruhestand, etwa 2030 wird der Großteil das Arbeitsleben verlassen haben. Für die Rentenversicherungen stellen die Babyboomer aufgrund ihrer Größe eine Herausforderung dar. Menschengruppen der Babyboomer, deren Altersarmutsgefährdung besonders hoch liegt, sind beispielsweise alleinerziehende Frauen und Langzeitarbeitslose.

Bemerkenswert ist, dass in Umfragen das gefühlte Alter durchschnittlich bis zu 15 Jahren unter dem kalendarischen Alter liegt (Sange & von Wulffen, 2022). Babyboomer fühlen sich also jünger, als sie sind oder haben andere Vorstellungen davon, wie man sich in einem bestimmten Alter fühlen sollte und wie das Altern ist.

Viele Menschen der Generation Babyboomer möchten auch nach Erreichung des Renteneintrittsalters weiterhin erwerbstätig bleiben. Rund 72,7% der Menschen zwischen 55 und 69 Jahren arbeite 2019 noch, während die Quote zum Vergleich 2004 bei 41,4% lag. Das hat den Vorteil, dass Unternehmen Mitarbeiter haben, welche auf eine Vielzahl an Erfahrung und fachlichen Wissen zurückblieben können (Sange & von Wulffen, 2022). Die Generation der Babyboomer in Deutschland ist die erste, die in Frieden aufgewachsen ist und sie haben die Erfahrung von Bildungsreformen miterlebt.

Sie begreift sich als Generation mit politisch-gesellschaftlichen Engagement, da ein Großteil der in den 1980ern vorkommenden Anti-Atomkraft-, Friedens- und Umweltbewegungen von Schülern und Schülerinnen und Studierenden der Generation Babyboomer getragen wurde (Sange & von Wulffen, 2022). Babyboomer verstehen sich weiterhin als sorgenfrei, nach Sinn strebend, flexibel, pragmatisch, als „Wachstumskritiker, Entschleuniger und Downshifter“ ohne eine einheitliche (politische) Ideologie oder Weltanschauung, als „routinierte Teamplayer“ mit einem ausgeprägtem Verantwortungsbewusstsein (Sange & von Wulffen, 2022, S. 6). Sie unterscheiden sich von ihrer Vorgängergeneration dadurch, dass ihre Lebensläufe oft Brüche aufweisen, unter anderem Patchwork-Familien, Scheidungen und häufige Arbeitsplatzwechsel, welche zum Teil durch die Folgen von Globalisierung und Digitalisierung verursacht worden sind (Sange & von Wulffen, 2022). Die meisten dieser Zuschreibungen lassen sich als positive gewertete Selbstbeschreibungen lesen.

2 Abhängigkeit

In diesem Kapitel wird als erstes die Definition von Abhängigkeitserkrankungen nach dem ICD-10 angeführt und welche Kriterien für eine Diagnose nötig sind. Als zweites kommen einzelne Theorien zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und am Ende folgt, welche Abhängigkeitserkrankungen im Alter besonders häufig anzutreffen sind.

2.1 Definition nach ICD-10

Das ICD-10 definiert die Abhängigkeitserkrankungen als Verhaltensstörungen im fünften Kapitel (V) von F10 bis F19. F10 behandelt die Verhaltensstörungen durch Alkohol, F11 die durch Opioide, F12 die Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, F13 durch Sedativa beziehungsweise Hypnotika, F14 durch Kokain, F15 die Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien inklusive Koffein und F16 die Störungen durch Halluzinogene. F17 definiert die Verhaltensstörungen durch Tabak, F18 durch flüchtige Lösungsmittel und F19 die Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen.

Darüber hinaus kann die Diagnose einer Verhaltensstörung nach dem ICD-10 noch weiter konkretisiert werden. Zusätze können die akute Intoxikation (der akute Rausch; F1x.0), der schädliche Gebrauch (F1x.1), das Entzugssyndrom mit (F1x.4) oder ohne Delir (F1x.3), die psychotische Störung (F1x.5), das amnestische Syndrom (F1x.6), sonstige psychische und Verhaltensstörungen (F1x.8), nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen (F1x.9) sowie das Abhängigkeitssyndrom (F1x.2) sein.

Das Abhängigkeitssyndrom wiederum kann im ICD-10 diagnostisch in weitere Unterkategorien definiert werden: gegenwärtig abstinent (F1x.20), frühe Remission (F1x.200), Teilremission (F1x.201), Vollremission (F1x.202), gegenwärtig abstinent, aber in einer beschützenden Umgebung (F1x.21), gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (kontrollierte Abhängigkeit; F1x.22), gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven beziehungsweise hemmenden Medikamenten (F1x.23), gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit; F1x.24), mit (F1x.241) oder ohne körperlichen Symptomen (F1x.240), ständiger Substanzgebrauch (F1x.25) und schlussendlich F1x.26, der episodische Substanzgebrauch. F1x.25 und F1x.26 kennzeichnen hierbei den Verlauf der Abhängigkeitserkrankung .

Ein Abhängigkeitssyndrom wird definiert als eine „Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln“. Das ICD-10 benennt sechs diagnostische Kriterien, von denen mindestens drei „zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben [sollten], falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von 12 Monaten wiederholt bestanden haben“ (Dilling & Freyberger, 2016, S. 77).

Das erste Kriterium lautet, dass der betroffene Mensch ein massives Verlangen (das sogenannte Craving) verspürt beziehungsweise ein Form von Zwang, die entsprechende Substanz zu konsumieren.

Das zweite Kriterium besagt, dass die Person über eine verringerte Kontrolle über den Gebrauch der Substanz verfügt. Dies betrifft den Beginn, die Beendigung oder auch die Menge des Konsums. Es äußert sich beispielsweise darin, dass immer mehr beziehungsweise über einen längeren Abschnitt als ursprünglich geplant konsumiert wird oder auch darin, dass ein anhaltender Wunsch besteht den Substanzgebrauch zu minimieren oder zu kontrollieren. Hinzu können dahingehende erfolglose Versuche kommen.

Das dritte Kriterium im ICD-10 beschreibt, dass ein körperliches Entzugssyndrom auftritt, sobald der Konsum der betreffenden Substanz reduziert beziehungsweise abgesetzt wird. Dieses Entzugssyndrom kann ohne (F1x.30) oder mit Krampfanfällen (F1x.31) auftreten. Zum Entzugssyndrom gehören die spezifischen, typischen Entzugssymptome der Substanz. Dies kann nachgewiesen werden, indem die Person die gleiche oder eine ähnliche Substanz konsumiert und die Entzugssymptome dadurch gemildert oder vermieden werden können.

Das vierte diagnostische Kriterium beschreibt die Toleranzentwicklung. Um durch die entsprechenden Wirkungen eines Stoffes eine Intoxikation beziehungsweise den gewünschten Effekt herbeizuführen muss die Substanz in immer größeren Mengen konsumiert werden. Es treten dabei bei gleichbleibenden Konsum der gleichen Menge klar messbare geringere Effekte auf.

Das fünfte Kriterium definiert, dass das Leben des Betroffenen darunter leidet, da der Alkoholkonsum im Vordergrund steht und immer mehr Zeit benötigt wird, in den Besitz von Alkohol zu kommen, ihn zu konsumieren oder sich von dessen Wirkung zu regenerieren.

Das sechste und letzte Kriterium besagt, dass eine Person den Konsum auch nicht beendet, wenn anzunehmen ist, dass die Person von nachweislichen physischen oder psychischen Schäden weiß, die durch Alkoholkonsum hervorgerufen wurden (Dilling & Freyberger, 2016).

2.2 Die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen

Die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen lässt sich unter anderem durch den multifaktoriellen Ansatz erklären. Dieser beinhaltet zum ersten das konsumierte Mittel (die Droge), zum zweiten die Umweltbedingungen und zum dritten die betroffene Person selbst. Diese drei Faktoren müssen sowohl in präventiven als auch interventiven Maßnahmen berücksichtigt werden (Sauer mann, 2017). Zum Faktor der Droge gehören die Art der Implikation, die Dosis, Dauer, die Verfügbarkeit, der Grad der Toleranzentwicklung und die

individuelle Reaktion. Die Umweltbedingungen umfassen die Konsumsitten, Werbe- und Modeeinflüsse, die familiäre Situation, Beruf- und Wirtschaftslage, Sozialstatus und -mobilität, Einstellung zur Droge, Religion und die Gesetzgebung. Der Faktor Mensch teilt sich auf in dessen prämorbid Persönlichkeit, Heredität (genetischer Einfluss), die sexuelle Entwicklung, das frühkindliche Milieu und die aktuelle Stresssituation. Die einzelnen Faktoren des Modells sollten nicht unabhängig voneinander betrachtet werden, da sie wechselseitig in Verbindung stehen. Der multifaktorielle Ansatz wurde 1973 von Kielholz und Ladewig etabliert (Laging & Bieker, 2018).

Das Modell der Risiko- und Schutzfaktoren nach Bühler und Bühringer (2016) teilt sich auf in Familie, Medien, Individuum, Freunde, Schule und Gesetzgebung. Zur Gesetzgebung gehören die Kontrolle des Zugangs, Preis, Armut, die legale Altersgrenze und die Verfügbarkeit. Der Aspekt der Familie beinhaltet geringe elterliche Wärme, Auszug, elterliches Konsumverhalten, Missbrauch, Überbehütung, Permissivität (Toleranz, durch die anderen Personen Freiheit im Handeln zugebilligt wird), Konflikte, Monitoring, Konsumnorm und inkonsistentes Erziehungsverhalten. Zum Punkt der Schule gehören das Zugehörigkeits- und Pflichtgefühl, Schulversagen und die tertiäre Bildung, zum Punkt der Medien die positive Darstellung in Filmen und Werbung. Zu Freunden gehören deviante Peergruppen, der Konsum, die Konsumnormen, Entfremdung von den Peers und unter Umständen auch eine Zurückweisung durch Peers. Der Faktor des Individuums wird in unterschiedliche Lebensalter eingeteilt; vor der Geburt spielen genetische und pränatale Dispositionen eine Rolle und in der frühen Kindheit ein problematisches Temperament. In der mittleren Kindheit gehören Sensation Seeking, schwaches Selbstmanagement, früher Substanzkonsum, ADHD, Hyperaktivität, anhaltendes Problemverhalten, Ängste und Depressionen, Aggressivität und antisoziales Verhalten und schwache Impulskontrolle zu wichtigen Einflussfaktoren. Im Jugendalter ist es Aufmüpfigkeit, vermeidendes Coping, Verhaltensstörungen und negative Emotionalität. Im frühen Erwachsenenalter gehört das antisoziale Verhalten und die Ablehnung konventioneller Erwachsenenrollen zu den Risiko- und Schutzfaktoren. Auch hier stehen die einzelnen Faktoren in einer wechselseitigen Beziehung (Bühler & Bühringer, 2016).

Zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen im Jugendalter lässt sich auch der entwicklungspsychologische Ansatz hinzuziehen. Dieser begründet die Funktionalität des Konsum darin, bestimmte Entwicklungsaufgaben im Jugendalter lösen zu können. Diese entstehen aus „biologischen Entwicklungsprozessen [...], sozialen Anforderungen [...] und individuellen Zielen“ (Laging & Bieker, 2018, S. 28). Um es an einem Beispiel zu verdeutlichen: Der Aufbau intimer Beziehungen mit gegen- oder gleichgeschlechtlichen Partnern und Partnerinnen kann leichter fallen, wenn Alkohol oder Substanzen mit ähnlich enthemmender Wirkung konsumiert wurden.

Der sozialpädagogische Ansatz beinhaltet die Lebensweltorientierung und die Lebensbewältigung. Der Ansatz der Lebensweltorientierung beschreibt den Konsum von Drogen als ein „individuelles und spezifisches Deutungs- und Handlungsmuster“ (Laging & Bieker, 2018, S. 31). Demnach erfüllt der Konsum für das Individuum die Funktion, Anforderungen und Belastungen im Alltag bewältigen zu können. Der Konsum von Mephedron-Tabletten würde sich durch den Ansatz der Lebensweltorientierung dadurch erklären lassen, dass der Konsument beziehungsweise die Konsumentin höhere Leistungen vorweisen möchte als andere Mitarbeitende im Betrieb aufgrund der Leistungsgesellschaft. Der Ansatz der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch sieht in der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen als Bewältigungsverhalten in kritischen Lebenskonstellationen in drei Dimensionen: die psychodynamische, die sozio-dynamische/interaktive und die gesellschaftliche Dimension. Die psychodynamische Dimension bezieht sich auf die individuellen Prozesse des Verarbeitens und Erlebens, die gesellschaftliche Dimension meint die Kontextualisierung in sozialpolitische Lebenslagen und die sozio-dynamische/interaktive Dimension knüpft unter anderem an die Lösungskulturen in Familien, Freundes- oder auch Berufsgruppen an. Das Bewältigungsverhalten kommt dann zum Tragen, wenn sogenannte Abspaltungsprozesse (unbewusstes Verdrängen und Nicht-Aufarbeiten von Gefühlen und Hilflosigkeitserfahrungen) auftreten (Laging & Bieker, 2018).

2.3 Abhängigkeitserkrankungen im Alter

Das Durchschnittsalter nach Hauptdiagnose der Klienten und Klientinnen, welche 2020 in Deutschland in ambulanten Einrichtungen registriert wurden, lag bei 38,6 Jahren (Deutsche Suchthilfestatistik, 2020). Bei den erwachsenen, älteren und alten Menschen stehen allerdings nicht illegale, sondern vorwiegend legale Drogen wie Alkohol, Medikamente und Nikotin im Vordergrund (Niekrens 2012).

Das Durchschnittsalter beim Konsum von Alkohol lag bei jeder zweiten Person bei über 50 Jahren, sie machten rund 45% aller Menschen in ambulanten Einrichtungen aus. Bei Opioiden als Hauptdiagnose lag der Wert der über 50-Jährigen bei 18,5%. Bei allen Gruppen liegt der Männeranteil altersunabhängig betrachtet höher als der Frauenanteil. Bei Alkoholabhängigkeit liegt der Männeranteil bei 69,7% (Frauen 30,3%), bei Opioiden 78,0% (Frauen 22,0%), bei Cannabinoiden 82,6% (Frauen 17,3%), bei Stimulanzien bei 70,5% (Frauen 29,5%), pathologisches Spielen hat einen Männeranteil von 88,0% (Frauen 12,0%) und exzessive Mediennutzung 88,8% (Frauen 11,0%) (Deutsche Suchthilfestatistik, 2020). Im

folgenden soll der Fokus auf Alkoholabhängigkeit, Nikotinabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit im Alter gelegt werden.

Je älter Menschen werden, desto schwerer vertragen sie Alkohol, da zum einen der Wasseranteil im Körper sinkt (dies führt zu einer höheren Alkoholkonzentration im Blut) und gleichzeitig die Leber längere Zeit benötigt, um den Alkohol abzubauen (DHS 2021). „Bei den über 60-jährigen Frauen liegen die Prävalenzen für eine Alkoholabhängigkeit bei 0,5–1% und bei den über 60-jährigen Männern bei 2–3%; die Prävalenzen für einen Alkoholmissbrauch bewegen sich zwischen 10–20% bei Männern und 1–10% bei Frauen. Allerdings trinken 43% der über 75-jährigen regelmäßig Alkohol“ (Hoff et al., 2017, S. 3). Der Risikokonsum bei älteren Menschen in Deutschland ist also verhältnismäßig gering.

Trotzdem kann er zu körperlichen Risiken führen. Dazu gehören Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, einer Erhöhung des Verletzungs- und Sturzrisikos und komorbider psychischer Erkrankungen, einer Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen, neuropsychologische Einbußen, neuropsychiatrische Beeinträchtigungen und ein erhöhtes Risiko für die Erkrankung an Demenz (Hoff et al., 2017). Weiterhin kann es zu einer Voralterung der Organe, Lebererkrankungen (fallweise auch bis zur Leberzirrhose), Krebserkrankungen und hirnorganischen Schäden kommen (Niekrens, 2012).

Obwohl die Anzahl der Konsumenten von Nikotin ab 60 Jahren abnimmt, raucht in Deutschland „jeder 5. Mann und jede 10. Frau in der Altersspanne 60–65 Jahre sowie jeder 7. Mann und jede 20. Frau in der Altersspanne 70–75 Jahre“ (Hoff et al., 2017, S. 6). Ältere Menschen die rauchen weisen eine überdurchschnittlich schlechte gesundheitliche Verfassung auf, beispielsweise durch die Erkrankung von Atemwegen (zum Beispiel COPD). Zwischen COPD (chronisch obstruktiven Atemwegserkrankung) und Depressionen gibt es eine signifikante Korrelation. Bei Älteren, die aktuell oder früher viel Nikotin konsumiert haben, konnten öfter schwere depressive Episoden registriert werden (Hoff et al., 2017).

In Deutschland sind schätzungsweise 1,1 bis 1,2 Millionen Menschen medikamentenabhängig (Hoff et al., 2017). Mehr als 50% aller medikamentösen Verordnungen in Deutschland richten sich an Menschen, die älter als 65 Jahre sind. Diese können sowohl erwünschte als auch unerwünschte Nebenwirkungen haben. Zu den unerwünschten zählt, dass die Medikamente nicht mehr so gut vertragen werden, konkret dass die Leber und die Nieren längere Zeit arbeiten müssen, um sie abzubauen. Daher bleiben die Medikamente auch länger im Organismus, die Wirkung wird in Stärke und Dauer intensiviert. Eine solche Wirkstoffanhäufung im Körper kann unterschiedliche körperliche Störungen hervorrufen, beispielsweise Schwindel, Verstopfung und Schlafstörungen.

Bei bestimmten Medikamenten besteht außerdem ein Potential für Abhängigkeit, besonders Beruhigungs- und Schlafmittel. Diese beinhalten zum Teil Benzodiazepine (synthetische Wirkstoffe, welche dämpfend auf das Zentrale Nervensystem wirken). Sie sollen angstlindernd wirken und das Einschlafen erleichtern, sowie Erregungszustände mildern. Eine körperliche Gewöhnung kann bereits nach wenigen Wochen auftreten. Die Folgen können Gleichgewichtsstörungen, Benommenheit, eine verminderte Reaktionsfähigkeit, Gedächtnisstörungen oder auch deren Verstärkung, verringerte Bewegungskontrolle und Verarmung des Gefühlslebens sein (DHS, 2021). Außerdem können „Zittern [...], Ängsten, Depressionen [...], Gereiztheit, Gewichtsverlust, Aggressivität, Vernachlässigung der Körperhygiene, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Verwirrtheit sowie Persönlichkeitsveränderungen“ auftreten (Hoff et al., 2017).

Hinzu können Entzugserscheinungen kommen, sobald das Medikament abgesetzt wird. Außerdem besteht die Möglichkeit, dass ursprüngliche Symptome wieder auftreten, beispielsweise Panikattacken oder auch Schlafstörungen. Auch kann es zu Wechselwirkungen zwischen Alkohol und bestimmten Medikamenten kommen. Der Alkohol verstärkt die medikamentöse Wirkung, kann sie verringern oder auch vollständig kompensieren. Die Kombination des Konsums aus Alkohol und Schlaf- und Beruhigungsmitteln führt beispielsweise zu einer Verstärkung des dämpfenden Effekts und der Nebenwirkungen Übelkeit und Schwindel (DHS, 2021).

3 Beratung in der Sozialen Arbeit

Dieses Kapitel zur Beratung in der Sozialen Arbeit beginnt mit der offiziellen Definition von Sozialer Arbeit und der Definition von Beratung. Danach widmet es sich der Bedeutung des Altersunterschiedes zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin. Es folgt eine Betrachtung, welche Rolle Zwangskontexte in der Beratung Sozialer Arbeit haben. Danach wird der Fall von Beratung älterer Menschen mit Migrationshintergrund näher beleuchtet und auf die Altersdiskriminierung eingegangen. Zum Schluss kommen die strukturellen und zukünftigen Herausforderungen in der Beratung älterer Menschen in der Sozialen Arbeit.

3.1 Definition Soziale Arbeit

Die internationale Fassung der Definition Sozialer Arbeit lautet wie folgt: „Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing. The above definition may be amplified at national and/or regional levels“ (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., o.D.).

Die deutsche Version definiert Soziale Arbeit folgendermaßen: „Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen. Die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, die Menschenrechte, die gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit. Dabei stützt sie sich auf Theorien der Sozialen Arbeit, der Human- und Sozialwissenschaften und auf indigenes Wissen. Soziale Arbeit befähigt und ermutigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens bewältigen und das Wohlergehen verbessern, dabei bindet sie Strukturen ein. Diese Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene weiter ausgeführt werden“ (DBSH, o.D.).

Die Definitionen unterscheiden sich in ihrer Übersetzung folgendermaßen: Die englische „liberation“ („Befreiung“) wird in der deutschen Variante der Definition als „Selbstbestimmung des Menschen verstanden. Die genannte Achtung der Vielfalt inkludiert dabei auch die Heterogenität.

Ein wichtiger Aspekt der Sozialen Arbeit ist das Tripelmandat nach Sylvia Staub-Bernssconi. Sie sieht die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, was eine Ergänzung zum Doppelmandat (Mandat der Gesellschaft sowie der Klienten und Klientinnen) der Sozialen Arbeit darstellt (Engelke et al., 2018). Das Paradigma der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession hat sich allerdings in Deutschland noch nicht vollständig durchgesetzt (Eberlei et al., 2018).

3.2 Definition Beratung

Allgemein gefasst ist Beratung ein mannigfaltiges und ausgedehntes Arbeitsfeld in der psychosozialen und sozialpädagogischen Praxis (Aner, 2010). Weiter gefasst ist Beratung eine Handlungsmethode und Interventionsform in der sozialen Arbeit, deren Ursprünge zum Teil aus der Psychologie stammen (Bräutigam, 2018). Sie ist ein kommunikativer Prozess, in dem Irritationen, Probleme beziehungsweise Fragen der einen Seite erläutert und gelöst werden, ohne dass die Autonomie der Entscheidung verletzt wird. Sie kann in unterschiedlichsten Disziplinen vorkommen, beispielsweise in den Rechts- und Erziehungswissenschaften, Philosophie, Psychologie und der Sozialen Arbeit.

Man kann zwischen Alltags- und professioneller Beratung unterscheiden. Alltagsberatung ist gekennzeichnet durch eine lebensweltliche Expertise, im Gegensatz dazu sind Professionelle in der Beratung durch ein Studium und eine Zusatzausbildung Experten in spezifischen Schwerpunktbereichen. Beratung baut auf die Veränderungsbereitschaft und den Unterstützungswunsch der Klienten und Klientinnen. Ziel einer Beratung ist es, die Definition eines Problem beziehungsweise der Probleme zu erarbeiten. Dazu sollen existenzielle und emotionale Sichtweisen beleuchtet werden, welche den Perspektivwechsel begünstigen sollen (Großmaß, 2017). Professionelle Beratung ist zeitlich begrenzt, kontextspezifisch, zielgerichtet und erfordert „die Einpassung des Wissens in die jeweilige Lebenswelt/Lebensrealität der Subjekte [Klienten und Klientinnen]“. Die beratenden Personen verfügen dabei über die Klienten und Klientinnen in diesen Kontexten über eine Expertenmacht (den Wissensvorsprung) und eine Informationsmacht (auf den Informationszugang bezogen). Eine Sonderform im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung stellt die Online-Beratung dar. Zu den Qualitätsmerkmalen von psychosozialer Beratung gehören die Interdisziplinarität, vielfältige Beratungskonstellationen und offene Settings (Bräutigam, 2018).

Beratung muss von Psychotherapie abgegrenzt werden. Beratung hat sich im „nordamerikanischen Raum aus den pädagogischen und religiös geprägten Bereichen“ entwickelt (Bräutigam, 2018, S. 187). Die hauptsächlichen Ziele der Beratung sind Prävention und Empowerment. Zwar könne Beratung durchaus auch therapeutische Effekte haben, beispielsweise wenn sich ein Klient beziehungsweise eine Klientin respektiert fühlt und deswegen Entwicklungsschritte leichter sind, es ist aber nicht mit einer Therapie gleichzusetzen. Wesentlich für die Soziale Beratung ist außerdem der individuelle Fokus auf die Lebensweltorientierung. Des öfteren sind Beratungsangebote klar kategorisiert, beispielsweise die Familienberatung, Jugendberatung und Suchtberatung (Bräutigam, 2018).

Psychotherapie entwickelte sich im 19. Jahrhundert in Europa aus der Gesundheitsversorgung und ist hingegen weniger niedrigschwellig angesiedelt als die

Beratungsangebote Sozialer Arbeit (Bräutigam, 2018). Der Fokus der Therapie liegt auf Krankheiten und psychischen Störungen sowie deren Heilung. Sie gehört zum Gesundheitssystem und ist stark mit der Medizin verknüpft. Der Psychotherapie liegt eine eigene Wissenschaft zugrunde, bei der Beratung in der Sozialen Arbeit ist dies anders. Ein bedeutender Unterschied zur Beratung lässt sich folgend beschreiben: „[...] Das in der Psychotherapie vorherrschende psychogenetische Störungsverständnis [führt] zu einer Individualisierung gesellschaftlich-strukturell verursachter Problemlagen, die letztlich den Betroffenen als ‚eigenes‘ bzw. ‚persönliches‘ Problem zugeschrieben [werden]“ (Schubert, 2015, S. 38).

3.3 Bedeutung des Altersunterschiedes zwischen Berater/Beraterin und Klient/Klientin

In einer Beratung älterer Menschen in der Sozialen Arbeit können zwischen der beratenden Person und der zu beratenden Person unterschiedliche Konstellationen bezüglich des Alters auftreten. Die beratende Person kann jünger, ähnlich alt oder älter als die zu beratende Person sein. Im folgenden wird auf die genannten Konstellationen eingegangen werden.

Dieser Zustand in einem Beratungssetting wird Age Troubles (deutsch: Altersprobleme) genannt. Sie sind die altersbezogenen Irritationen und umfassen die „Ungleichzeitigkeiten, Spannungen und Konflikte“ in einer Beratung (Aner, 2020, S. 220). Sie können sowohl durch die Klienten und Klientinnen als auch durch die Berater und Beraterinnen entstehen (Aner, 2020).

Ist der Sozialarbeiter beziehungsweise die Sozialarbeiterin in der Beratung jünger als der Klient oder die Klientin, kann dies zu sogenannten „irregulären Übertragungen“ führen (Aner, 2020, S. 220). Dies meint, dass Klienten und Klientinnen ungewollt in die Rolle eines Elternteils verfallen und deswegen die Kompetenzen der Beraterin oder des Beraters anzweifeln können. Es kann auch vorkommen, dass ältere Klienten und Klientinnen die beratende Person beschenken und umsorgen wollen. Die beratende Person findet sich während des Beratungsprozesses sowohl in der Rolle des Kindes wieder, später aber auch zeitgleich in einer Elternrolle. Dies stellt eine Konfrontation mit einer Umdrehung der Generationsrelationen dar (Aner, 2020).

Die Zusammenarbeit zwischen ältere Berater und Beraterinnen und älteren Klienten und Klientinnen (also Gleichaltrigkeit) wird als produktiv und nützlich angesehen, wenn die beratende Person selbst erfolgreich altert beziehungsweise gealtert ist. Ist das nicht der Fall, können Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen dazu neigen, eigene Problemlösungen einfließen zu lassen. Eine Hauptgefahr besteht in dieser Konstellation darin, dass Berater und Beraterinnen „eigene Bilder vom Alter, eigene Wünsche und Befürchtungen“ auf die Klienten und Klientinnen übertragen können (Aner, 2020, S. 221). Ältere Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen werden in der Arbeit mit älteren und alten Klienten und Klientinnen mit dem eigenen Alternsprozess konfrontiert. Wenn eine ältere Person eine andere ältere Person berät, kommt es zwangsweise zu einer sogenannten Selbstbegegnung. Dies führt zu einer Kombination aus fachlicher und emotionaler Ebene, wenn die Sozialarbeiterrolle auf das Sozialarbeitersein trifft. Ältere Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen können dabei beispielsweise betroffen reagieren. Es kann auch zu einer Vermeidungsreaktion seitens der beratenden Person kommen, wenn Verluste im Alter in der Beratung thematisiert werden, da es eine mögliche Konfrontation mit der eigenen Zukunft sein kann. (Aner, 2020).

In jedem individuellen Fall muss eine Passung zwischen der beratenden Person und der aufsuchenden Person stattfinden. Eine automatische Nicht-Passung tritt bei besonders starken Altersunterschieden auf (Aner, 2020). Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen, mit Altersunterschieden in einer Beratung umzugehen. Dazu zählen zum ersten die „De-Thematisierung des Alters“, die „pragmatische Berücksichtigung des Alters“ und als drittes die Nutzung der „Generationenbeziehungen als Bestandteil beruflichen Rollenhandelns“ (Aner, 2020, S. 221 f.).

Hinzu kommen weitere Asymmetrien. Während jüngere Berater und Beraterinnen eine höhere Expertise als ältere Klienten und Klientinnen haben, verfügen diese aufgrund ihres Alters über eine höhere soziale Macht und mehr Lebenserfahrung. Weiterhin kann eine Form von Machtdifferenz in der Beratung auftreten, da die erzieherische generative Abhängigkeit bei jüngeren Beratenden unterbewusst eine Rolle spielen kann. Auch das Selbstbild der Beraterin oder des Beraters kann in Mitleidenschaft gezogen werden. Das wird damit begründet, wenn ältere Beratende sich über einen längeren Zeitraum in der Helferrolle für ältere Menschen begreifen und dann selbst altern. Das kann dazu führen, dass der eventuelle Rollenwechsel in die Hilflosigkeit bedrohlich wirkt. Es droht außerdem die Gefahr einer überwiegenden Problemorientierung in der Beratung statt der Einbeziehung von Ressourcenorientierung, welche allerdings notwendig für eine professionelle Beratung ist (Aner, 2020). Wichtig ist für Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen in der Beratung von alten und älterer Menschen, „ihre eigenen subjektiven Deutungen des Altern(n)s, ihre Ressourcen, Grenzen und Befürchtungen im Kontext ihrer eigenen Position im Lebenslauf“ zu bedenken und widerspiegeln zu können (Aner, 2020, S. 225).

3.4 Zwangskontexte

Nicht immer finden Beratungen in der Sozialen Arbeit auf einer Basis von Freiwilligkeit statt. Klienten und Klientinnen können auch durch gesetzliche Auflagen dazu verpflichtet sein, an ihnen teilzunehmen oder beispielsweise von Angehörigen/Freunden/Partner/Partnerin zur Beratung geschickt worden sein und sind dementsprechend auch primär extrinsisch und nicht intrinsisch motiviert. Der Faktor der Veränderungsmotivation ist in Zwangskontexten von besonderer Bedeutung (Noyon & Heidenreich, 2020). Ein Beispiel für einen Zwangskontext wäre ein Mann, der von seiner Ehefrau dazu gedrängt worden ist zu einer Suchtberatungsstelle zu gehen, da sie sich ansonsten von ihm trennen würde.

Definiert werden Zwangskontexte als „alle nicht von den“ Klienten und Klientinnen „selbst ausgehenden Einflüsse zum Aufsuchen von Einrichtungen der Sozialen Arbeit“. Damit sind sowohl subjektiv aufgefasste Anreiz- und Druckfaktoren als auch gesetzliche Anordnungen (Kähler 2017, S. 1013). Ein Druckfaktor wäre das Androhen von Sanktionen (Cornel, 2021). Besonders häufig treten Zwangskontexte in der Sozialen Arbeit in den Arbeitsfeldern wie beispielsweise der Bewährungshilfe, der Jugendgerichtshilfe, des Strafvollzugs und im Sozialrecht, in der Arbeit mit psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen und im Jugendamt auf. Zwar kann der Umstand eines Zwangskontextes bedeuten, dass der Klient oder die Klientin kein Einsichtvermögen und Veränderungsmotivation mitbringt, dies ist allerdings nicht zwangsläufig. Eine Handlungsempfehlung an Professionelle lautet, das Offenlegen „der Voraussetzungen und Chancen, das Angebot, gemeinsam an der möglichst raschen Beendigung der erzwungenen Kontakte zu arbeiten“ und „die Überführung erzwungener Kontakte in eine von den“ Klienten und Klientinnen „erwünschte Zusammenarbeit“ (Kähler 2017, S. 1013).

In der Beratung mit Zwangskontexten sollten Beratende einiges weitere im Umgang mit den zu Beratenden beachten. Zum einen sollten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen von unangemessenen Wünschen des zu Beratenden distanzieren. Ein gängiges Beispiel hierfür wäre das Ausstellen von Bescheinigungen ohne die notwendige durchzuführende Beratung. Das Ansprechen der beidseitigen Ambivalenz kann außerdem förderlich sein, dies meint das Kommunizieren, dass das Ergebnis der Beratung vom Verhalten des Klienten oder der Klientin abhängig ist. Als nächstes wird das Ansprechen der schwierigen Situation benannt, um Verständnis für die Lage des Klienten beziehungsweise der Klientin zu demonstrieren.

Etwas, das Fachkräfte der Sozialen Arbeit hingegen möglichst vermeiden sollten, ist eine Überidentifizierung mit der zu beratenden Person auszudrücken. Weiterhin sollten Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen keine unrealistischen Erwartungen bezüglich der Motivation an die zu beratenden Person stellen (zum Beispiel das eine Beratung erst beginnen

kann, wenn der Klient beziehungsweise die Klientin einsichtig geworden ist). Auch von Überredungsversuchen wird abgeraten (Noyon & Heidenreich, 2020).

3.5 Das Motivational Interviewing zur Motivation der Verhaltensänderung auf Basis des Transtheoretischen Modells

In der Suchtberatung kann auf das Motivational Interviewing zurückgegriffen werden. Dabei gibt es fünf Grundprinzipien: zum ersten die einfühlsame Grundhaltung der beratenden Person gegenüber dem Klienten beziehungsweise der Klientin; zum zweiten den Wahrnehmungsaufbau von Gegensätzen der Ziele des Klienten oder der Klientin; zum dritten die Vermeidung von Schuldzuweisungen oder Wertungen; zum vierten den Abbau von Abwehrhaltungen des Klienten oder der Klientin; zum fünften die Hilfe zur Selbsthilfe. Gesprächsführungstechniken, welche es zu beachten gilt, sind das Stellen von offenen Fragen, das aktive Zuhören, die Unterstützung und Bestätigung der Klientin oder des Klienten, eine Zusammenfassung am Ende des Beratungsgesprächs und die Unterstützung des Klienten oder der Klientin dabei, eigene Motivationen verbal auszudrücken. Kommt es zum Widerstand auf Seiten der zu beratenden Person in der Beratung, bedeutet dies, dass die Änderungsbereitschaft noch nicht ausreichend ist (Hapke, Rumpf, Schumann & John, 1999).

Das Transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente beinhaltet folgende Phasen: Das Stadium der Absichtslosigkeit (1; precontemplation), das Stadium der Absichtsbildung (2; contemplation), das Stadium der Vorbereitung (3; commitment), das Stadium der Handlung (4; action) und das Stadium der Aufrechterhaltung (5) (Hapke, Rumpf, Schumann & John, 1999).

Im ersten Stadium empfiehlt es sich, dem Klienten oder der Klientin allgemeine Informationen zu Abhängigkeit zu vermitteln, das Problembewusstsein zu fördern, widersprüchliche Ziele zu definieren und weitere Termine zu vereinbaren. Im zweiten Stadium wird die Diskrepanzförderung fortgesetzt, der Klient oder die Klientin sollte über weitere Hilfsangebote informiert werden und einzelne spezifische Ziele werden formuliert. Auch hier werden weitere Termine vereinbart. Wenn sich der Klient oder die Klientin in der Beratung im Stadium der Vorbereitung befindet, sind entsprechende Handlungsschritt das Formulieren von Zielen und deren Umsetzung zu planen und einen neuen Termin zu vereinbaren. Im Handlungsstadium wird die Durchführung der Umsetzung garantiert und weitere Termine vereinbart. In der Phase der Aufrechterhaltung erfolgt eine positive Rückmeldung des Beraters

oder der Beraterin. Es wird festgestellt, ob ein weiterer Beratungsbedarf nötig ist (Hapke, Rumpf, Schumann & John, 1999).

3.6 Beratung älterer Menschen mit Migrationshintergrund

Vor ungefähr 40 Jahren wurden viele Menschen mit Migrationshintergrund zum Arbeiten in Deutschland angeworben. Damals wurde davon angegangen, dass sie nach Beendigung dessen wieder in ihre Herkunftsländer abreisen würden, viele blieben aber in Deutschland, was unter anderem am höheren Lebensstandard und der besseren medizinischen Versorgung liegt. Diese Menschen zählen mittlerweile zu den alten, alten oder sich im Übergang befindenden Menschen (Läsker & Yortanli, 2012). Die russischen Migranten machen in Deutschland den Großteil der älteren und alten Menschen mit Migrationshintergrund aus. Strukturelle Benachteiligungen wie niedrigere Löhne und die Vergabe beruflicher Stellen münden in einer durchschnittlich niedrigeren Lebensqualität, beispielsweise geprägt von Einsamkeitsgefühl und das Gefühl des sozialen Ausgegrenztseins. Die Wohnsituation ist häufig unterprivilegiert und die Bewohner in der nahen Umgebung entsprechen oft der eigenen Nationalität, da die Orientierung an bekannte Milieus im Alter häufig zu beobachten ist.

Die Arbeit mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund unterscheidet sich dadurch von der mit jüngeren, dass die Deutschkenntnisse bei älteren Migranten weniger stark ausgeprägt sind. Trotz geringerem Einkommen und tendenziell schlechteren Wohnbedingungen werden öffentliche Hilfen von Migranten und Migrantinnen verhältnismäßig selten in Anspruch genommen. Ursachen hierfür sind Hilflosigkeit auf Seiten der Menschen mit Migrationshintergrund und die unzureichende niedrigschwellige sprachlichen und interkulturellen Kommunikation über Angebote (Leitner, 2015). Auf Seiten der Anbieter sozialer Dienstleistungen existieren oft „Berührungsängste und Irritationen, die Furcht vor Mehrbelastung sowie diskriminierende Einstellungen und Verhaltensweisen“ (Leitner, 2015, S. 71).

Die Soziale Beratung benötigt daher eine interkulturelle Öffnung, was sich auch auf die interkulturelle kognitive und Handlungskompetenzen der Berater und Beraterinnen bezieht. Zu diesen Kompetenzen gehören unter anderem „Kenntnisse zu Migration, Herkunftsgesellschaften [...], Lebensbedingungen von Migrant_innen“, eine „Dekonstruktionskompetenz aller gelernten Wissenbestandteile“, „Empathie, Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz und Kommunikationskompetenz“ (Leitner, 2015, S. 74). Auch die Etablierung von anteilmäßig genügenden spezialisierten Beratungsstellen ist denkbar, welche

sich auf bestimmte religiöse Gruppen oder auch Sprachen konzentrieren. An diesem Vorschlag wird allerdings kritisiert, dass dies ein homogenes Bild einer Menschengruppe fördern würde (Leitner, 2015). Da eine Kultur wesentlich komplexer ist als sie nur durch Sprache und Bräuche zu definieren, lautet ein anderer Vorschlag, weitere soziale Aspekte wie „soziale Herkunft, Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand“ und so weiter einzubeziehen und die Beratung in der Sozialen Arbeit inklusiver zu gestalten (Leitner, 2015, S. 73).

Aktuell wird in Beratungskontexten häufig auf die sprachliche Vermittlung von Laien gesetzt, beispielsweise Familienangehörigen der Klienten und Klientinnen. Das kann zu Übersetzungsfehlern und Störungen in der Kommunikation führen, was sich wiederum negativ auf die Mitbestimmung der Klienten und Klientinnen innerhalb der Beratung auswirken kann (Leitner, 2015). Es wird gefordert, dass Soziale Arbeit in den Beratungsstellen Menschen mit Migrationshintergrund explizit als eine ihrer Zielgruppen anerkennen muss (Stöcker-Zafari, 2011). Weitere Aspekte, an denen mit Veränderung angesetzt werden könnte, sind „Teams mit Mitarbeiter/innen verschiedenen Herkunft“ (Diversity Management), „fremdsprachliche Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten“ und eine „gezielte Förderung interkultureller und migrationsbezogener Kompetenz aller Mitarbeiter/innen der Einrichtung durch Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz“ (Stöcker-Zafari, 2011, S. 239). Die Angebote sozialer Beratungsstellen sollen dabei möglichst räumlich nah an den Wohnorten der Klienten und Klientinnen verortet sein und flexible Öffnungszeiten anbieten (Stöcker-Zafari, 2011). Die Kommunikation des Dienstleistungsangebots soll sozialraumorientiert sein.

Zu einer wichtigen Kompetenz in der Beratung älterer Menschen mit Migrationshintergrund gehört das „Bewusstsein für die ungleiche Machtverteilung zwischen Mehrheitsgesellschaft und Minderheiten sowie die Auswirkungen auf die Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten aller Beteiligten“ (Stöcker-Zafari, 2011, S. 239). Ein wertschätzender, respektvoller und anerkennender Umgang hinsichtlich der Unterschiede in der Beratung ist dementsprechend gefordert und entspricht der Definition der Sozialen Arbeit (Stöcker-Zafari, 2011).

3.7 Altersdiskriminierung

Nicht nur im Alltag kann es zu Fällen von Altersdiskriminierung kommen, auch in professionellen Kontexten wie einer Beratung der Sozialen Arbeit ist es möglich und es gilt, dies zu vermeiden. Grundsätzlich kann Altersdiskriminierung alle Altersgruppen betreffen. Im folgenden wird der Fokus auf die Diskriminierung älterer und alter Menschen liegen.

Altersdiskriminierung, oder auch Ageism genannt, wobei die Begriffe nicht gleichzusetzen sind, wird definiert als gesellschaftliches Phänomen in drei Dimensionen. Dies inkludiert zum ersten Vorurteile gegenüber älteren und alten Menschen sowie dem Alternsprozess, zum zweiten soziale Diskriminierungen im Alltag und zum dritten politische sowie institutionelle Praktiken, welche „stereotype Überzeugungen immer wieder bestätigen und hierdurch aufrechterhalten“. Die dritte Dimension beinhaltet den Fakt, dass sich die Gestaltung äußerer institutioneller Rahmenbedingungen nicht an älteren, sondern an jungen Menschen orientiert. Ageism ergänzt zur Altersdiskriminierung den Prozess des Alterns (Mayer & Rothermund, 2009).

Stereotype, welche das Alter betreffen, können zum Beispiel die Überzeugung sein, dass ältere und alte Menschen auf der negativen Seite immer unflexibel, weniger risikobereit, unkreativ und weniger innovativ seien. Aber auch generalisierte positive Attributionen, wie beispielsweise dass alte Menschen immer geduldig, hilfsbereit und weise seien, sind Stereotype (Ehmer, 2019).

Das unterschiedliche Behandeln von jüngeren und älteren Menschen ist allerdings nicht zwangsläufig eine Form der Altersdiskriminierung, da eine Ungleichbehandlung auch notwendig sein kann und ethisch gefordert ist. Ein Beispiel hierfür ist das versimplerte Sprechen mit älteren Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Dies ist nötig, um ihnen die Teilhabe an einem Gespräch zu ermöglichen. Es handelt sich immer dann um Altersdiskriminierung, wenn der legitime Anspruch auf einen passenden Umgang verletzt wird. Die Legitimation ergibt sich aus ethischen und moralischen Normen und rechtlichen Bestimmungen. Verhalten, welches als eine Form der Altersdiskriminierung ausgelegt wird, kann außerdem manchmal nicht auf das Alter einer Person bezogen sein, sondern auf ein alterskorreliertes Merkmal, wie beispielsweise ein niedrigeres Gesundheitsniveau, bezogen sein. Eine Anspruchsverletzung wegen alterskorrelierter Merkmale ist eine merkmalsbasierte Diskriminierung. Merkmalsbasierte Benachteiligung liegt vor, sobald aufgrund alterskorrelierter Merkmale gehandelt wird und keine Anspruchsverletzung gegeben ist. Es handelt sich um eine altersbedingte Benachteiligung, wenn durch das Alter/Altersstereotype/altersbedingte Vorurteile keine Anspruchsverletzung vorgenommen wird (Mayer & Rothermund, 2009).

Ältere Menschen können in diversen Kontexten diskriminiert werden, so zum Beispiel im Arbeitsleben, Gesundheitswesen, in der Pflege, den Medien, im alltäglichen Sprachgebrauch, in Kommunikation und Interaktion, im Finanz- und Versicherungswesen und im Rechtswesen. Im Arbeitsleben kann Altersdiskriminierung stattfinden, wenn beispielsweise bei Einstellungen, Weiterbildungen, Übertragungen, Beförderungen sich hauptsächlich aufgrund des Alters eines Mitarbeiters gegen ihn oder sie entschieden wird. Dies wird häufig mit dem defizitären Bild des Alterns begründet, wie zum Beispiel einem körperlichen Abbau. Im Gesundheitswesen kann sie Altersdiskriminierung beispielsweise darin äußern, dass der Zugang zu gesundheitlichen

Dienstleistungen für ältere Menschen erschwert wird oder auch, dass die Qualität der medizinischen Versorgung bei älteren Menschen niedriger sein kann als bei jüngeren Menschen. Weiterhin kann die Arzt-Patient-Kommunikation von Altersdiskriminierung geprägt sein (dies kann sich beispielsweise durch eine geringere Geduldsspanne auf Seiten der behandelnden Fachkraft zeigen). In der Pflege zeigt sich Altersdiskriminierung im Kommunikations- und Interaktionsverhalten (Bevormundung und Kontrolle der älteren Patienten) und in Vernachlässigung und Missbrauch (Über- und Untermedikation, mechanische Fixierungsmaßnahmen, Zwang und Unterernährung). In den Medien werden ältere Menschen durch Unterrepräsentation diskriminiert, wenn das Verhältnis zur Bevölkerungsverteilung nicht ausgewogen ist. Dies wird als eine Distanzierung vom Alter verstanden und als Suggestion des Nichtrelevantseins. Außerdem kommt es zu einer häufig einseitigen Darstellung des Altersbildes, in der Werbung und im Unterhaltungsfernsehen überwiegt die Darstellung des vitalen und aktiven alten Menschen, in sachlichen Beiträgen dominiert hingegen die Darstellung der altersbezogenen Risiken wie beispielsweise Demenzerkrankungen. Im Rechtswesen zeigt sich die Altersdiskriminierung durch die ungleiche Wahrnehmung von Zeugen vor Gericht, ältere Menschen werden hierbei vorwiegend mehr Vertrauenswürdigkeit und Ehrlichkeit unterstellt, auf der anderen Seite auch, dass sie inkompetenter, leichter zu überzeugen und vergesslicher seien. Weiterhin werden ältere delinquente Menschen Untersuchungen zufolge gerichtlich weniger hart sanktioniert als jüngere Täter. Im Finanz- und Versicherungswesen zählen unter anderem das nicht gewähren von Dispositionskrediten und Darlehen ohne das Durchführen einer separaten Bonitätsprüfung. Weitere Bereiche, in denen ältere Menschen diskriminiert werden sind im gesellschaftlichen, politischen und sozialen Leben (zum Beispiel altersbezogene Maximalgrenzen im Ehrenamt), in der Infrastruktur und im Wohnen (mangelhafter Ausbau der öffentlichen Infrastruktur, welche die Erreichbarkeit von Ärzten und Ärztinnen erschwert) und in den neuen Medien und der Technik. Für die Bedienung ist beispielsweise oft Feinmotorik nötig, welche im Alter immer weiter abnehmen kann (Mayer & Rothermund, 2009).

Es gibt individuelle und strukturelle Erklärungsansätze für das Auftreten von Altersdiskriminierung. Zu den individuellen Ansätzen gehören Altersstereotype, Ängste vor dem Tod und dem Altern (aging anxiety) und altersspezifische soziale Motivationen. Ältere Menschen suchen nach der Theorie der sozio-emotionalen Selektivität eher den Kontakt zu vertrauten Menschen, während jüngere Menschen hauptsächlich Kontakt zu Menschen herzustellen, die Informationsgewinn ermöglichen. Zu den strukturellen Erklärungsansätzen gehören intergenerationelle Konflikte (wie zum Beispiel die begrenzten Kapazitäten von ärztlichen Dienstleistungen und finanziellen Etat der Krankenkassen) und institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen (beispielsweise das Vorhandensein einer niedrigen Anzahl von Pflegeeinrichtungen) (Mayer & Rothermund, 2009).

Die Folgen von Altersdiskriminierung lassen sich in Folgen für die Diskriminierten und die Diskriminierenden differenzieren. Folgen für die älteren und alten Menschen sind der mögliche Rückzug aus den betroffenen Lebensbereichen, die natürlichen Folgen der Diskriminierung (wie zum Beispiel finanzielle Nachteile), ein eingeschränktes Selbstwertgefühl und Eingrenzung des Leistungsvermögens. Diese Folgen treten allerdings nicht zwingend auf, da auch ältere Menschen resilient genug sein können um mit Altersdiskriminierung umzugehen. Positive Folgen der Altersdiskriminierung für alte Menschen ist, dass altersbezogene Benachteiligungen von ihnen zur Erklärung individueller Zurückweisungen und Angelegenheiten herangezogen werden können. Die Folgen der Altersdiskriminierung für die diskriminierenden Personen ist das Fördern und Stabilisieren des eigenen Selbstwertgefühls sowie eines gemeinschaftlichen Gefühls durch Abgrenzung zur anderen (Alters-)Gruppe. Zu den nachteiligen Folgen für die diskriminierenden Personen lässt sich festhalten, dass jüngere Menschen nicht von den Potenzialen der älteren Menschen (beispielsweise deren Erfahrungen) profitieren können, wenn sie nicht (genug) mit ihnen interagieren. Langfristig kann sich Altersdiskriminierung auch negativ auf die diskriminierenden Personen ausüben, wenn dadurch selbstschädigendes Verhalten im späteren Alter ausgelöst wird. Ein weiterer Nachteil sind Kosten für die Volkswirtschaft durch das Nichtbeschäftigen alter Menschen und damit der Nichtnutzung ihrer Produktivität. Das gleiche lässt sich auch auf die Ausübung von Ehrenämtern übertragen (Mayer & Rothermund, 2009).

Um Altersdiskriminierung zu reduzieren und präventiv vorzubeugen lassen sich individualzentrierte und strukturelle Maßnahmen ergreifen. Zu den individualzentrierten Maßnahmen gehören die Förderung des Aufbaus von intergenerationellen Interaktionen, die Vermittlung von altersbezogenen Wissen (welche sich allerdings als wenig produktiv erwiesen hat), durch Alterssimulationen und Rollenspiele, Unterstützung der Perspektivenübernahme und die Etablierung von Sozialkompetenzen gegenüber älteren und alten Menschen. Strukturelle Maßnahmen können die korrigierenden Gesetzgebungen, wie zum Beispiel das Antidiskriminierungsgesetz, ein angeordneter Ausbau der Infrastruktur und aufklärerischer Öffentlichkeitsarbeit sein (Mayer & Rothermund, 2009).

Alle genannten Formen der Diskriminierung können auch in Beratungskontexten auftreten. Handelnde Akteure müssen sich dementsprechend über ihre eigenen Vorurteile bewusst sei oder werden und diese überwinden.

3.8 Strukturelle und zukünftige Herausforderungen in der Beratung älterer Menschen

Ein wichtiger Faktor für die Beratung älterer und alter Menschen in der Sozialen Arbeit ist der demographische Wandel und die damit einhergehende sich verändernde Altersverteilung in Deutschland. Bereits heute macht der Anteil der Menschen in Deutschland, welche älter als 60 Jahre sind, rund 24,1% aus (Statista, 2022). Ein wird derzeit davon ausgegangen, dass dieser Anteil bis 2030 bei 27.800.000, bis 2040 bei 28.000.000, bis 2050 bei 28.500.000 und bis 2060 bei 27.800.000 Menschen über 60 Jahren liegen wird (Statista, Juni 2019). Dies bedeutet eine Verlängerung der Lebensphase Alter und daraus resultiert ein steigender Bedarf an Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen für Beratungsstellen, in denen ältere und alte Menschen eine der Hauptzielgruppen sind.

Eine der Forderungen für die Soziale Arbeit diesbezüglich lautet wie folgt: „Qualitätsstandards in der Ausbildung verschiedener Professionen und Berufe in der interdisziplinären Zusammenarbeit müssen durch die Soziale Arbeit erweitert und angepasst werden. Dies ist immer interdisziplinär mit anderen Akteuren/Professionen ab- und anzugleichen. Dadurch ist auch eine stärkere Beteiligung unserer Profession an der Ausbildung der ‚Alltagsbegleitung/Betreuungskräfte‘ und eine konsequente Förderung dieser Kräfte im beruflichen Alltag erforderlich, damit sie die Freizeit und den Alltag der Menschen adäquater gestalten können.“ Weiterhin heißt es: „Im Kontext der Arbeit mit älteren Menschen wirkt der DBSH darauf hin, interdisziplinär mit weiteren Berufen und Professionen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Soziale Arbeit muss sich in diesem Bereich deutlich mehr einmischen“ (Gosejacob-Rolf et al., 2019, S. 12).

Eine weitere wichtige Herausforderung für die Zukunft der Beratung älterer in der Sozialen Arbeit ist die Migration. Sie erfordert, dass sich Fachkräfte der Beratung kulturspezifische Kenntnisse und möglicherweise auch Sprachkenntnisse aneignen müssen. In Deutschland lebten 2020 rund 3.190.000 Menschen mit Migrationshintergrund, die 60 Jahre und älter sind. Die Erhebung umfasst folgende Personengruppen: (nicht) zugewanderte Ausländer und Eingebürgerte; (Spät-)Aussiedler; „Menschen, die die deutsche Staatsangehörigkeit durch Adoption durch einen deutschen Elternteil erhalten haben“ und „mit deutscher Staatsangehörigkeit geborene Nachkommen der zuvor genannten Gruppen“ (Statista, 2021). Der gesamte Anteil an Menschen mit einer nichtdeutscher Herkunft lag 2020 bei 13,1% (rund 11.820.000 Menschen). Die häufigsten Herkunftsländer waren 2021 abwärts sortiert nach Anzahl der Menschen die Türkei, Polen, Syrien, Rumänien, Italien, Kroatien,

Bulgarien, Griechenland, Afghanistan, Irak, Russland, Kosovo und Serbien (Statista, 2022). Durch die immer weiter zunehmende Globalisierung ist davon auszugehen, dass interkulturelle Kompetenzen immer mehr gefordert und notwendig sein werden, auch in der Sozialen Arbeit. Der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland, welche sich in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen befinden, liegt bei 16,8% und in stationären Suchthilfeeinrichtungen bei 13% (Ruf, 2021).

Der nächste Punkt ist die zunehmende Digitalisierung, welche ältere und alte Menschen vor Herausforderungen stellen kann. Der Anteil der Internetnutzer in Deutschland lag 2020 bei 88% und 2021 bei 91%, der Anteil der 14- bis 49-jährigen lag hierbei bei über 99% (Statista, 2022). Allerdings lag der Anteil der Senioren, welche 2020 hin und wieder einen stationären Computer nutzten, nur bei 54%, Laptopnutzung unter den Senioren lag bei 42% und 41% waren in Besitz eines Smartphones (Statista, 2020). Hierbei stellt sich die Frage der Niedrigschwelligkeit der Angebote in der Sozialen Arbeit, wenn die Dienstleistungen zukünftig primär über Internetwebsites kommuniziert werden sollten. Online-Beratungen stellen demnach auch für außerdem eine Herausforderung dar.

Die gleiche Frage stellt sich auch in Anbetracht dessen, dass der rund 6.200.000 (12,1%) der erwerbstätigen Menschen in Deutschland nicht ausreichend lesen und schreiben können (BMBF, 2018). Der prozentuale Anteil der Menschen über 65 Jahren, welche von diesem Problem betroffen sind, wurde statistisch dabei nicht berücksichtigt. Es ist allerdings davon auszugehen, dass es auch ältere Generationen betrifft. Die Soziale Arbeit steht hierbei vor der Herausforderung, diese Menschen auf anderen als schriftlichen Wegen zu erreichen und ihre Angebote zu kommunizieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Zukunft der Beratung ist der Abbau von Arbeitsstellen in den Beratungsstellen Sozialer Arbeit. Am Beispiel der Caritas stieg zwar die Anzahl der sozialen Beratungsstellen, gleichzeitig sank die Zahl der Vollzeitstellen um rund 30%, während die Zahl der Teilzeitstellen um rund 12% stieg (Kunz, 2013).

4 Fazit und Diskussion

Die Beratung älterer abhängigkeiterkrankter Menschen in der Sozialen Arbeit bedarf einer differenzierten Betrachtung dessen, vor welchen Herausforderungen Klienten und Klientinnen im Alter stehen und welche Probleme der Konsum von Suchtmitteln beziehungsweise den Suchtmitteln mit sich bringt. Es braucht als Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin fachlich fundiertes Wissen bezüglich der körperlichen, psychischen und sozialen Problemlagen im Alter, was eine Abhängigkeitserkrankung ausmacht und ein

ausgeprägtes selbstreflexives Vermögen hinsichtlich der eigenen Vorurteile und Stereotypen gegenüber der Zielgruppen der Beratungsstelle, da auch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen nicht davon ausgenommen sind, wenn vielleicht auch nur unterbewusst, ältere und abhängigkeiterkrankte Menschen zu diskriminieren. Dies kann meiner Einschätzung nach beispielsweise besonders dann vorkommen, wenn man in seiner Familie Angehörige oder im Bekannten- und Freundeskreis Menschen mit einem Suchthintergrund hat, da man zu diesen Themen eine emotional geprägte Verbindung haben kann und seine Vorstellungen auf Klienten und Klientinnen möglicherweise übertragen könnte.

Es kann außerdem sinnvoll sein, sich vor Augen zu führen, zu welcher gesellschaftlichen und familialen Generation der Klient oder die Klientin gehört, um sich ein Ausgangsbild zu verschaffen, welche Themen besonders relevant sein könnten. Allerdings darf es nur als Hypothese dienen, die sowohl bestätigt als auch widerlegt werden kann. Eine Versteifung auf die Angehörigkeit zu einer bestimmten Generation kann zu Fehlschlüssen führen und eine Beratung beeinträchtigen.

Auch sollte man sich als Beratender/Beratende darüber bewusst sein, welche Beziehungsdynamiken in einer Beratung entstehen können und wie sich diese auf die Beratung an sich auswirkt, wenn man als Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin jünger oder älter als der Klient oder die Klientin ist und sich dementsprechend vorbereiten. Im Zweifelsfall kann auch mit Kollegen und Kolleginnen Rücksprache gehalten werden oder auch Probleme im Rahmen von einer Supervision oder Teambesprechung thematisiert werden. Ein Mensch in der Beratung muss so facettenreich wie möglich betrachtet werden, mit Blick auf seine Kindheit, seine Herkunft, seine soziale Lage, sein Geschlecht, seines Gesundheitszustandes und jeder weitere Aspekt, der von Bedeutung sein kann. Als Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin muss man sich stets seine Rolle bewusst sein und sich auch distanzieren können. Die Beratung Sozialer Arbeit steht vor einigen zukünftigen Herausforderungen, in diesem Fall beispielsweise wegen des demographischen Wandels. Sie wird sich meiner Einschätzung nach auch immer an die Gesellschaft anpassen müssen und darf in ihrer Strukturierung, ihrer Herangehensweisen und der Durchführung niemals stagnieren. Sie muss sich immer die Frage stellen, wie man die Menschen am besten erreichen kann und muss so divers wie möglich aufgestellt sein, um die Qualität der Beratung zu garantieren. Diese Veränderungen kann aber nicht nur die Soziale Arbeit umsetzen, aus finanzieller Sicht ist sie dabei auch auf die gesetzlichen Bestimmungen und Grundlagen angewiesen, somit ist es eine politische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der es sich zu stellen gilt.

Kritisieren würde ich auf jeden Fall, dass die Soziale Arbeit zu wenig politischen Einfluss ausüben kann. Die Ausschreibung von Vollzeitstellen ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Qualität der Leistung einer Beratungsstelle. Gerade in Bezug auf die Zukunft und den demographischen Wandel ist es wichtig, Stellen nicht abzubauen. Beratungsstellen wie zum

Beispiel die Schuldnerberatung und die Suchtberatung haben ihre Daseinsberechtigung und sie müssen weiterhin mit genügend Personal ausgestattet sein.

Beim Schreiben dieser Bachelorarbeit ist mir oft aufgefallen, wie ambivalent ich manche Unterthemen fand. Auf der einen Seite war es beispielsweise sinnvoll, Generationen zu definieren, auf der anderen kann es natürlich dazu führen, dass man Menschen des gleichen Alters vorzeitig in eine bestimmte Schublade steckt und sowohl positive als auch negative Vorurteile hat. Andererseits denke ich, dass man automatisch immer alles kategorisiert, weil es entlastend wirkt. Wichtig ist nur, dass man immer bereit bleibt, Klienten und Klientinnen danach im Kopf aus den Kategorien herauszuholen und ihn mit einem möglichst neuen Blick zu betrachten. Das selbe gilt selbstverständlich nicht nur für professionelle Kontexte, auch im Alltag kann es nur von Vorteil sein. Alter ist nicht gleich Alter, und ich denke es ist am vorteilhaftesten, wenn man alten Menschen durchaus mehr zutraut, als man es im ersten Moment instinktiv vielleicht würde.

Ich hoffe es war für den Leser und die Leserin klar erkennbar, dass mir bewusst war, dass man der Generationenzugehörigkeit zwar die angemessene Aufmerksamkeit geben sollte, aber die Biographie jeder einzelnen Person mit allen Erfahrungen, Wertevorstellungen und Prägungen so individuell ist, dass diese immer im Vordergrund stehen sollte.

Weiterhin bin ich während des Verfassens automatisch in eine Reflexion darüber gefallen, inwieweit man seine Vorurteile überhaupt vollständig ablegen kann. Ich würde behaupten, dass in meinem Kopf durchaus noch Stereotype bezüglich alten Menschen und Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung vorhanden sind. Menschen, die sowohl alt als auch abhängigkeiterkrankt sind, unterliegen dadurch sogar einem doppelten Stigma. Ich gehe davon aus, dass es dafür nützlich ist, öfter das Berufsfeld innerhalb der Sozialen Arbeit zu wechseln. Während meines Praktikums in der Suchtberatungsstelle ist mir das bereits aufgefallen. Dort traf ich vorwiegend auf Klienten und Klientinnen, die mehr oder weniger ähnlich in der Art ihrer Veränderungsbereitschaft und des körperlichen und gesundheitlichen Zustandes waren. In einer Entzugsstation trifft man wiederum auf andere Menschengruppen, die sich ähneln. Deswegen macht es durchaus Sinn, zu wechseln, um ein differenzierteres Bild auf Menschen zu bekommen und die Diversität in der Ausprägung bestimmter Problemfelder zu erkennen. Ich kann trotzdem nicht final einschätzen, inwieweit es dazu führen könnte, keine Vorurteile zu haben. Es wird sie vermutlich eindämmen, aber nicht beseitigen.

Ich hoffe ich konnte in dieser Arbeit darlegen, dass die Arbeit mit älteren, alten und abhängigkeiterkrankten Menschen anspruchsvoll ist und (besonders jungen) Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen eine persönliche und emotionale Entwicklung abverlangt und sie fordert. Ich freue mich darauf, sie bald zu beginnen.

5 Literaturverzeichnis

- Aner, K.** (2010). *Soziale Beratung und Alter: Irritationen, Lösungen, Professionalität*. Budrich UniPress.
- Aner, K.** (2020). Generationsbeziehungen in der Sozialen Beratung älterer Menschen. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (S. 217-226) Springer.
- Baas, S. & Schmitt, M.** (2020). Partnerschaft und Sexualität im Alter. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (2. Aufl., S. 483-490) Springer.
- Bäcker, G.** (2016). Altersarmut, Lebensstandardsicherung und Rentenniveau. In: Naegele, G., Olbermann, E. & Kuhlmann, A. (Hrsg.): *Teilhabe im Alter gestalten: Aktuelle Themen der Sozialen Gerontologie*. (S. 43-82) Springer.
- Bräutigam, B.** (2018). *Grundkurs Psychologie für die Soziale Arbeit*. UTB.
- Bühler, A. & Bühringer, G.** (2016). Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Konzeption, Stand der Forschung und Empfehlungen. In: Walter, U. & U. Koch, U. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung** (2018). *Zahlen und Fakten*. Lesen und schreiben: Mein Schlüssel zur Welt. 13.05.2022. <https://www.xn—mein-schlssel-zur-welt-0lc.de/de/helfen/zahlen-und-fakten/zahlen-und-fakten>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** (2020). *Achter Altersbericht: Ältere Menschen und Digitalisierung*. BMFSFJ. 13.06.2022. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/159938/3970eeca3c3c630e359379438c6108/achter-altersbericht-langfassung-data.pdf>
- BMFSFJ** (2019). *Immer mehr ältere Menschen sind online*. BMFSFJ. 13.06.2022. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/immer-mehr-aeltere-menschen-sind-online-133060>
- Cornel, H.** (2021). Erziehung und Soziale Arbeit in strafrechtlichen Zwangskontexten. In: Kaplan, A. & Roos, S. (Hrsg.): *Delinquenz bei jungen Menschen: Ein interdisziplinäres Handbuch*. (S. 45-64) Springer.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.** (o.D.). *Internationale Fassung*. 13.05.2022. <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/internationale-fassung.html>
- DBSH** (o.D.). *Deutsche Fassung*. 13.05.2022. <https://www.dbsh.de/profession/definition-der-sozialen-arbeit/deutsche-fassung.html>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.** (2020). *Illegale Drogen: Zahlen – Daten – Fakten*. DHS. 13.05.2022. <https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen/zahlen-daten->

fakten#:~:text=Nach%20Hochrechnungen%20des%20Epidemiologischen
%20Suchtsurveys,et%20al

- DHS** (2021). Alkohol – weniger ist besser: Informationen und Hilfen für ältere Menschen. 30.05.2022.
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_-_Alkohol.pdf
- DHS** (2021). *Medikamente – sicher und sinnvoll gebrauchen: Informationen und Hilfen für ältere Menschen*. 30.05.2022.
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_-_Medikamente.pdf
- Deutsche Suchthilfestatistik** (2020). *Suchthilfe in Deutschland 2020: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*. 30.05.2022.
https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_DJ2020_Jahresbericht.pdf
- Dilling, H. & Freyberger, H.J.** (Hrsg) (2016). *ICD-10: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (8. Aufl.). hogrefe.
- Eberlei, W., Neuhoﬀ, K. & Riekenbrauk, K.** (2018). *Menschenrechte – Kompass für die Soziale Arbeit*. W. Kohlhammer.
- Ehmer, J.** (2019). Altersbilder und Konzeptionen des Alter(n)s im historisch-kulturellen Vergleich. In: Hank, K., Schulz-Nieswandt, F., Wagner, M. & Zank, S. (Hrsg.): *Altenforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (1. Aufl., S. 21-48) Nomos.
- Engelke, E., Bormann, S. & Spatscheck, C.** (2018). Mengchengerecht handeln: Silvia Staub-Bernasconi (*1939). In: *Theorien der Sozialen Arbeit: Eine Einführung*. (7. Aufl., S.445) Lambertus.
- Fachinger, U.** (2019). Alterssicherung und Armut. In: Hank, K., Schulz-Nieswandt, F., Wagner, M. & Zank, S. (Hrsg.): *Altenforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (S. 131-170) Nomos.
- Fietze, B.** (2009). *Historische Generationen: Über einen sozialen Mechanismus kulturellen Wandels und kollektiver Kreativität*. Transcript.
- Fooken, I.** (2020). Nachkriegskindheiten und Altern. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (2. Aufl., S. 517-525) Springer.
- Großmaß, R.** (2017). Beratung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. (8. Aufl.) Nomos.
- Gosejacob-Rolf, H., Mothes-Weiher, C., Maus, F., Schneider, R. W., Riethmüller, B., Schneider, K., Strak-Angermeier, G. & Leinenbach, M.** (2019). *Erklärung des DBSH zur „Sozialen Arbeit für und mit alten Menschen“ (Trierer Erklärung)*. DBSH.

- 10.06.2022. https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/pdf/DBSH/2019/Erklaerung_Arbeit_mit_und_fuer_alte_Menschen_5_2019.pdf
- Hämel, K. & Wolter, B.** (2020). Alter(n) im ländlichen Raum. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (2. Aufl., S. 443-454) Springer.
- Hapke, U., Rumpf, H.-J., Schumann, A. & John, U.** (1999). Beratung von Menschen mit problematischen Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum auf Basis des Transtheoretischen Modells. In: Keller, S. (Hrsg.): *Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*. (S.81-91) Lambertus.
- Hoff, T., Isfort, M., Kuhn, U. & Kuhn, S.** (2017). *Sucht im Alter – Maßnahmen und Konzepte für die Pflege*. Springer.
- Janning, M.** (17.04.2014). Trisomie 21: Menschen mit Down-Syndrom. Apotheken Umschau. 09.06.2022. <https://www.apotheken-umschau.de/krankheiten-symptome/trisomie-21-menschen-mit-down-syndrom-714775.html#:~:text=Wie%20alt%20Menschen%20mit%20Trisomie,auf%20durchschnittlich%20rund%2060%20Jahre.>
- Kähler, H. D.** (2017). Zwangskontexte in der Sozialen Arbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. (8. Aufl.) Nomos.
- Klaus, D. & Mahne, K.** (2019). Partnerschaft und Familie im Alter. In: Hank, K., Schulz-Nieswandt, F., Wagner, M. & Zank, S. (Hrsg.): *Alternforschung: Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (S. 357-389) Nomos.
- Kunz, S.** (2013). *Zahlen, Daten, Fakten zur Allgemeinen Sozialberatung*. Caritas. 11.06.2022. <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2013/artikel/zahlen-daten-fakten-zur-allgemeinen-sozi>
- Laging, M. & Bieker, R.** (2018). *Soziale Arbeit in der Suchthilfe*. W. Kohlhammer.
- Läscher, A. & Yortanli, P.** (2012). Alt werden in der Migration. In: Kleiner, G. (Hrsg.): *Alter(n) bewegt: Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten*. (S. 157-168) Springer.
- Leitner, S.** (2015). *Soziale Altenarbeit: Alterssozialpolitik*. Wochenschau.
- Lüscher, K. & Liegle, L.** (2003). *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*. UVK.
- Mayer, A.-K. & Rothermund, K.** (2009). Altersdiskriminierung. In: Beelmann, A. & Jonas, K. J. (Hrsg.): *Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven*. (S. 215-240) VS-Verlag.
- Neun, O.** (2009). Zur Kritik am Generationenbegriff von Karl Mannheim. In: Kraft, A. & Weißhaupt, M. (Hrsg.), *Generationen: Erfahrung – Erzählung – Identität*. UVK.
- Neurologen und Psychiater im Netz** (o.D.). Alter: Psychische Erkrankungen. 08.06.2022. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/risikofaktoren/alter/psychische-erkrankungen/>

- Niekrens, S.** (2012). *Sucht im Alter. Möglichkeiten der Intervention aus sozialarbeiterischer Perspektive.* Centaurus.
- Noyon, A. & Heidenreich, T.** (2020). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 34 Probleme und Lösungsvorschläge.* Beltz
- Prahl, H.-W. & Schroeter, K. R.** (1996). *Soziologie des Alterns.* UTB.
- Ruf, C.** (2021). *Sucht und Migration.* Caritas. 11.06.2022.
<https://www.caritas.de/fuerprofis/fachthemen/sucht/sucht-und-migration>
- Sange, R. & von Wulffen, K.** (2022). *Senior Social Entrepreneurship. Wie man mit 50plus sinnstiftend gründet.* Springer
- Sauermann, G.** (2017). Sucht. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit.* (8. Aufl.) Nomos.
- Schroeter, K. R. & Künemund, H.** (2020). ‚Alter‘ als soziale Konstruktion – eine soziologische Einführung. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* (2. Aufl., S. 545-555) Springer.
- Schubert, F.-C.** (2015). Die historischen Dimensionen von Beratung. In: Hoff, T., Zwicker-Pelzer, R. (Hrsg.): *Beratung und Beratungswissenschaft.* (1. Aufl.) Nomos.
- Statista** (März 2021). *Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060.* Statista. 07.06.2022.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/273406/umfrage/entwicklung-der-lebenserwartung-bei-geburt-in-deutschland-nach-geschlecht/#:~:text=Die%20durchschnittliche%20Lebenserwartung%20bei%20der,1870er%20Jahre%20mehr%20als%20verdoppelt.>
- Statista** (Juli 2020). *Anzahl der Demenzkranken in Deutschland nach Alter und Geschlecht im Jahr 2018.* Statista 08.06.2022.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/246028/umfrage/anzahl-der-demenzkranken-in-deutschland-nach-alter-und-geschlecht/>
- Statista** (2022). *Statistiken zum Demografischen Wandel.* Statista. 10.06.2022.
<https://de.statista.com/themen/653/demografischer-wandel/#dossierKeyfigures>
- Statista** (Juni 2019). *Bevölkerung in Deutschland nach Altersgruppen in den Jahren von 2018 bis 2060.* Statista. 10.06.2022.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/71539/umfrage/bevoelkerung-in-deutschland-nach-altersgruppen/>
- Statista** (Oktober 2021). Anzahl der Personen* in Deutschland mit Migrationshintergrund (im weiteren Sinne) nach Altersgruppen im Jahr 2020. Statista. 11.06.2022.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/730159/umfrage/migrationshintergrund-der-bevoelkerung-in-deutschland-nach-alter/#:~:text=Im%20Jahr%202020%20betrug%20die,Jahren%20rund%201%2C62%20Millionen.>

- Statista** (2022). Anzahl der Ausländer in Deutschland nach Herkunftsland von 2019 bis 2021. Statista. 11.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1221/umfrage/anzahl-der-auslaender-in-deutschland-nach-herkunftsland/>
- Statista** (2022). Anteil der Internetnutzer in Deutschland in den Jahren 2001 bis 2021. Statista. 11.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001/>
- Statista** (2020). Anteil der Senioren in Deutschland im Jahr 2020, die folgende Geräte nutzen. Statista. 11.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1155257/umfrage/nutzung-von-technischen-geraeten-durch-senioren-in-deutschland/>
- Statista** (2020). Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach Alter im Jahr 2020. Statista. 12.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/419433/umfrage/armutsgefaehrungsquote-in-deutschland-nach-alter/#:~:text=Bei%20Personen%20ab%2065%20Jahren,Deutschland%20insgesamt%2016%2C1%20Prozent.>
- Statista** (2021). Armutsgefährdungsquote in Deutschland von 2005 bis 2020. Statista. 12.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/72188/umfrage/entwicklung-der-armutsgefaehrungsquote-in-deutschland/>
- Statista** (2020). Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2020. Statista. 12.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/436178/umfrage/armutsgefaehrungsquote-in-deutschland-nach-geschlecht/>
- Statista** (2021). Armutsgefährdungsquote in Deutschland nach Bundesländern im Jahr 2020. Statista. 12.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/164203/umfrage/armutsgefaehrungsquoten-in-den-bundeslaendern/>
- Statista** (2022). Statistiken zur gesetzlichen Rentenversicherung. Statista. 12.06.2022. <https://de.statista.com/themen/851/rentenversicherung/#dossierKeyfigures>
- Statista** (2019). Wie oft fühlen Sie sich einsam?. Statista. 14.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1014929/umfrage/umfrage-in-deutschland-zur-haeufigkeit-von-einsamkeit-nach-alter/>
- Statista** (2022). Anzahl der Geburten in Deutschland von 1991 bis 2021. Statista. 17.06.2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/235/umfrage/anzahl-der-geburten-seit-1993/>
- Statistisches Bundesamt** (2021). *Ältere Menschen: Die Bevölkerungsgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahren*. Destatis. 13.05.2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere->

Menschen/bevoelkerung-ab-65-

j.html;jsessionid=4A279EE39F753AE1A77F07D8F8BD25D8.live721?nn=238640

Statistisches Bundesamt (2020). *7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland*. Destatis. 09.06.2022.

<https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20>

[_230_227.html;jsessionid=170FCD7CFFF7316A715011F816A84FE9.live732](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.html;jsessionid=170FCD7CFFF7316A715011F816A84FE9.live732)

Statistisches Bundesamt (o.D.). Lebensformen älterer Menschen. Destatis. 13.06.2022.

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/lebensformen.html>

Statistisches Bundesamt (o.D.). *Einfluss demografischer Prozesse auf die*

Bevölkerungsstruktur. Destatis. 17.06.2022.

[https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-prozesse-bevoelkerungsstruktur.html#:~:text=Der%20zweite)

[demografie-prozesse-bevoelkerungsstruktur.html#:~:text=Der%20zweite](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-prozesse-bevoelkerungsstruktur.html#:~:text=Der%20zweite)

[%20Geburtenanstieg%20hat%20nach, die%20man%20als%20Babyboomer](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-prozesse-bevoelkerungsstruktur.html#:~:text=Der%20zweite)

[%20bezeichnet.](https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-prozesse-bevoelkerungsstruktur.html#:~:text=Der%20zweite)

Stengel-Güttner, G. (1996). Krisen im Leben älterer Menschen. Psychologische Fallstudien zum Eintritt in den Ruhestand, Krankheit und Partnertod. In: Farny, D., Lütke-Bornefeld, P. & Zellenberg, G. (Hrsg.): *Lebenssituationen älterer Menschen: Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht*. (S. 245-272) Duncker & Humblot.

Stiehr, K. & Spindler, M. (2008). Lebenslagen im Alter. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Lebensalter und Soziale Arbeit Band 6: Ältere und alte Menschen*. (S. 37-53) Schneider Verlag.

Stöcker-Zafari, H. (2011). Soziale Arbeit mit Migrantenfamilien. In: Bieker, R. & Floercke (Hrsg.): *Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit*. (S. 233-245) W. Kohlhammer.

Szydlik, M & Künemund, H. (2009). Generationen aus Sicht der Soziologie. In: H. Künemund & M. Szydlik (Hrsg.), *Generationen: Multidisziplinäre Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Tesch-Römer, C. (2017). Alter. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. (8. Aufl.) Nomos.

Thiele, G. (2001). *Soziale Arbeit mit alten Menschen: Grundlagenwissen für Studium und Praxis*. Fortis.

Thiele, G. (2020). *Alter*. Socialnet. 15.06.2022. https://www.socialnet.de/lexikon/Alter#quelle_ref

Tonello, L. (2020). Alter und Technik. In: Aner, K. & Karl, U. (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. (2. Aufl., S. 465-474) Springer.