

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Soziale Arbeit

Späte Sucht: Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter

Eine Analyse des Risikofaktors Einsamkeit sowie der Folgen und
Interventionsmöglichkeiten

Bachelor-Thesis

Wintersemester 2024/25

Tag der Abgabe: 13.01.2025

Vorgelegt von: Marie Alica Rohde

Matrikelnr.: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

Betreuende Prüferin: Grit Lehmann

Zweite Prüferin: Prof. Dr. phil. Dörte Naumann

Vorwort

Mit dieser Arbeit schließt sich ein Kapitel meines Lebens, von dem ich vor einigen Jahren nie gedacht hätte, dass ich es schreiben würde. Das Studium und das Praktikum haben mir die Möglichkeit gegeben, persönlich zu wachsen, wertvolle Erfahrungen zu sammeln, mich meinen Schwächen zu stellen und Stärken zu entdecken, die mir zuvor nicht bewusst waren. Ein besonders prägender Teil dieses Prozesses war mein Praxissemester im Lukas Suchthilfezentrum in Lurup, das mir einige der wertvollsten Erlebnisse meines Studiums schenkte. Auch nach Ende meines Praktikums durfte ich als studentische Hilfskraft im Lukas SHZ weiterarbeiten und viele wertvolle Erfahrungen sammeln, für die ich unendlich dankbar bin.

Es wäre mir nicht möglich gewesen, zu studieren und diese Arbeit zu schreiben, würde ich nicht ganz viele liebe Menschen kennen, die mich unermüdlich unterstützt haben, und während ich hier sitze und darüber nachdenke, wird mir noch einmal bewusst, wie dankbar ich bin, sie alle in meinem Leben zu wissen. Aus diesem Grund war es mir wichtig, ein Vorwort zu schreiben.

Mein Dank gilt insbesondere Constanze und Regine, meinen Anleiterinnen im Praxissemester, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen, sowie dem gesamten Team im Lukas, das mir ein so bereicherndes Praktikum ermöglicht hat. Er gilt außerdem meinen Eltern und meiner Familie, die mich lieben und mich mit all meinen Eigenheiten nehmen, auch wenn unsere gemeinsame Vergangenheit nicht immer einfach war. Auch mein Partner hat mich unermüdlich unterstützt und war mir während des gesamten Studiums ein Anker. Zuletzt möchte ich mich bei meinen Freund*innen bedanken, die mich immer aufgefangen, aufgemuntert und bestärkt haben. Es ist mir an dieser Stelle nicht möglich, sie alle einzeln aufzuzählen, denn ich habe das große Glück, viele von ihnen zu haben. In besonderer Weise möchte ich mich allerdings bei Hanna und Rata bedanken, die bereits „fertige“ Sozialarbeiter*innen sind und deren Praxiserfahrungen und schier unendliches Wissen mir während des gesamten Studiums, besonders allerdings in der Phase des Schreibens meiner Thesis, eine große Hilfe waren und ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Diese Arbeit hätte ich nicht schreiben können, ohne das Glück, auf die Unterstützung, Freundschaft und Liebe großartiger Menschen zählen zu können.

Pinneberg, Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die Lebensphase Alter	4
2.1 Das biopsychosoziale Modell und die Mechanismen des Alterns	8
2.2 Ausgewählte Theorien des „erfolgreichen“ Alterns	9
3. Einsamkeit im Alter	13
3.1 Soziale Beziehungen im Alter.....	15
3.2 Risikofaktoren für Vereinsamung im Alter	17
4. Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit	25
4.1 Diagnose und Verlauf einer Alkoholabhängigkeit	28
4.2 Die Eigenschaften von Alkohol und die Folgen einer Alkoholabhängigkeit	29
4.3 Wie Vereinsamung die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigt	31
5. Alkoholabhängigkeit im Alter	35
5.1 Risikofaktoren für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter	36
5.2 Folgen einer Alkoholabhängigkeit im Alter	37
5.3 Das komplexe Zusammenspiel von Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter	38
5.4 Die Soziale Diagnostik in der Suchthilfe und ihre Bedeutung für die Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen	39
6. Interventionsmöglichkeiten und besondere Aspekte der Behandlung älterer Menschen ...	43
6.1 Die Rolle von Angehörigen und Fachpersonal.....	44
6.2 Medizinische Rehabilitationsangebote sowie suchtbbezogene Angebote der Pflege und Altenhilfe	48
6.3 Selbsthilfegruppen.....	52
6.4 Die zunehmende Vereinsamung älterer Menschen als Risikofaktor für Alkoholabhängigkeit: Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit	53
7. Schlussbetrachtung.....	55
Literaturverzeichnis	59

1. Einleitung

Wir altern. Nicht nur individuell, sondern auch gesamtgesellschaftlich. Steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenraten führen zu einem demografischen Wandel, der sich darin äußert, dass der Anteil älterer Menschen kontinuierlich zunimmt (vgl. Statistisches Bundesamt 2019, 11; Statistisches Bundesamt 2016, 10). Mit diesem Anstieg treten neue Herausforderungen in den Fokus: Menschen im höheren Lebensalter sahen sich schon immer besonderen Belastungen ausgesetzt, die durch Veränderungen und Einschränkungen der körperlichen und psychischen Verfassung bedingt sind (vgl. Reimann/Reimann 1994, 1). In jüngerer Zeit wird das Altern vermehrt auch als gesellschaftliches Problem wahrgenommen, da der Wandel sozialer Strukturen und die Verkleinerung der Familien die Herausforderungen des Alters auf die gesamte Gesellschaft verlagert hat (vgl. ebd.). Das stellt nicht nur das Gesundheits- und Pflegesystem vor erhebliche Herausforderungen (vgl. Wahl/Heyl 2015, 12), sondern wirft auch Fragen zur psychosozialen Gesundheit im Alter auf: Es wird zunehmend erkannt, dass Faktoren wie Vereinsamung eine bedeutende Rolle für die psychische und physische Gesundheit spielen (vgl. Park et al. 2020, 4; Mushtaq/Shoib/Shah/Mushtaq 2014, 1; Hawkey/Cacioppo 2010, 9f.) und auch als Risikofaktor für problematische Bewältigungsstrategien wie den verstärkten Konsum von Alkohol wirken können (vgl. Schmid/Walter 2022, 10; Wolf 2024). Alkoholabhängigkeitserkrankungen können Menschen in allen Altersgruppen betreffen: Im Jahr 2018 waren rund 1,6 Millionen Menschen in Deutschland alkoholabhängig (vgl. Atzendorf/Rauschert/Seitz/Lochbühler/Kraus 2019, 581f.). Und auch im höheren Erwachsenenalter ist problematischer Alkoholkonsum keinesfalls selten: Etwa 30 % der Männer und 18,5 % der Frauen über 65 Jahre, die Alkohol konsumieren, tun dies in gesundheitlich bedenklichem Maße (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015, 6).

Vor diesem Hintergrund hat die vorliegende Arbeit zum Ziel, sowohl die Zusammenhänge zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter als auch die Risikofaktoren für die Entstehung dieser beiden Phänomene im Alter aufzuzeigen. Dabei wird der Frage nachgegangen, welche lebensphasenspezifischen Einflüsse Vereinsamung im Alter begünstigen können und wie diese wiederum die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen im höheren Lebensalter beeinflussen kann. Ferner sollen die lebensphasenspezifischen Umstände, welche Vereinsamung im Alter begünstigen können, betrachtet werden. Auch die Besonderheiten in der Behandlung älterer, alkoholabhängiger Menschen sollen aufgezeigt werden.

Bei Abhängigkeitserkrankungen im Alter wird zwischen *early onset* (Abhängigkeitserkrankung seit dem frühen Erwachsenenalter) und *late onset* (Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung erst im Alter) unterschieden (vgl. Wolter 2011, 103). Diese Arbeit konzentriert sich folglich auf Menschen mit einer *late onset*-Abhängigkeit, da untersucht wird, wie Vereinsamung die Entstehung einer

Alkoholsucht im Alter begünstigen kann. Ferner thematisiert die vorliegende Arbeit ausschließlich Alkoholabhängigkeitserkrankungen im Alter, wodurch die Zusammenhänge zwischen Vereinsamung und Medikamentenabhängigkeit – trotz der besonderen Relevanz in der Lebensphase Alter (vgl. Bialowons 2014, A953) – nicht näher erörtert werden können. Die Arbeit hat den Anspruch, sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Einflussfaktoren von Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit im Alter gleichermaßen zu berücksichtigen. Ziel ist es, sowohl individuelle als auch soziologische Einflussfaktoren zu betrachten und so ein umfassendes Verständnis der wechselseitigen Zusammenhänge zu ermöglichen.

Die Methodik dieser Bachelorarbeit basiert auf einer literaturgestützten Herangehensweise, die einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Forschungsstand in Hinblick auf die Besonderheiten der Lebensphase Alter sowie die spezifischen Risikofaktoren, die in diesem Lebensabschnitt auftreten und Vereinsamung begünstigen können, ermöglichen soll. Dabei wurde sowohl auf deutsch- als auch auf englischsprachige Fachliteratur zurückgegriffen, insbesondere aus den Disziplinen der Sozialen Arbeit, Gerontologie, Gerontopsychiatrie, Entwicklungspsychologie, Innere Medizin und Soziologie. Abgerundet wird die gewählte wissenschaftliche Literatur durch einige Internetquellen, die vor allem für die Darstellung von Rehabilitationsangeboten für ältere, alkoholabhängige Menschen relevant waren.

Das zweite Kapitel der Arbeit widmet sich zunächst den allgemeinen Grundlagen der Lebensphase Alter, um ein theoretisches Verständnis für die physischen, psychosozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Dabei wird auch das biopsychosoziale Modell der Gesundheit nach Engel (1977) als interdisziplinärer Bezugsrahmen eingeführt. Ebenso werden relevante Theorien des erfolgreichen Alterns dargestellt, auf die im weiteren Verlauf der Arbeit Bezug genommen werden wird.

Kapitel 3 analysiert die verschiedenen Dimensionen der Vereinsamung im Alter und stellt relevante soziale Beziehungsstrukturen älterer Menschen dar. Ebenso beleuchtet das Kapitel Risikofaktoren für Vereinsamung im Alter, wie gesundheitliche Einschränkungen, Verluste sozialer Rollen und Trauerprozesse, analysiert deren Einfluss auf die soziale Integration und beschreibt die Folgen von Vereinsamung auf psychischer und physischer Ebene.

Das vierte Kapitel befasst sich mit den Grundlagen der Alkoholabhängigkeit: Abschnitt 4.1 beschreibt die Diagnose und den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit basierend auf den diagnostischen Kriterien des ICD-10. In Abschnitt 4.2 werden die Eigenschaften von Alkohol sowie die physischen und psychischen Folgen einer Alkoholabhängigkeit erläutert. Abschnitt 4.3 analysiert den Einfluss von Vereinsamung auf die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit und verknüpft die theoretischen Grundlagen der vorherigen Kapitel mit relevanten Forschungsergebnissen.

Kapitel 5 beleuchtet die spezifischen Herausforderungen einer Alkoholabhängigkeit im Alter. An dieser Stelle werden weitere Risikofaktoren betrachtet, die eine Alkoholabhängigkeit im Alter

beeinflussen können. Ebenso werden die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einer Alkoholabhängigkeit im Alter und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität analysiert. Kapitel 5.3 untersucht schließlich das komplexe und von Wechselwirkungen geprägte Zusammenspiel von Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit im Alter, welches für die Beantwortung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfrage von zentraler Bedeutung ist. Kapitel 5.4 erläutert die Bedeutung der Sozialen Diagnostik in der Suchthilfe, insbesondere für die Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen, indem es die biomedizinische Diagnostik um eine umfassendere Perspektive erweitert. Es zeigt auf, wie die Analyse individueller und sozialer Faktoren sowie die Berücksichtigung systemischer Kontexte soziale Einbindung verbessern und zielgerichtete Interventionen bei der Behandlung älterer, alkoholabhängiger Patient*innen ermöglichen können. Die Soziale Diagnostik bildet eine wichtige Grundlage für die vorliegende Arbeit, um die Wechselwirkungen zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene darstellen zu können. Die Bezugnahme auf Aspekte der Sozialen Diagnostik ermöglicht es, auch die Bedeutung sozialer Ressourcen und Kontextfaktoren sowie Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit zu berücksichtigen. Sie ergänzt die medizinische Diagnostik, die auf Grundlage des ICD-10 vor allem körperliche und psychische Aspekte der Alkoholabhängigkeit betrachtet. Für die vorliegende Arbeit ist es dennoch entscheidend, auch die medizinische Diagnostik einzubeziehen, da die Diagnose und Behandlung von Alkoholabhängigkeit im Alter besondere Herausforderungen mit sich bringen.

Das sechste Kapitel stellt Interventionsmöglichkeiten und besondere Aspekte der Behandlung älterer Menschen vor, beleuchtet die Rolle von Angehörigen und Fachpersonal in der Betreuung älterer, alkoholabhängiger Menschen und beschreibt medizinische Rehabilitationsangebote, Selbsthilfegruppen sowie spezifische Maßnahmen der Pflege und Altenhilfe, die auf die Bedürfnisse älterer, alkoholabhängiger Menschen zugeschnitten sind. Kapitel 6.4 diskutiert schließlich die Bedeutung der gewonnenen Ergebnisse in Hinblick auf ihre Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit auf und thematisiert in diesem Zusammenhang die Relevanz von Maßnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe älterer Menschen und die Notwendigkeit, multiperspektivische und interdisziplinäre Ansätze in der Praxis der sozialen Arbeit zu entwickeln. Kapitel 7 fasst die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammen und reflektiert ihre Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit. Besondere Beachtung finden die Bedeutungen sozialer Netze und enger multiprofessioneller Zusammenarbeit für die Unterstützung und Behandlung älterer, alkoholabhängiger Menschen. Zudem wird die Relevanz der Sozialen Diagnostik hervorgehoben, die eine gezielte Analyse individueller und systemischer Faktoren ermöglicht. Ebenso wird ein Ausblick auf weitere, notwendige Forschung gegeben.

In dieser Arbeit wird auf die Bedeutung der sozialen Kategorien *Gender* und *Race* für die individuellen Lebenslagen älterer Menschen sowie für eine umfassende Analyse von

Abhängigkeitserkrankungen, ihrer Entstehung und Behandlung nicht im Detail eingegangen. Dies liegt an dem begrenzten Umfang der Untersuchung. Dennoch ist hervorzuheben, dass sowohl *Gender* als auch *Race* zu den zentralen sozialen Kategorien unserer Gesellschaft gehören (vgl. Wahl/Heyl 2015, 13) und sowohl im Alter als auch durch Einflüsse auf die Inanspruchnahme und Qualität medizinischer Versorgung die individuellen Lebenslagen entscheidend prägen (vgl. Spallek/Razum 2016, 154; Gamper/Seidel/Kupfer/Keim-Klärner/Klärner 2020, 275ff.). Die fehlende detaillierte Betrachtung dieser Kategorien in der vorliegenden Arbeit impliziert keinesfalls eine Bedeutungslosigkeit für die Themen Alter und Sucht.

2. Die Lebensphase Alter

Der Begriff *Alter* ist vielschichtig und nicht klar definiert (vgl. Backes/Clemens 2013, 12f.). Aufgrund der zunehmenden Differenzierung im Alter halten Gerontolog*innen es für problematisch, eine Altersgrenze für den Eintritt ins Alter festzulegen (vgl. Reimann/Reimann 1994, 4; Künemund/Vogel 2024, 16ff.). Die Lebensläufe älterer Menschen sind heute stark von einer verlängerten Altersphase geprägt, die mit der steigenden Lebenserwartung weiter zunimmt (vgl. Tews 1993, 15). Typische Einschnitte wie der Berufsausstieg, das Ende der Erziehungsphase, veränderte Familienstrukturen, Verwitwung oder Krankheitsverläufe treten zeitlich verschoben auf. Diese Veränderungen bringen sowohl neue Chancen als auch Herausforderungen mit sich (vgl. Tews 1994, 70). Die Ausweitung der Altersphase führt zu einer immer stärkeren Differenzierung des Alters, es gestaltet sich vielfältiger und individueller als je zuvor (vgl. Tews 1993, 16). Tesch-Römer (2023) hält zusammenfassend fest: „Ein Faszinosum des Alters ist die große Vielfalt älter werdender Menschen und ihrer Wege in die Lebensphase Alter.“ (Tesch-Römer 2023, 58). Aufgrund dieser Vielfalt muss an dieser Stelle zunächst die Frage gestellt werden, wie Alter definiert werden kann.

Das chronologische Alter allein ist nicht ausreichend, um den Status älterer Menschen zu klassifizieren (vgl. Backes/Clemens 2013, 14), da es die kollektiven Erfahrungen und Gemeinsamkeiten, durch welche Gruppen geprägt werden, nicht mitdenkt (vgl. Reimann/Reimann 1994, 6). In der Gerontologie hat sich daher der Begriff der *Kohorte* etabliert, um Gruppen von Menschen zu beschreiben, die gemeinsam eine bestimmte Zeitspanne oder Lebensphase durchlaufen haben (vgl. Reimann/Reimann 1994, 7). Backes und Clemens (2013) beschreiben die Relevanz der Einordnung von Alterserfahrungen folgendermaßen:

„Man muss die Gruppen als Kohorten oder Generationen im soziohistorischen Kontext und unter den jeweiligen normativen, politischen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen ihrer Lebensphasen sehen.“ (Backes/Clemens 2013, 14)

Um die Lebensphase Alter genauer zu analysieren, ist es daher notwendig, den Prozess des Alterns in seiner Gesamtheit zu betrachten. Altern beginnt ab dem Zeitpunkt der Geburt und umfasst physische, mentale, soziale und gesellschaftliche Dimensionen, die eng miteinander verwoben sind (vgl. ebd.; Wahl 2015, 15). Dennoch können Menschen in diesen einzelnen Bereichen unterschiedlich altern, sodass sich das Alter aus den Entwicklungen in den jeweiligen Funktionsbereichen zusammensetzt (vgl. Reimann/Reimann 1994, 4). Auch das subjektive Altersempfinden unterscheidet sich individuell und liegt oftmals unter dem tatsächlichen kalendarischen Alter (vgl. Wahl 2015, 90). Eine allgemein gültige Aussage über den Verlauf des Alterns ist daher nicht möglich, denn Altern verläuft von Person zu Person unterschiedlich und wird sowohl durch genetische Voraussetzungen als auch durch sozial ungleiche und individuell variierende Lebensbedingungen beeinflusst (vgl. Wahl/Heyl 2015, 15).

Wahl und Heyl (2015) definieren den Begriff des *Alters* als in erster Linie auf soziale Vorstellungen innerhalb der Gesellschaft bezogen (vgl. ebd., 13): „Hier ist zunächst zu konstatieren, dass Alter zu den wichtigen sozialen Kategorien (wie etwa auch Geschlecht oder Hautfarbe) in Gesellschaften gehört.“ (ebd.)

Altersbilder umfassen sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Vorstellungen über das Alter, den Prozess des Alterns und die Gruppe der älteren Menschen (vgl. Berner/Moormann 2024, 8). Innerhalb einer Gesellschaft existiert eine Vielzahl solcher Vorstellungen, und auch Einzelpersonen besitzen ein Repertoire an Altersbildern, das sie je nach Kontext aktivieren (vgl. ebd.; Wahl/Heyl 2015, 16f.). So entstehen Deutungsmuster, die die Wahrnehmung des Alterns prägen (vgl. Wahl/Heyl 2015, 16f.). Neben formalen Altersgrenzen, wie z.B. dem Erreichen der Volljährigkeit mit 18 Jahren, sind auch informelle Altersgrenzen und die damit einhergehenden Erwartungen an eine Normalbiografie für die Betrachtung dessen relevant, wie Alter gesellschaftlich konstituiert wird (vgl. ebd., 14f.). Insbesondere in der modernen Gesellschaft wird das Alter oft in Abgrenzung zur Jugend als eine Lebensphase betrachtet, in der die Leistungsfähigkeit allmählich abnimmt (vgl. Backes/Clemens 2013, 11; Wahl/Heyl 2015, 16). Es wird oft mit negativen Vorstellungen wie Gebrechlichkeit oder Schwäche assoziiert (vgl. Wahl/Heyl 2015, 16). Gelegentlich wird die Biografie als wertvoller Erfahrungsschatz hervorgehoben, doch das eigentliche Leben wird häufig als vergangen betrachtet (vgl. ebd.). Der Begriff der *Altersdiskriminierung* beschreibt die Benachteiligung von Menschen aufgrund deren Alter. Obwohl er in Deutschland lange wenig gebräuchlich war, hat sich dies in den letzten Jahren durch den demographischen Wandel in den westlichen Industriestaaten geändert; in der psychologischen Fachliteratur wird jedoch häufiger der breiter gefasste Begriff *Ageism* verwendet (vgl. Mayer/Rothermund 2009, 216f.). Beispiele für Altersdiskriminierung finden sich in herablassendem Verhalten gegenüber älteren Menschen, einer

kindlichen Ansprache sowie der Verhinderung beruflicher oder ehrenamtlicher Tätigkeiten aufgrund des Alters (vgl. Mayer/Rothermund 2009, 216). Auch gesetzliche Regelungen, wie der Ein- und Austritt aus dem Berufsleben oder der Zugang zu staatlich geförderten Ausbildungsangeboten, können altersbedingte Ungleichbehandlung widerspiegeln (vgl. ebd.).

Die US-amerikanische Gerontologin Bernice Neugarten prägte 1974 die Begriffe der „Young-old“ und „Old-old“, die dazu dienen sollten, die Lebensphase des Alters weiter auszudifferenzieren. Neugarten führte die Begriffe der „Young-old“ für Personen im Alter von ca. 60 bis 74 Jahren und „Old-old“ für Personen von über 75 Jahren ein, um die Übergangsphase zwischen dem Erwachsenenalter und dem, was wir gesamtgesellschaftlich als „alt sein“ verstehen, zu betonen. Die „Young-old“ zeichneten sich laut Neugarten noch durch ein hohes Maß an sozialen Aktivitäten, Freizeitgestaltung und verhältnismäßig gutem Gesundheitszustand aus, während die „Old-old“ oft mit schlechterer Gesundheit und wachsendem Unterstützungsbedarf im Alltag zu kämpfen hätten (vgl. Neugarten 1974, 191ff.). Diese Unterteilung basiert weniger auf dem kalendarischen Alter, sondern richtet den Fokus auf die unterschiedlichen Rollen und Fähigkeiten, die Personen innerhalb der immer länger werdenden Altersperiode ausfüllen können (vgl. Wahl/Heyl 2015, 95).

Der britische Historiker Peter Laslett (1996) prägte die Unterscheidung der Lebensphase Alter in ein *drittes* und *viertes* Alter:

„First comes an era of dependence, socialization, immaturity and education; second an era of independence, maturity and responsibility, of earning and of saving; third an era of personal fulfilment; and fourth an era of final dependence, decrepitude and death.“ (Laslett 1996, 4)

Laslett beschreibt das dritte Lebensalter als eine Phase, in der persönliche Entfaltung und Selbstverwirklichung im Mittelpunkt stehen, während das vierte Lebensalter von altersbedingten Mobilitätseinschränkungen, Hilfsbedürftigkeit und dem baldigen Versterben geprägt ist (vgl. ebd.; Wahl/Heyl 2015, 97). Neueste Forschungsergebnisse legen nunmehr auch die Abgrenzung eines *fünften Alters* nahe, das sich auf die letzten Jahre des Lebens vor dem Tod konzentriert (vgl. Wahl/Heyl 2015, 97ff., Gerstorf et al. 2010, 10f.). In dieser Phase steht der zeitliche Abstand zum Lebensende im Fokus: Die Zeitspanne des fünften Alters ist durch eine besonders hohe Vulnerabilität mit physischen und kognitiven Einschränkungen sowie Einbußen im emotionalen und kognitiven Wohlbefinden gekennzeichnet (vgl. Gerstorf et al. 2010, 10f.).

Unser gesellschaftliches wie auch individuelles Verständnis von „Alter“, „alt werden“ oder „alt sein“ lässt sich also nicht allein anhand kalendarischer Definitionen erklären (vgl. Künemund/Vogel 2024, 17). Es ist eine differenzierte Betrachtung der Altersentwicklung in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen erforderlich, um sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Muster des Alterns erkennen zu können: Biologische, körperliche und psychische Altersprozesse müssen im

Zusammenhang mit sozialen und gesellschaftlichen Einflüssen betrachtet werden (vgl. Backes/Clemens 2013, 95).

Die zuvor skizzierten Konzepte, wie die Unterscheidung zwischen „Young-old“, „Old-old“ und die Übergänge zwischen dem dritten, vierten und potenziell fünften Lebensalter, verdeutlichen, dass Einsamkeit im Alter nicht einheitlich betrachtet werden kann: Während in der „Young-old“-Phase möglicherweise der Verlust beruflicher und sozialer Netzwerke eine zentrale Rolle spielt, rücken im „Old-old“-Alter eventuell gesundheitliche Einschränkungen und ein zunehmender Unterstützungsbedarf in den Vordergrund. In späteren Lebensphasen, wie dem vierten oder fünften Alter, können körperliche Gebrechlichkeit, kognitive Beeinträchtigungen und die Nähe zum Lebensende die Einsamkeitserfahrung prägen. Eine differenzierte Betrachtung dieser Lebensphasen ermöglicht es, die verschiedenen Einflussfaktoren präziser zu analysieren.

Alter ist ein Konglomerat sozialer Konstruktionen (vgl. Künemund 2005, 528). Aus diesem Grund stützt sich das in dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Alter nicht ausschließlich auf chronologische Definitionen, auch wenn diese besonders dann an Bedeutung gewinnen, wenn Studienergebnisse betrachtet werden, die spezifische Altersgruppen untersucht haben. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass solche Ergebnisse nicht allein durch das kalendarische Alter der Proband*innen bestimmt sind, sondern vielmehr von einer Vielzahl an Kontextfaktoren beeinflusst werden, die im weiteren Verlauf detailliert betrachtet werden sollen. Für den Forschungsgegenstand dieser Arbeit ist eine differenzierte Betrachtung des Alters daher von besonderer Relevanz, da die Faktoren, die Einsamkeit im Alter begünstigen können, an unterschiedlichen Punkten dieser Lebensphase auftreten können.

Die differenzierte Betrachtung des Alters offenbart auch eine Diskrepanz zwischen allgemeinen, soziologischen Phänomenen und den individuellen Lebensverläufen einzelner Personen: Während Konzepte wie die Unterscheidung zwischen „Young-old“ und „Old-old“ oder die Einteilung in das dritte, vierte und fünfte Lebensalter wichtige Orientierungspunkte für gesellschaftliche Entwicklungen bieten, spiegeln sie nicht zwangsläufig die vielfältigen individuellen Erfahrungen eines jeden Menschen wider. So können sich Einsamkeit und deren Einflussfaktoren je nach biografischen Umständen, sozialen Ressourcen und persönlichen Bewältigungsstrategien deutlich unterscheiden (s. Kapitel 3). Dieses Spannungsfeld macht es notwendig, im weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht nur strukturelle Rahmenbedingungen, sondern auch subjektive Erfahrungen in den Blick zu nehmen, um Einsamkeit im Alter als Risikofaktor für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit umfassend verstehen zu können.

2.1 Das biopsychosoziale Modell und die Mechanismen des Alterns

Als Ausgangspunkt für die Darstellung der Lebensphase Alter in dieser Arbeit soll zunächst in Anlehnung an die Überlegungen von Heyl und Wahl (2015, 146ff.) das biopsychosoziale Modell der Gesundheit dienen: Der US-amerikanische Psychiater George L. Engel appellierte in einem Fachartikel im Magazin *Science* aus dem Jahr 1977, *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, daran, das zur damaligen Zeit vorherrschende biomedizinische Modell der Krankheitsentstehung durch ein biopsychosoziales Modell zu ersetzen (vgl. Engel 1977, 131ff.). Das Modell besagt, dass Gesundheit durch das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren umfassend verstanden werden kann (vgl. ebd., 132). Analog dazu lässt sich auch der Alterungsprozess durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Bedingungen erklären (vgl. Wahl/Heyl 2015, 146). So untersucht die Biogerontologie die molekularen und genetischen Mechanismen des Alterns: Sie verfolgt das Ziel, die Grundlagen des Alterns zu verstehen und gesundheitsfördernde Interventionen zu entwickeln, die altersbedingte Erkrankungen mindern können (vgl. Ehni 2016, 27f.). Altern galt historisch als schwer greifbares biologisches Phänomen, in den letzten Jahrzehnten jedoch haben Studien an Modellorganismen das Verständnis der biologischen Mechanismen des Alterns entscheidend erweitern können (vgl. Gems 2009, 1f.). Der physische Alterungsprozess ist das Ergebnis genetischer Mutationen, die sich im Laufe des Lebens ansammeln. Diese Mutationen entziehen sich mit zunehmendem Alter der natürlichen Selektion und tragen so zu den altersbedingten Degenerationsprozessen bei (vgl. ebd., 3). Das biologische Altern resultiert aus Ansammlungen molekularer Schäden in Zellen (vgl. Ehni 2016, 31; Gems 2009, 5), wobei Reparaturmechanismen des Körpers diesen Prozess zwar verzögern können, im Alter jedoch an Effektivität verlieren (vgl. Gems 2009, 5ff.).

Kognitives Altern beschreibt „jenen Bereich, der sich mit altersbezogenen Veränderungen im Wahrnehmen, Denken und Handeln befasst.“ (Lindenberger 2008, 69). Kognitive Alterungsprozesse und Veränderungen im Verhalten sind eng mit Umweltbedingungen und Lernerfahrungen verknüpft (vgl. ebd., 70f.). Die kognitiven Funktionen können durch fortschreitendes Altern zwar abnehmen, diese Einbußen können jedoch teilweise kompensiert werden. Auch soziale Teilhabe kann den kognitiven Abbau verlangsamen und z.B. das Risiko für Demenz reduzieren (vgl. ebd., 75).

Ebenfalls relevant für ein umfassendes Verständnis der Lebenslagen älterer Menschen ist die Frage danach, wie gesellschaftliche Strukturen und Mechanismen ihre Lebensweise und Erfahrungen prägen. Altern wird dabei nicht nur als individuelle, sondern auch als durch soziale Konstellationen beeinflusste Erfahrung betrachtet: Aspekte wie Altersübergänge, gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter, normierte Lebensverläufe und Altersbilder zeigen, dass Altern sowohl durch persönliche als auch durch gesellschaftliche Faktoren bestimmt wird (vgl. Lessenich 2015, 157).

„Auch wenn diese Funktionsbereiche assoziiert sind, können Menschen in diesen einzelnen Bereichen einen verschiedenartigen Alternsprozess durchlaufen, sodass ihr ‚Alternsstatus‘ sich aus den Entwicklungen der verschiedenen Funktionsbereiche ergibt. Menschen altern also interindividuell unterschiedlich, und zwar in Abhängigkeit von ihren genetischen Anlagen sowie sozial ungleichen und individuell unterschiedlichen Lebensbedingungen.“ (Backes/Clemens 2013, 14)

Bildung ist, neben Einkommen und Vermögen, ein zentraler Indikator für soziale Ungleichheit und wird in den meisten Studien zur Gesundheitsungleichheit herangezogen (vgl. Leopold/Engelhardt 2011, 210). Soziale Ungleichheiten haben kumulative Effekte auf die Gesundheit (vgl. Kolland/Aner 2019, 113): So führen beispielsweise ein niedriger Bildungsstand oder ein geringes Einkommen zu einer höheren Krankheitsprävalenz und einer geringeren Lebenserwartung (vgl. ebd.; Leopold/Engelhardt 2011, 224f.).

Wahl und Heyl (2015) formulieren zusammenfassend „zwölf Essentials der Gerontologie“ (ebd, 83f.). Demnach ist Altern ein:

1. „dynamischer Prozess zwischen Verlust und Gewinn
2. geschlechtsspezifischer Prozess
3. biologisch und medizinisch bestimmter Prozess
4. differentieller Prozess
5. lebenslanger und biografisch verankerter Prozess
6. multidimensionaler Prozess
7. sozial bestimmter Prozess
8. multidirektionaler Prozess
9. Produkt von Person und räumlicher Umwelt
10. Prozess zwischen Objektivität und Subjektivität
11. ökonomisch bestimmter Prozess
12. plastischer Prozess mit Grenzen“

(Wahl/Heyl 2015, 83f.; vgl. auch Hoff 2018, 3)

Insgesamt lässt sich die Lebensphase Alter folglich als Ergebnis gesellschaftlicher und individueller Dynamiken verstehen. Konzepte wie „normales“ oder „erfolgreiches“ Altern stammen aus Entwicklungsmodellen der Gerontopsychologie (vgl. Hoff 2018, 2) und verdeutlichen die vielfältigen Facetten des Alterns, indem sie „sowohl Gewinn als auch Verlustmöglichkeiten, also subjektiv und objektiv positive wie negative Bilanzierungsprozesse des körperlichen, psychischen und sozialen Alterungsprozesses“ (ebd.) aufzeigen.

2.2 Ausgewählte Theorien des „erfolgreichen“ Alterns

Um dieses Kapitel abzuschließen, werden daher an dieser Stelle vier Theorien des „erfolgreichen“ Alterns vorgestellt, um eine Grundlage für die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Vereinsamung im Alter im nächsten Kapitel zu schaffen. Diese Betrachtung hat jedoch nicht den

Anspruch, die dargestellten Theorien so detailliert und umfassend wie möglich abzubilden, denn dies ist im Rahmen dieses Kapitels weder möglich noch sinnvoll. Vielmehr sollen hier die Kernaussagen ausgewählter Theorien zum Alternsprozess dargestellt und erst im weiteren Verlauf der Arbeit an angemessener Stelle herangezogen und in Bezug gesetzt werden.

Havighurst (1961) definiert erfolgreiches Altern folgendermaßen:

„A theory of successful aging is a statement of the conditions of individual and social life under which the individual person gets a maximum of satisfaction and happiness and society maintains an appropriate balance among satisfactions for the various groups which make it up—old, middle-aged, and young, men and women, etc.” (Havighurst 1961, 8)

Rowe und Kahn (1997) greifen diesen Gedanken auf und präzisieren ihn hinsichtlich seiner Bedeutung für die Gesundheit im höheren Lebensalter:

„We define successful aging as including three main components: low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life.” (Rowe/Kahn 1997, 433)

Eine der bekanntesten und polarisierendsten Theorien des erfolgreichen Alterns ist die *Disengagement-Theorie* nach Cumming und Henry (1961). Diese nimmt die Endlichkeit des Lebens als Ausgangspunkt (vgl. ebd., ind. zit. n. Tesch-Römer 2023, 56) und legt die Annahme zugrunde, dass die Gewissheit des Todes sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene Folgen hat (vgl. Wahl/Heyl 2015, 116; Tesch-Römer 2023, 56). Mit zunehmendem Alter würden Menschen sich ihrer Endlichkeit bewusster, verlören an körperlicher Energie und zögen sich aus sozialen Rollen und Beziehungen zurück (vgl. Hoff 2018, 7). Gesellschaftlich würde dieser Rückzug durch Mechanismen wie Altersgrenzen und Ruhestand unterstützt, um die Funktionsfähigkeit von Institutionen zu gewährleisten und den Rückzug älterer Personen aus aktiven Rollen zu organisieren (vgl. Tesch-Römer 2023, 56).

Die Theorie folgt also der Annahme, dass Menschen, die sich der Endlichkeit ihres Lebens bewusst sind und an Energie verlieren, dazu bereit sind, sich aus gesellschaftlichen und privaten Beziehungen zurückzuziehen und dies selbst entscheiden würden - ein Prozess, der als „Disengagement“ bezeichnet wird (vgl. ebd.). Treffen diese individuellen Rückzugsbereitschaften auf gesellschaftliche Maßnahmen wie den Ruhestand, könne dies die Lebenszufriedenheit steigern (vgl. ebd.; Hoff 2018, 7). Dieser Rückzug wird als zirkulärer Prozess beschrieben: Weniger soziale Interaktionen führen zu einer Befreiung von sozialen Normen und Verpflichtungen, was wiederum weiteren Rückzug begünstigt (vgl. Tesch-Römer 2023, 56).

Die Disengagement-Theorie konnte empirisch nicht bestätigt werden, da es keinen universellen, einheitlichen Pfad des Alterns gibt, der für alle Menschen gleichermaßen gilt (vgl. ebd., 57;

Zhang/Lin 2021, 1475; Rupprecht 2008, 19). Es wurde zudem nachgewiesen, dass zwischen sozialer Aktivität und Wohlbefinden eine positive Korrelation besteht (vgl. Tesch-Römer 2023, 57). Dennoch ist ihre wissenschaftliche Bedeutung nicht zu unterschätzen: Die Alternsforschung hat in Abgrenzung zur Disengagement-Theorie neue Konzepte und Theorien entwickelt (vgl. ebd., 61). Ebenso sind zentrale Elemente der Disengagement-Theorie, wie das Bewusstsein der eigenen Endlichkeit, der Umgang mit begrenzten Ressourcen und der Rückzug aus bestimmten Lebensbereichen auch in anderen theoretischen Ansätzen zum Altern wiederzufinden (vgl. ebd.). Zudem betont die Theorie die Verknüpfung von Mikro- und Makroebene im Alternsprozess und unterstreicht die Relevanz einer funktionalen Abstimmung zwischen individuellen Bedürfnissen und Ressourcen sowie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Chancen und Hindernissen für ein erfülltes Altern (vgl. Wahl/Heyl 2015, 118; Hoff 2018, 8). Aus diesen Gründen wird die Disengagement-Theorie – obgleich die ihr zugrunde liegende These, dass alte Menschen vom Verlust sozialer Rollen und Kontakte profitieren, im direkten Widerspruch zu den zentralen Annahmen und Ergebnissen dieser Arbeit steht – hier detailliert angeführt.

Die *Aktivitätstheorie* nach Tartler (1961) steht im Gegensatz zur Disengagement-Theorie und betont, dass Lebenszufriedenheit im Alter durch aktive Teilnahme am Leben, das Gefühl, gebraucht zu werden, und das Finden von Ersatzaktivitäten erreicht wird (vgl. ebd., ind. zit. n. Rupprecht 2008, 19; Hoff 2018, 9). Schelling (2003) fasst die Annahmen der Aktivitätstheorie folgendermaßen zusammen:

„Der Verlust beruflicher und familiärer Rollen in der modernen Arbeitswelt bzw. der modernen Kernfamilie bringe einen Funktionsverlust mit sich, der, wenn nicht durch neue Aufgaben kompensiert, zu Isolation, Inaktivität und sinkender Lebensqualität führe.“ (Schelling 2003, 3)

Kritik an der Theorie richtet sich jedoch gegen ihre Annahme, dass immer Ersatzaktivitäten gesucht und gefunden werden können, da dies in bestimmten Lebenssituationen - wie z.B. nach Verlust eines geliebten Menschen - schwierig oder gar unmöglich ist (vgl. Rupprecht 2008, 20).

Die *Kontinuitätstheorie* nach Atchley (1989) folgt der Annahme, dass Menschen im Alter versuchen, bestehende Strukturen zu bewahren und aufrechtzuerhalten (vgl. Atchley 1989, 183):

„Das Streben nach Kontinuität wird dabei in ‚innere‘ und ‚äußere‘ Kontinuität differenziert. Innere Kontinuität meint, dass das Individuum ein Bestreben nach Fortdauer von Einstellungen, Ideen, Eigenschaften des Temperaments und der Affektivität, der Erfahrungen, Vorlieben und Fähigkeiten hat. Die ‚äußere Kontinuität‘ dagegen bezieht sich auf die kognitive Repräsentation der räumlichen und sozialen Umwelt sowie der Beziehungen, die zu dieser Umwelt bestehen.“ (Rupprecht 2008, 20)

In Phasen der Veränderung im Alter versuchen Menschen gemäß der Kontinuitätstheorie also aktiv Kontinuität herzustellen, um Stabilität in ihrer Identität zu bewahren (vgl. ebd.; Hoff 2018, 9f.). Die

Kontinuitätstheorie betont besonders die Bedeutung biografischer Prägungen und deren Einfluss auf die Strategien, mit denen Menschen Stabilität in einer sich verändernden Lebenssituation sichern (vgl. Rupprecht 2008, 20).

Der Begriff des „erfolgreichen Alterns“ ist nicht unumstritten. Kritiker*innen äußern, dass das Konzept die Umstände, innerhalb derer Menschen älter werden, auf rein individueller Ebene betrachtet und soziologische Einflüsse nicht einbezieht (vgl. Künemund/Vogel 2024, 26):

„[D]ie Perspektive auf die erfolgreiche Bewältigung der mit dem Altern einhergehenden Probleme ist insofern tendenziell konservativ, als dass die gesellschaftlichen Verhältnisse nicht verändert werden müssen – erfolgreich Altern kann und soll das Individuum“ (ebd.)

Dieser Umstand führt nicht nur zu einem Spannungsfeld in Hinblick auf das Verständnis vom „erfolgreichen Altern“, sondern weist auch erneut auf eine zentrale Diskrepanz hin, die im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch mehrfach zur Sprache kommen wird: Alter ist – genau wie eine Suchterkrankung – nicht rein individuell, sondern auch maßgeblich durch gesellschaftliche Umstände bedingt. Folglich sollten Konzepte wie „erfolgreiches Altern“ immer im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Strukturen und Bedingungen betrachtet werden. Diese beeinflussen sowohl die Chancen auf ein selbstbestimmtes und gesundes Leben im Alter als auch den Umgang mit Problemlagen (wie z.B. Vereinsamung) in dieser Lebensphase. Ein rein individueller Ansatz greift daher zu kurz, da er die Verantwortung für ein gelingendes Altern allein auf die Person verlagert (vgl. ebd.) und strukturelle Herausforderungen wie soziale Ungleichheiten oder den Zugang zu unterstützenden Ressourcen unberücksichtigt lässt.

Die Altersforschung zeigt, dass Unterschiede in Teilhabe und Mitwirkung an der Gesellschaft von Beginn an bestehen und sich über den Lebensverlauf verstärken können (vgl. Tesch-Römer 2023, 58). Die *Theorie der kumulativen Vorteile und Benachteiligungen* (vgl. Dannefer 2003; Ferraro/Shippee 2009) erklärt diese wachsenden Unterschiede durch die Akkumulation von Ressourcen oder Nachteilen: Menschen, die mit besseren „Startbedingungen“ geboren werden, können frühzeitig Vorteile nutzen, die ihnen auch in späteren Lebensphasen zugutekommen (vgl. Tesch-Römer 2023, 59; Dannefer 2003, 327). Diese Unterschiede haben nicht nur genetische, sondern vor allem sozioökonomische Ursachen, wie den Status der Eltern, Bildungschancen oder berufliche Belastungen (vgl. Tesch-Römer 2023, 59). Sie sind nicht statisch, sondern werden durch soziale und strukturelle Prozesse auf Mikro-, Meso- und Makroebene verstärkt: Dazu zählen etwa Vermögenserbschaften oder der Zugang zu Bildungseinrichtungen (vgl. ebd.; Ferraro/Shippee 2009, 334ff.). Soziale Ungleichheit ist damit ein dynamischer Prozess, der sich über den gesamten Lebensverlauf verstärkt (vgl. Tesch-Römer 2023, 59f.).

Die Betrachtung des Alters als dynamischer und multidimensionaler Prozess zeigt, dass soziale und gesellschaftliche Einflüsse maßgeblich die Lebensqualität älterer Menschen bestimmen. Vor diesem Hintergrund wird im nächsten Kapitel untersucht, wie Vereinsamung im Alter entsteht, welche strukturellen und individuellen Faktoren dazu beitragen und welche Konsequenzen dies für die Betroffenen haben kann.

3. Einsamkeit im Alter

Der Begriff „Einsamkeit“ taucht häufig in unserem Alltag auf, wird jedoch oft ungenau verwendet, da Menschen damit unterschiedliche Erfahrungen und Gefühle verknüpfen (vgl. Ernst 2024, 9). Für den Gegenstand dieser Arbeit ist es daher zunächst wichtig, genauer zu betrachten, welche Definitionen des Einsamkeits- bzw. Vereinsamungsbegriffs dieser Arbeit zugrunde liegen.

Die intuitive Vorstellung von Einsamkeit, die viele Menschen äußern, stimmt in einem zentralen Punkt mit der wissenschaftlichen Definition überein: Einsamkeit wird als ein unangenehmes Gefühl wahrgenommen (vgl. ebd.). Jedoch darf die komplexe Natur des Begriffs nicht außer Acht gelassen werden (vgl. Willberg 2023, 35), denn Einsamkeit ist facettenreich, ein existenzieller Aspekt des menschlichen Lebens und uns allen bekannt (vgl. Ernst 2024, 10). Sie ist ebenso wie Gemeinschaftlichkeit eine grundlegende Bedingung menschlicher Existenz und stellt in gewisser Weise deren untrennbares Gegenstück dar (vgl. Schmid/Walter 2022, 8). In dieser Hinsicht ähnelt sie dem Alter:

„Wird Einsamkeit als existenzielle Bedingung des menschlichen Lebens aufgefasst, hat das die Konsequenz, dass Einsamkeit nicht als Pathologie und damit auch nicht als eine an sich problematische oder gar schädliche Angelegenheit gelten kann. In Analogie zum Altern, das aus der Zeitlichkeit des menschlichen Lebens folgt und sich im Leben konkreter Menschen unterschiedlich manifestiert, folgt Einsamkeit aus dessen Gemeinschaftlichkeit und nimmt im Leben konkreter Personen unterschiedliche Gestalten an.“ (ebd., 10; Kursivsetzung im Original)

Auch Willberg (2023) hält fest:

„Man kann argumentieren, dass es sich mit dem pathologischen Problem der Einsamkeit so verhält wie mit dem pathologischen Problem der Angst. Die Einsamkeit gehört wie die Angst zur Normalbefindlichkeit des Menschen, aber die Einsamkeit im Übermaß kann wie die Angst im Übermaß zur Störung und Erkrankung werden.“ (Willberg 2023, 42).

Die zentrale Aufgabe dieser Arbeit liegt folglich darin, die negativen Aspekte der Einsamkeit und deren mögliche Folgen näher zu beleuchten, um verstehen zu können, wie Einsamkeit die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigen kann. Eine Differenzierung des

Einsamkeitsbegriffs verdeutlicht das Zusammenspiel von sozialer und emotionaler Isolation: Während soziale Isolation als Symptom der Vereinsamung objektiv messbar ist, bleibt die emotional erlebte Isolation eine subjektive Erfahrung. Dabei ist es wichtig, soziale Isolation nicht automatisch mit einem tatsächlich empfundenen Leidenszustand gleichzusetzen (vgl. Schmid/Walter 2022, 9f.; Willberg 2023, 39). Aus diesem Grund scheint es in Bezug auf den dieser Arbeit zugrunde liegenden Einsamkeitsbegriff angebracht, in Anlehnung an Willberg (2023) von „Vereinsamung im Sinne sozialer und emotionaler Isolation“ (Willberg 2023, 44) zu sprechen. Diese Definition orientiert sich wiederum an den Überlegungen von Weiss (1973), welcher die Begriffe der emotionalen und sozialen Isolation prägte (vgl. Weiss 1973, 18f.; Willberg 2023, 33, 36).

Emotionale und soziale Isolation sind nicht dasselbe: Während emotionale Isolation ein Gefühl des als negativ empfundenen *Einsam seins* beschreibt (vgl. Weiss 1973, 18; Willberg 2023, 36) lässt sich soziale Isolation objektiv messen, etwa anhand der Anzahl sozialer Kontakte, der Größe des sozialen Netzwerks oder an der Teilnahme an sozialen Aktivitäten (vgl. Weiss 1973, 19; Spitzer 2016, 734; Holt-Lunstad/Smith/Baker/Harris/Stephenson 2015, 229). Die subjektive Einsamkeit wird anhand der berichteten Gefühle von Isolation oder Nichtzugehörigkeit der Proband*innen gemessen (vgl. Holt-Lunstad et al. 2015, 229). Bei der Auseinandersetzung mit Einsamkeit bzw. Vereinsamung sind folglich sowohl die Anzahl der Kontakte als auch die Qualität der Beziehungen von Bedeutung (vgl. Ernst 2024, 12). Forschende des Robert-Koch-Instituts führten zwischen Juni 2021 und April 2022 eine Längsschnittstudie zur gesundheitlichen Situation von Personen in Deutschland ab 65 Jahren durch (*Gesundheit 65+*). In der Altersgruppe der 65 bis 79-jährigen berichteten 19,4 % der Frauen und 14,4% der Männer von Gefühlen der Einsamkeit, in der Gruppe der Menschen über 80 waren es 29% der Frauen und 17,5% der Männer (vgl. Gaertner/Scheidt-Nave/Koschollek/Fuchs 2023, 17). Andere Studienergebnisse zeigen, dass Einsamkeit in Bezug auf das Alter einer U-förmigen Kurve folgt: Sie nimmt vom jungen Erwachsenenalter bis zur Lebensmitte ab und steigt im höheren Alter wieder an (vgl. Graham et al. 2024, 593).

Die *Diskrepanzdefinition* der Einsamkeit nach Perlman und Peplau (1981) geht davon aus, dass Vereinsamung aus der empfundenen Diskrepanz zwischen den gewünschten und faktisch vorhandenen Beziehungen entsteht (vgl. Perlman/Peplau 1981, 31f.), dabei spielen sowohl die Zahl der Kontakte als auch die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen eine Rolle (vgl. ebd.; Ernst 2024, 12). Die individuellen Beziehungsbedürfnisse hängen von der persönlichen Lebensgeschichte, den Charaktereigenschaften und der kulturell-sozialen Einbettung eines Menschen ab – tritt nun ein auslösendes Ereignis ein, welches Lebensumstände und soziales Beziehungsgefüge verändert, kann aus diesem Gefühl der Diskrepanz zwischen gewünschten und reell vorhandenen Beziehungen Vereinsamung entstehen (vgl. Ernst 2024, 12; Perlman/Peplau 1981, 37ff.).

Die Lebensphase des Alters kann von zahlreichen Veränderungen bzw. einschneidenden Ereignissen geprägt sein, die im Folgenden im Hinblick auf ihr Potenzial für ein erhöhtes Vereinsamungsrisiko untersucht werden sollen. Bevor dies geschehen kann, ist es zunächst wichtig, sich vor Augen zu führen, dass soziale Kontakte im Alter nicht nur in Bezug auf die häusliche Pflege infolge von Gebrechlichkeit oder Krankheit von Relevanz sind:

„Die bestehenden Bindungen und Sozialbeziehungen, die Ältere vorweisen können, wie z.B. Familie, Freunde, Nachbarn, werden [...] überwiegend als Potenzial möglicher Hilfe- und Pflegeleistungen eingeschätzt und eher nicht in der Perspektive von HilfeempfängerInnen, LebensbegleiterInnen, Sozialisations- oder gar Bildungsinstanzen für Alternsprozesse. Dabei birgt die Altersphase einige Herausforderungen und Weiterentwicklungschancen, die ein Mensch allein nicht bewältigen sollte, denn er benötigt Auseinandersetzungsmöglichkeiten und Unterstützung für den Übergang in den Ruhestand, für den evtl. Verlust des Lebenspartners, die Überlegung, in eine alternative Wohnform zu ziehen, in die Nähe der Kinder oder beim Eintritt ins Pflegeheim, beim schleichenden Verlust des Netzwerks, wenn Geschwister, Freunde oder Nachbarn nach und nach sterben etc.“ (Meyer 2010, 167f.)

Soziale Beziehungen gewinnen im Alter also an besonderer Bedeutung, da sie Unterstützung bieten, Geselligkeit fördern und so zur Zufriedenheit beitragen können (vgl. ebd.; Hahmann 2019, 1).

3.1 Soziale Beziehungen im Alter

Das Alter ist in soziale Beziehungen eingebettet, die dynamischen Veränderungsprozessen ausgesetzt sind: Menschen altern gemeinsam mit Partner*innen, Familie, Freund*innen oder anderen sozialen Kontakten (vgl. Tesch-Römer 2010, 16).

Bei der folgenden Betrachtung sozialer Beziehungen im Alter ist es wichtig, sich

„[...] nicht ausschließlich sozialen Beziehungen im Allgemeinen [zu] widmen, sondern nach Arten der Beziehung, der emotionalen Nähe oder der Anzahl der einbezogenen Personen [zu] differenzieren. Beispielsweise erscheint es sinnvoll, das weitere soziale Umfeld zu betrachten: Ältere Individuen, die verwitwet sind, sind nicht notwendigerweise sozial isoliert, wenn sie ein dichtes Netzwerk aus Familienmitgliedern, Freundschaften und Bekanntschaften aufweisen. Eine Betrachtung, die nur eine Beziehungsart in den Blick nimmt, etwa eine (Ehe-)Partnerschaft, wäre verkürzt, weil möglicherweise Freundschaften oder Geschwisterbeziehungen ähnlich wichtig sind.“ (Hahmann 2019, 5)

Ältere Paare blicken häufig auf eine lange gemeinsame Lebensgeschichte zurück, die von gemeinsamen Erlebnissen, Herausforderungen und geteilten Ressourcen geprägt ist (vgl. Nowossadek/Engstler 2013, 10). Der Partner oder die Partnerin ist oft die engste Bezugsperson, mit der wichtige Entscheidungen besprochen, der Alltag bewältigt und persönliche Themen geteilt

werden – aber auch die Person, mit der die meisten Konflikte entstehen (vgl. Tesch-Römer 2010, 119). Mit dem Auszug erwachsener Kinder und dem Eintritt in den Ruhestand verändert sich die Partnerschaft, ebenso im hohen Alter, wenn Partner*innen zunehmend füreinander Sorge tragen oder die Pflege übernehmen (vgl. ebd., 121). Im Alter ist der Tod eines Partners der häufigste Grund für das Ende einer Ehe und wird oftmals als einschneidendes Erlebnis wahrgenommen (vgl. Nowossadek/Engstler 2013, 9; Tesch-Römer 2010, 121). Einsamkeitsgefühle treten bei älteren Menschen, die in einer Partnerschaft leben, deutlich seltener auf: „Ältere Menschen ohne Partner:in sind ungefähr fünfmal so häufig einsam wie verheiratete oder in Partnerschaft lebende ältere Menschen [...]“ (Kaspar/Wenner/Tesch-Römer 2023, 90).

Eine weitere relevante Beziehungsform im Alter ist die zwischen Eltern und ihren nunmehr erwachsenen Kindern: Diese Beziehung besteht nach der Geburt des Kindes ein Leben lang, verändert sich jedoch mit der Zeit. In Kindheit und Jugend ist sie durch Hierarchie und ein Abhängigkeitsverhältnis geprägt, mit der Adoleszenz und dem Erwachsenenalter entwickeln Kinder eigene Lebensentwürfe, starten ihre berufliche Laufbahn, gründen Beziehungen und bekommen eigene Kinder (vgl. ebd., 141). Der demografische und soziale Wandel beeinflusst die Familienstrukturen: Niedrige Geburtenraten führen zu kleineren familiären Netzwerken. Durch die steigende Lebenserwartung sind Mehrgenerationenfamilien heute häufig, sodass es oft Familien mit drei oder sogar vier Generationen gibt (vgl. Mahne/Huxhold 2017, 216). Diese Generationenbeziehungen stellen eine wichtige Form der Unterstützung im Alltag älterer Menschen dar, weshalb Kinderlosigkeit und größere Wohnentfernungen zwischen Kindern und Eltern oft als Risiko für den Zusammenhalt und die Lebensqualität Älterer gesehen werden (vgl. ebd.). Dennoch zeigt das Konzept der „Nähe auf Distanz“ (Rosenmayr/Köckeis 1965, zit. n. Mahne/Huxhold 2017, 216), dass gute Beziehungsqualität auch bei räumlicher Trennung möglich ist, obwohl geografische Nähe persönliche Kontakte und Alltagshilfen der Kinder für ihre Eltern erleichtert (vgl. Mahne/Huxhold 2017, 216). Die häusliche Pflege älterer, pflegebedürftiger Menschen wird überwiegend informell von nahen Angehörigen übernommen, vor allem von Partner*innen und (Schwieger)töchtern (vgl. Naeyele 2022, 73; Hahmann 2019, 6). Wenn erwachsene Kinder die Pflege ihrer Eltern übernehmen, ändert sich die Beziehungshierarchie: Die Rollen kehren sich um, und die Kinder werden zu den Unterstützenden, zu denjenigen, die Ressourcen bereitstellen; pflegende Kinder hochaltriger, pflegebedürftiger Menschen befinden sich dabei häufig selbst schon im fortgeschrittenen Alter (vgl. Tesch-Römer 2010, 141).

Auch Freund*innen und Nachbar*innen spielen eine zentrale Rolle als Sozialkontakte älterer Menschen: Nach den Verwandten bilden sie die zweitgrößte Gruppe im sozialen Netzwerk erwachsener Personen (vgl. ebd., 190, 192). Soziale Aktivitäten mit Freund*innen tragen im Alter nachweislich dazu bei, die Lebenszufriedenheit zu steigern oder aufrechtzuerhalten (vgl. Huxhold/Miche/Schüz 2014, 372). An dieser Stelle sollen auch Beziehungen zwischen

pflegebedürftigen Menschen und Professionellen des Pflegeberufs kurz erwähnt werden, auch wenn es im Rahmen dieser Ausarbeitung nicht möglich ist, diese besondere Form der Beziehung im Detail zu skizzieren. Ein besonderes Merkmal der Pflegebeziehung ist die ausgeprägte Körpernähe trotz des beruflichen Beziehungscharakters, was ihr trotz ihres beruflichen Charakters eine gewisse Intimität und Nähe verleiht (vgl. Bükler 2019, 19, 20, 23). Die Beziehungen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen unterscheidet sich deutlich von privaten Beziehungen, die auf Freiwilligkeit, Sympathie und emotionaler Nähe basieren. Pflegebeziehungen sind beruflich begründet und basieren auf klar definierten Aufgaben und vertraglichen Regelungen, wobei häufig ein Machtgefälle zwischen Pflegenden und Patienten besteht (vgl. ebd., 19f.).

Im Alter können verschiedene Faktoren dazu beitragen, dass die Anzahl der Sozialkontakte und Beziehungen abnimmt. Diese lebensphasenspezifischen Risikofaktoren sollen im Folgenden dargestellt werden.

3.2 Risikofaktoren für Vereinsamung im Alter

Im Zeitraum von November 2020 bis April 2021 fand im Rahmen der deutschlandweiten Studie „Hohes Alter in Deutschland“ eine schriftliche Erhebung statt, bei der über 10.000 Menschen ab 80 Jahren zu ihrer Lebenslage und Lebensqualität befragt wurden (vgl. Kaspar et al. 2023, 89). Die Auswertung der Ergebnisse, die im Folgenden dargestellt werden, erfolgte durch Kaspar et al. (2023). Dieser Auswertungsbericht ist für die Darstellung der Risikofaktoren für Vereinsamung im Alter sehr gut geeignet, da die Autor*innen zwischen unterschiedlichen Risiko- sowie Schutzfaktoren differenzieren.

Für die Einordnung der Studienergebnisse ist es zunächst wichtig, sich vor Augen zu führen, dass die Befragung während der Corona-Pandemie durchgeführt wurde und die Ergebnisse daher auch von den Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung beeinflusst wurden (vgl. ebd., 94, 106). So lag beispielsweise der Anteil der Bewohner*innen von Pflegeheimen, die sehr erhebliche Einschränkungen in ihren privaten Kontakten erlebten, mit 28,7 % deutlich über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung (vgl. ebd., 97). Kaspar et al. (2023) halten außerdem fest: „Das Risiko, einsam zu sein, ist nicht in allen Teilgruppen sehr alter Menschen gleich. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass der Anteil subjektiver Einsamkeit mit dem Alter signifikant ansteigt.“ (ebd.). Verglichen mit der Altersgruppe der 80-84 Jährigen steigt das subjektive Erleben von Einsamkeit mit einem Alter von 85 und älter deutlich an (vgl. ebd., 97f.). Hochaltrige Frauen sind außerdem deutlich häufiger von Einsamkeit betroffen als gleichaltrige Männer (vgl. Kaspar et al. 2023, 102). Dies lässt sich unter anderem damit erklären, dass Frauen im hohen Alter öfter ohne Partner*in

leben (vgl. ebd.). Sowohl eine Partnerschaft als auch ein umfangreiches soziales Netzwerk sind mit einem geringeren Risiko verbunden, im hohen Alter Einsamkeit zu erleben (vgl. ebd., 99). Ein stabiles soziales Netzwerk stellt folglich einen bedeutenden Schutzfaktor für Vereinsamung im Alter dar (vgl. ebd., 106).

Verschiedene altersspezifische Einflussfaktoren können die Stabilität und Aufrechterhaltung dieser wichtigen sozialen Kontakte jedoch beeinträchtigen und somit das Risiko für Vereinsamung erhöhen: Das Versterben von Partner*innen oder engen Freund*innen stellt ein erhebliches Risiko dar (vgl. Dahlberg/McKee/Frank/Naseer 2022, 244f.). Gesundheitliche Einschränkungen und Gebrechlichkeit erschweren zusätzlich die Pflege sozialer Beziehungen (vgl. Taube/Jakobsson/Midlöv/Kristensson 2016, 634ff.). Diese Faktoren können zu einer Reduzierung der Möglichkeiten für soziale Interaktionen und zu einer Verkleinerung des Netzwerks an Bezugspersonen führen, die Verbundenheit und Unterstützung bieten (vgl. ebd.).

Der Übergang in den Ruhestand stellt einen biographischen Wendepunkt dar (vgl. Amann 1990, 177f.; Scherger 2020, 17). Er führt oft zu einer Unterbrechung der bisherigen sozialen Einbindung, da die Arbeit als zentrale Quelle sozialer Integration entfällt; stattdessen rücken andere Netzwerke wie Familie, Freund*innen und Freizeitaktivitäten in den Fokus (vgl. Clemens 2005, 382). Mit dem Rückzug aus der Arbeitswelt, die lange das Leben geprägt hat, stehen Menschen vor der Herausforderung, neue Routinen zu entwickeln: Der Verlust der bezahlten Arbeit setzt etablierte Rollen und Identitäten unter Druck, die sich an veränderte Rahmenbedingungen wie verfügbare Zeit, finanzielle Mittel und soziale Netzwerke anpassen müssen (vgl. Barnes/Parry 2004, 213). Erwerbsarbeit bietet unter anderem eine institutionelle Basis für soziale Kontakte: Mit dem Übergang in den Ruhestand entfällt diese zentrale Ebene der gesellschaftlichen Integration (vgl. Clemens 2005, 382). Der Ruhestand markiert oft eine Phase des Umbruchs, in der sich Rollen und Beziehungen verändern; gleichzeitig geraten persönliche Beziehungen, wie die Partnerschaft oder Kontakte zu Familie oder Freund*innen, verstärkt in den Mittelpunkt und können neu definiert werden (vgl. Barnes/Parry 2004, 213f.). Allerdings müssen die durch den Ruhestand verursachten Brüche in der Alltagsgestaltung in Hinblick auf die unterschiedlichen Bedeutungen für Männer und Frauen differenziert betrachtet werden: Es gibt Hinweise darauf, dass erwerbstätige Frauen, die überwiegend für familiäre Aufgaben verantwortlich waren, den Übergang in den Ruhestand anders erleben als Männer, da ihre Berufsbiografien ohnehin von häufigen Brüchen geprägt waren (vgl. Hokema/Scherger 2016, 91, 106f.; Scherger 2020, 18). Männer sind oft stärker an ihre berufliche Tätigkeit gebunden und verfügen über weniger soziale Netzwerke außerhalb der Arbeit als (Ehe-) Frauen, was den Übergang in den Ruhestand für Männer schwieriger gestalten und Spannungen im häuslichen Umfeld verursachen kann (vgl. Barnes/Parry 2004, 214).

Die Paarbeziehung gewinnt in dieser Übergangsphase an zentraler Bedeutung, da sie eine wichtige Rolle bei der Anpassung an den Rollenverlust spielt: Eine als stabil empfundene Partnerschaft kann dabei helfen, Umstellungen zu bewältigen und möglichen Gefühlen von sozialer Isolation oder Ausgeschlossenheit entgegenzuwirken, indem sie eine schützende Funktion übernimmt (vgl. Cihlar/Reinwarth/Lippke 2022, 69f.). Auch Elternschaft kann ähnliche Effekte haben, wobei diese weniger stark ausgeprägt sind als der Einfluss der Partnerschaftsqualität. Dies resultiert laut Cihlar et al. (2022) möglicherweise daraus, dass die Kinder beim Eintritt der Eltern in den Ruhestand meist bereits erwachsen sind und aufgrund räumlicher Distanz seltener Interaktionen stattfinden als innerhalb einer Paarbeziehung (vgl. ebd., 70). Die Paarbeziehung im Alter ist folglich von großer Bedeutung in Bezug auf ihre Rolle bei der Anpassung an lebensphasenspezifische Umbrüche. Umso folgenreicher ist der Tod der Person, mit der man sein Leben geteilt hat: Eine Verwitwung ist eines der belastendsten Lebensereignisse im Alter (vgl. Schmitz 2021, 48, Holmes/Rahe 1967, 216). Der Trauerprozess verläuft von Person zu Person individuell und kann mit depressiven Symptomen und Angstgefühlen einhergehen (vgl. Carr/Jeffreys 2011, 82; Utz/Swenson/Caserta/Lund/deVries 2014, 85, 91). Die Anpassung älterer Menschen an die Verwitwung variiert stark und hängt von verschiedenen Faktoren ab: den Merkmalen der Ehe (war diese harmonisch oder konfliktreich?), den Umständen des Todes, dem gleichzeitigen Auftreten weiterer belastender Ereignisse oder Verluste sowie den persönlichen und sozialen Ressourcen der verwitweten Person (vgl. ebd.).

Verlusterfahrungen im Alter beschränken sich jedoch nicht nur auf Verwitwung: Auch der Tod von Freund*innen wird häufiger erlebt, je älter Menschen werden (vgl. Dykstra/Van Tilburg/Gierveld 2005, 727). Mit steigendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass diese aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, den Kontakt aufrechtzuerhalten (vgl. Johnson/Troll 1994, 85). Freundschaften sind besonders bedeutsam für die Gestaltung des Alltags und bieten Möglichkeiten der sozialen Interaktion, Geselligkeit und somit eine wichtige Ergänzung zu familiären Beziehungen (vgl. Hahmann 2019, 7). Ihr Verlust wird oftmals als ebenso tragisch empfunden wie der Verlust eines Familienmitglieds, denn Freundschaften werden häufig mit Menschen geschlossen, die uns ähnlich sind, etwa bezogen auf Alter, sozioökonomischen Status oder Geschlecht - der Verlust von Freund*innen bedeutet daher auch den Verlust einer wichtigen Selbstreferenz (vgl. De Vries/Johnson 2002, 304f.). Trauernde Freund*innen zeigen oftmals Reaktionen, die mit denen trauernder Familienmitglieder vergleichbar sind (vgl. ebd., 318). Im Gegensatz zu vielen familiären Beziehungen gibt es jedoch keine spezifischen Begriffe, die den Verlust eines Freundes oder einer Freundin beschreiben, wie es etwa für den Verlust eines Ehepartners oder der Eltern der Fall ist und Freund*innen müssen oft ihren eigenen Weg durch die Trauer finden (vgl. ebd., 305, 318).

Neben diesen Verlusten auf sozialer Ebene stellen auch Mobilitätseinschränkungen, gesundheitliche Probleme und Gebrechlichkeit im Alter einen zentralen Risikofaktor für Vereinsamung im Alter dar, denn diese können die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe erheblich einschränken und das Risiko für Isolation und Einsamkeit erhöhen (vgl. Moeyersons/De Vlieghe/Huyghe/De Groof/Milisen/De Casterlé 2022, 9f.). So gaben beispielsweise die Teilnehmer*innen einer schwedischen Studie zur Auswirkung von Mobilitätseinschränkungen auf das Einsamkeitsempfinden uniform an, dass sie das Gefühl hätten, von der Außenwelt abgeschnitten zu leben (vgl. Taube et al. 634ff.). Ihre körperlichen Einschränkungen würden in der Unfähigkeit, bestimmte Aktivitäten auszuführen, dem deutlich erhöhten zeitlichen Aufwand für einfache Tätigkeiten oder einem veränderten äußeren Erscheinungsbild resultieren. Spontane Aktivitäten seien ihnen nur erschwert möglich (vgl. ebd.). Vor allem Frauen, Personen ab 80 Jahren und Menschen mit niedrigem Bildungsniveau berichten besonders häufig von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen (vgl. Gaertner et al. 2023, 17). Frauen ab 65 Jahren bewerteten ihren Gesundheitszustand insgesamt schlechter als Männer derselben Altersgruppe (vgl. ebd., 15). Sie berichteten häufiger von gesundheitlichen und funktionalen Beeinträchtigungen sowie von Einsamkeit und Depressivität (vgl. ebd., 15ff.).

An dieser Stelle ist es wichtig, den Blick auch auf die strukturellen und soziodemografischen Faktoren zu richten, die Vereinsamung im Alter begünstigen können. Bildung ist in modernen Gesellschaften eine zentrale Ressource, die maßgeblich die Lebenschancen bestimmt: Sie dient nicht nur der Positionierung des Einzelnen innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie, sondern erfüllt auch eine Selektionsfunktion (vgl. Mahne/Wolff/Simonson/Tesch-Römer 2017, 20). Infolgedessen prägt Bildung den Zugang zu Lebenschancen sowie materiellen und immateriellen Ressourcen und trägt zu sozialen Ungleichheiten über den gesamten Lebensverlauf bei (vgl. ebd.; Tesch-Römer 2023, 59). Der Zugang zu Bildung beeinflusst nicht nur Chancen in den frühen Lebensphasen, sondern wirkt sich in vielfältiger Weise auch im späteren Lebensverlauf auf unterschiedliche Lebensbereiche aus – bis hin ins hohe Alter (vgl. Mahne/Wolff/Simonson/Tesch-Römer 2017, 21).

Einkommensungleichheiten bringen nicht nur materielle Nachteile mit sich, sondern beeinträchtigen auch die soziale Integration von älteren Menschen, denn insbesondere im Alter werden die „Voraussetzungen für ein aktives und integriertes Leben [...] zunehmend ungleich verteilt“ (Lejeune/Romeu Gordo/Simonson 2017, 109). Personen, die als armutsgefährdet gelten, weisen im Vergleich zu Gleichaltrigen mit mittlerem oder hohem Einkommen ein höheres Risiko auf, Einsamkeit zu erleben (vgl. Huxhold/Bünning/Simonson 2023, 6). Sozioökonomische Ungleichheiten können zu erheblichen Unterschieden in Gesundheit und Lebenszufriedenheit führen - dabei wirken sich soziale Benachteiligungen nicht nur negativ auf die mentale und physische Gesundheit aus, sondern beeinträchtigen auch die Qualität und Stabilität individueller sozialer Beziehungen (vgl. Huxhold et al. 2023, 2, 6). Frauen sind besonders häufig von Altersarmut

betroffen, da sie oft nur über geringe Renten verfügen (vgl. Lejeune et al. 2017, 109). Dies wird besonders problematisch, wenn das Einkommen des Partners bzw. der Partnerin wegfällt oder diese ebenfalls nur eine geringe Rente beziehen (vgl. ebd.).

Auch der Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und dem Einsamkeitserleben älterer Menschen in Deutschland soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, obgleich dieser noch sehr unerforscht ist (vgl. Hajek/König 2024, 1139). In den kommenden Jahren wird der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland weiter ansteigen: Dieser Anstieg ist weniger auf den Zuzug älterer Menschen zurückzuführen, sondern vielmehr auf die „demografische[...] Alterung der bereits in Deutschland lebenden Bevölkerung mit Migrationsgeschichte“ (Bartig 2022, 7). Menschen „mit Migrationshintergrund und eigener Migrationserfahrung“ (Hajek/König 2024, 1141) weisen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund ein signifikant höheres Einsamkeitsniveau auf (vgl. ebd.) und sind im mittleren und höheren Lebensalter besonders von Einsamkeit bedroht (vgl. ebd., 1139). Auch befinden sie sich im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund oft in einer schlechteren sozioökonomischen Position (vgl. Klaus/Baykara-Krumme 2017, 359, 368). Frühere Arbeitsmigrant*innen sowie zugewanderte Menschen aus Nicht-EU-Ländern sind besonders stark von sozioökonomischer Benachteiligung betroffen (vgl. ebd., 369). Personen mit Migrationshintergrund weisen in der zweiten Lebenshälfte insgesamt schlechtere Gesundheitswerte auf als jene ohne Migrationshintergrund, insbesondere in den Bereichen der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie im Gesundheitsverhalten (vgl. ebd., 370). Sie zeigen eine stärkere familiäre Einbindung, ihre soziale Einbindung außerhalb der Familie ist hingegen geringer (vgl. ebd., 376). Zusammenfassend ist zu sagen, dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund ein höheres Risiko haben, von Armut, geringen außerfamiliären Kontakten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen zu sein (vgl. ebd.).

Es lässt sich an dieser Stelle also zunächst festhalten, dass die Risikofaktoren für Einsamkeit im Alter vielfältig sind und sowohl individuelle als auch strukturelle Aspekte umfassen. Zu den zentralen Faktoren gehört die Verwitwung, die häufig im höheren Lebensalter auftritt und eine der einschneidendsten Veränderungen darstellt. Ein weiterer bedeutender Faktor ist der sich verschlechternde Gesundheitszustand, der die Mobilität einschränken und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten erschweren kann. Dies führt häufig zu Isolation und einer Verkleinerung des sozialen Netzwerks. Auch Armut sowie Bildungsungleichheiten spielen eine entscheidende Rolle, da finanzielle Benachteiligung nicht nur die Lebensqualität einschränkt, sondern auch die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe reduziert. Besonders betroffen sind Frauen, die aufgrund unterbrochener Erwerbsbiografien oft geringere Rentenansprüche haben. Ein Migrationshintergrund stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar. Schließlich führt der Eintritt in den Ruhestand häufig zum Wegfall bisheriger sozialer Netzwerke, da die Arbeit als zentrale Quelle sozialer Integration entfällt. Der Verlust sozialer Rollen, gesundheitliche Einschränkungen und der

Rückzug aus sozialen Netzwerken führen zu einer Diskrepanz zwischen den gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Kontakten. Diese Diskrepanz wird von älteren Menschen oft als belastend wahrgenommen.

Die in Kapitel 2.2 angeführte Theorie der kumulativen Vorteile und Benachteiligungen nach Dannefer (2003) und Ferraro und Shippee (2009) bietet an dieser Stelle einen geeigneten Rahmen, um die beschriebenen Zusammenhänge zwischen strukturellen und soziodemografischen Faktoren und Vereinsamung im Alter zu analysieren. Die Theorie betont, dass Ungleichheiten über den Lebensverlauf hinweg nicht nur bestehen bleiben, sondern sich im Laufe der Zeit durch Wechselwirkungen zwischen individuellen Lebensbedingungen, sozialen Strukturen und verfügbaren Ressourcen anhäufen können. Die Rolle von Bildung als zentrale Ressource innerhalb der Gesellschaft verdeutlicht, wie früh erworbene Vor- oder Nachteile im Lebensverlauf fortwirken können. Die Theorie der kumulativen Vorteile und Benachteiligungen erklärt dies dadurch, dass Bildung nicht nur die Positionierung innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie bestimmt, sondern auch den Zugang zu weiteren Ressourcen beeinflusst. So wird der ungleiche Zugang zu Bildung im frühen Lebensverlauf zu einem zentralen Mechanismus, der die Kluft zwischen privilegierten und benachteiligten Gruppen über die Lebensspanne hinweg vergrößert. Die beschriebenen Einkommensunterschiede im Alter zeigen, wie sich soziale Benachteiligungen im späteren Leben manifestieren: Personen mit niedrigerem Einkommen haben nicht nur ein erhöhtes Risiko für Vereinsamung, sondern verfügen auch über weniger Ressourcen, um aktiv an sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten teilzunehmen. Nach Dannefer (2003) und Ferraro und Shippee (2009) verstärken derartige Ungleichheiten die bereits bestehenden Benachteiligungen, da der Zugang zu sozialen Netzwerken und Unterstützungsstrukturen eingeschränkt wird. Auch in Bezug auf weibliche Altersarmut bietet die Theorie einen wichtigen Erklärungsansatz: Aufgrund von unregelmäßigen Erwerbsbiografien, Teilzeitbeschäftigungen und geschlechtsspezifischen Lohnunterschieden verfügen Frauen häufiger über geringere Rentenanwartschaften als Männer (vgl. Lejeune et al. 2017, 98). Diese strukturellen Benachteiligungen setzen sich im Ruhestand fort, besonders wenn zusätzliche Faktoren wie der Wegfall des Einkommens von Partner*innen hinzukommen. Der theoretische Bezug zeigt hier, wie multiple Diskriminierungsfaktoren zusammenwirken und sich gegenseitig verstärken können. Auch betont die Theorie, dass soziale Benachteiligungen im Laufe des Lebens negative gesundheitliche und soziale Effekte akkumulieren. Einkommensungleichheiten führen also nicht nur zu schlechterer physischer und psychischer Gesundheit, sondern auch zu instabileren sozialen Beziehungen, was wiederum die soziale Isolation verstärken kann. Dieser Prozess verdeutlicht, wie strukturelle Ungleichheiten immer neue Herausforderungen für Betroffene schaffen und Ungleichheiten sich über den Lebensverlauf hinweg verstärken können.

3.3 Die Folgen von Vereinsamung

Vereinsamung kann weitreichende Auswirkungen haben und sowohl der psychischen als auch der körperlichen Gesundheit schaden: Eine Metaanalyse 70 prospektiver Studien, durchgeführt von Holt-Lunstad et al. (2015) zeigt, dass sowohl subjektiv als auch objektiv gemessene soziale Isolation das Sterblichkeitsrisiko signifikant erhöhen (vgl. Holt-Lunstad et al. 2015, 227ff.). Nach Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren ergab sich ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko von 26 % für Einsamkeit und 29 % für soziale Isolation (vgl. ebd., 233). Soziale Beziehungen beeinflussen Gesundheit und Wohlbefinden, indem sie eine Vielzahl physischer, emotionaler und kognitiver Bedürfnisse erfüllen - soziale Isolation verringert daher die Möglichkeit, diese Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. Holt-Lunstad/Stephoe 2022, 235). Vereinsamung kann erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben, „[...] with the largest effects on mental health and overall well-being“ (Park et al. 2020, 4). Sie erhöht das Risiko für koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle (vgl. Valtorta/Kanaan/Gilbody/Hanratty 2018, 1391f.). Ebenso kann Vereinsamung die Entwicklung verschiedener psychischer Erkrankungen begünstigen, darunter Depressionen, Schlafstörungen und Alzheimer (vgl. Mushtaq et al. 2014, 1f.). Hawkey und Cacioppo (2010) bezeichnen die negativen gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit als resultierend aus einem evolutionär bedingten menschlichen Grundbedürfnis nach Sozialkontakt:

„Chronic perceived isolation (i.e., loneliness) is characterized by impairments in attention, cognition, affect, and behavior that take a toll on morbidity and mortality through their impact on genetic, neural, and hormonal mechanisms that evolved as part and parcel of what it means to be human.“ (Hawkey/Cacioppo 2010, 10).

Vereinsamung hat außerdem einen Einfluss auf das Suizidrisiko älterer Menschen (vgl. De Leo 2022, 7): Eine aktuelle irische Studie von Ward et al. (2024) hat ergeben, dass sowohl soziale Isolation als auch Einsamkeit stark mit Suizidgedanken und Suizidversuchen korrelieren (vgl. Ward/Briggs/Rose 2024, 2). Ältere Menschen, die einen Todeswunsch äußerten, berichteten häufig über ein höheres Maß an Einsamkeit und sozialer Isolation (vgl. ebd., 4ff.). Sie lebten oft allein, waren unverheiratet und wiesen eine geringere soziale Teilhabe auf (vgl. ebd.).

Ältere Menschen weisen im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen das höchste Risiko für Suizid auf (vgl. Lindner/Drinkmann/Schneider/Sperling/Supprian 2022, 157). Im Jahr 2022 lag die Suizidrate in Deutschland bei Männern über 90 Jahren bei 112,1 pro 100.000 und war damit deutlich höher als bei Frauen derselben Altersgruppe, deren Rate 22,1 pro 100.000 betrug (vgl. Etzersdorfer 2024, 186f.). Zum Vergleich: In der Gesamtbevölkerung lag die Suizidrate bei 12,1 pro 100.000 (vgl. ebd.). Männer im Alter von über 80 Jahren suizidieren sich am häufigsten (vgl. De Leo 2022, 7). Risikofaktoren für Suizid(versuche) im Alter sind unter anderem chronische Erkrankungen und

damit einhergehende Schmerzen, Gefühle der Abhängigkeit von anderen Menschen, funktionelle Einschränkungen im Alltag, belastende Lebensereignisse wie der Verlust von Partner*in oder Freund*innen oder der Verlust des Lebenssinns (vgl. De Leo 2022, 7; Lindner et al. 2022, 159). Depressionen gelten als einer der bedeutendsten Risikofaktoren für Suizid: Eine schwedische Kohortenstudie kam zu dem Ergebnis, dass Depressionen das Suizidrisiko im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mehr als 15-fach erhöhen (vgl. Crump/Sundquist/Sundquist/Winkelby 2014, 283).

Die Analyse von Vereinsamungsprozessen im Alter anhand der eingangs vorgestellten theoretischen Ansätze zeigt, dass Einsamkeit ein komplexes Phänomen ist, das auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden muss: Die Disengagement-Theorie nach Cumming und Henry (1961) beschreibt sozialen Rückzug im Alter als natürliche Anpassung und Folge des Alterungsprozesses, stößt jedoch an ihre Grenzen, wenn dieser Rückzug unfreiwillig erfolgt und von Betroffenen nicht als selbstbestimmt, sondern als belastend wahrgenommen wird. Diese Diskrepanz zwischen der tatsächlichen Anzahl und Häufigkeit sozialer Kontakte und dem individuellen Idealzustand kann die beschriebenen negativen Folgen von Vereinsamung auslösen.

Die Aktivitätstheorie (Tartler 1961) hingegen unterstreicht die Bedeutung von aktiver sozialer Teilhabe und der Aufrechterhaltung sozialer Rollen für das Wohlbefinden im Alter. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen, dass das Fehlen dieser Sozialkontakte - etwa durch gesundheitliche Einschränkungen oder Todesfälle im Umfeld hervorgerufen - Vereinsamung begünstigt.

Die Kontinuitätstheorie (Atchley 1989) legt den Fokus auf die Notwendigkeit, stabile sozialer Beziehungen auch im Alter aufrecht zu erhalten, um Kontinuität und Sicherheit zu wahren. Wenn z.B. der Verlust von Partner*innen oder Freund*innen diese Stabilität unterbrechen, entsteht ein Missverhältnis zwischen gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Kontakten. Dies führt zu einem Bruch der Kontinuität der Sozialbeziehungen, was sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken kann.

Der Blick durch die „biopsychosoziale Brille“ bietet schließlich eine umfassende Perspektive auf die Dynamiken, die Vereinsamung begünstigen oder diese auslösen können und verdeutlicht, wie Vereinsamung (als soziale Dimension) mit psychischen Belastungen wie Depressionen oder Angst (als psychologische Dimension) und gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schlafstörungen (als biologische Dimension) interagieren kann. Diese Folgen von Einsamkeit können wiederum eng mit dem erhöhten Risiko einer Alkoholabhängigkeit verbunden sein, was im folgenden Kapitel dargestellt werden soll.

Folglich ist an dieser Stelle zunächst festzuhalten, dass Vereinsamung im Alter nicht nur individuelle, sondern auch soziale und strukturelle Ursachen hat, schwerwiegende Folgen für das Wohlbefinden

und die Gesundheit haben kann und das Suizidrisiko im Alter erhöht. Die theoretischen Bezüge unterstreichen die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes, um die negativen Folgen von Vereinsamung abfedern zu können. Besonders deutlich wird bereits an dieser Stelle, dass präventive und behandelnde Maßnahmen auf die Förderung sozialer Teilhabe und die Unterstützung älterer Menschen bei der Wiederherstellung sozialer Bindungen abzielen müssen. Nur so können emotionale und soziale Isolation reduziert und problematische Bewältigungsstrategien wie Alkoholmissbrauch verhindert werden.

4. Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit

Dieses Kapitel beleuchtet die Ursachen der Alkoholabhängigkeit, den Verlauf der Erkrankung und die vielfältigen Konsequenzen, die mit ihr verbunden sind. Nachdem im vorherigen Kapitel die negativen Auswirkungen von Einsamkeit auf die psychische und körperliche Gesundheit beleuchtet wurden, widmet sich dieses Kapitel außerdem der Frage, inwiefern Alkoholabhängigkeit als mögliche Bewältigungsstrategie in Hinblick auf diese negativen Folgen eine Rolle spielt. Dabei wird untersucht, wie Einsamkeit den Alkoholkonsum beeinflussen kann, welche theoretischen Ansätze diese Zusammenhänge erklären können und welche Risiken sich daraus insbesondere im höheren Lebensalter ergeben.

Alkoholabhängigkeit ist eine chronische und komplexe Erkrankung. Die globale Krankheitslast, die auf schädlichen Alkoholkonsum zurückzuführen ist, ist erschreckend hoch: Schädlicher Alkoholkonsum ist mit über 200 Gesundheitsproblemen verbunden, darunter Lebererkrankungen, Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vgl. World Health Organization 2018, VII).

Im Folgenden soll zunächst das biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) herangezogen werden, um mögliche Einflussfaktoren für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung von Alkohol zu beleuchten. Eine detaillierte Betrachtung aller Einflussfaktoren ist aufgrund des Umfangs und der Zielsetzung der Arbeit jedoch weder möglich noch an dieser Stelle sinnvoll.

Die Gründe für die Entstehung einer Suchterkrankung sind vielfältig und es ist nicht abschließend geklärt, warum manche Menschen anfälliger für die Entwicklung einer Suchterkrankung sind als andere (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 62). Viel mehr weist der aktuelle Forschungsstand darauf hin, dass sowohl biologische als auch soziale, kognitive und umweltbezogene Faktoren die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigen können (vgl. ebd., 61f.). Eine genetische Vulnerabilität ist einer der Schlüsselfaktoren in der Ätiologie von Suchterkrankungen (vgl. Smith 2021, 9), denn das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, ist vererbbar: Zwillings- sowie

Adoptionsstudien haben bei Kindern mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil ein bis zu vierfach erhöhtes Risiko dafür, selbst problematische Alkoholkonsummuster zu entwickeln, festgestellt (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 63). Menschen mit einer genetischen Veranlagung für Alkoholismus reagieren oft empfindlicher auf die psychotropen Eigenschaften von Alkohol im Vergleich zu Personen ohne diese Veranlagung (vgl. Goodwin 1979, 163). Dieses Phänomen ließ sich ebenfalls in Tierversuchsstudien an Ratten nachweisen: Studien mit den Rattenzuchtlinien „alkohol-präferierend“ und „alkohol-nicht-präferierend“ haben deutliche Unterschiede aufzeigen können: Im Vergleich zur Zuchtlinie der alkoholmeidenden Ratten zeigte die Zuchtlinie der alkoholpräferierenden Ratten eine reduzierte Empfindlichkeit gegenüber den negativen Effekten von Alkohol (Stewart/Li 1997, 169, 171f.). Dennoch ist diese biologische Prädisposition nicht ausreichend, um die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen vollständig zu erklären, denn ebenso wie Menschen ohne bekannte genetische Veranlagung eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln können, gibt es auch Menschen, die trotz genetischer Disposition nicht davon betroffen sind (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 64).

Skewes und Gonzales (2013) halten fest, dass auch Persönlichkeitsmerkmale, Lernprozesse und soziale Faktoren die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen beeinflussen können (vgl. ebd.). Auch psychiatrische Komorbiditäten fungieren als wichtige Prädiktoren für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen, denn Substanzmissbrauch tritt häufig komorbid mit affektiven Störungen und anderen psychiatrischen Diagnosen auf (National Institute of Mental Health 2024). Die am häufigsten diagnostizierten Begleiterkrankungen bei substanzbezogenen Störungen sind u.a. Depressionen und Angststörungen (vgl. ebd.), obgleich diese sowohl als Folgen des Substanzkonsums als auch als kausale Faktoren betrachtet werden können (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 64; Wetterling 2021, 52ff.).

Suchtverhaltensweisen können auch erlernt werden: Sozialisationsprozesse innerhalb der Familie oder Peer-Group nehmen eine zentrale Rolle in Hinblick auf die mögliche Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung ein (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 66). Freundschaften spielen eine entscheidende Rolle im sozialen Umfeld junger Menschen, in dem sie den Umgang mit Alkohol erlernen. Dabei beeinflusst sich das Verhalten gegenseitig: Trinkgewohnheiten und Einstellungen zum Alkohol können ausschlaggebend dafür sein, welche Freundschaften entstehen (vgl. Klingemann 2001, 4). In Freundeskreisen herrscht somit oft eine gewisse Übereinstimmung in Bezug auf den Umgang mit Alkohol. Diese gegenseitigen Dynamiken werden häufig unter den Begriffen „Gruppenzwang“ oder „Peer Pressure“ zusammengefasst (vgl. ebd.).

Klassische und operante Konditionierung sind grundlegende Lernprozesse, die auch das Suchtverhalten beeinflussen können. Bei der klassischen Konditionierung werden neutrale Reize (z. B. Orte oder Objekte) mit der konsumierten Substanz und deren Wirkung verknüpft, sodass dieser Reiz eine konditionierte Reaktion, z.B. in Form von Verlangen, auslöst (vgl. ebd.;

Batra/Müller/Mann/Heinz 2016, 303). Die operante Konditionierung verstärkt das Suchtverhalten durch positive Effekte wie Entspannung und Stressabbau oder die Vermeidung unangenehmer emotionaler Zustände, was dazu führen kann, dass Substanzen zur Stressreduktion oder Linderung von Entzugserscheinungen genutzt werden (vgl. ebd., Smith 2021, 11; Skewes/Gonzales 2013, 64f.). Die positiven Wirkungen von Alkohol tragen dadurch zum Konsum bzw. zur Aufrechterhaltung des Konsums bei und spielen eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit (vgl. Connor/Haber/Hall 2016, 989).

Eine weitere psychologische Komponente in Hinblick auf die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen sind die „Ergebniserwartungen“: Personen, die den Substanzkonsum bei anderen beobachten, internalisieren oft die damit verbundenen positiven Folgen, wie etwa Ausgelassenheit oder Entspannung, was das eigene Konsumverhalten beeinflussen kann (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 64f.). Untersuchungen zeigen, dass Jugendliche häufiger Alkohol, Tabak oder Marihuana konsumieren, wenn ihre Eltern positive Einstellungen zum Substanzkonsum haben und ihnen diese vermitteln (vgl. ebd., 65; Broman 2016, 487f.). Ebenso spielt auch die Empfindung von Selbstwirksamkeit eine Rolle: Menschen, die glauben, Stress ohne Substanzkonsum nicht bewältigen zu können, neigen eher dazu, vermehrt zu konsumieren. Häufiger Substanzgebrauch als Bewältigungsstrategie reduziert somit langfristig das Vertrauen in andere, gesündere Bewältigungsmechanismen (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 66).

Auf der Makroebene können unter anderem sozioökonomische Belastungen wie Armut und daraus resultierende geringere Bildungschancen angeführt werden, die ebenfalls zu einem erhöhten Risiko für Abhängigkeitserkrankungen beitragen, den Zugang zu Hilfs- sowie Gesundheitsangeboten erschweren (vgl. John et al. 2020, 80f.; Liel 2020, 70) und das Mortalitätsrisiko erhöhen (vgl. John et al. 2020, 82). Zusätzlich sind kulturelle Einflüsse von Bedeutung: Die kulturelle Akzeptanz sowie die Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen korrelieren stark mit der Prävalenz von Suchterkrankungen in Bevölkerungsgruppen und strukturelle Faktoren wie Gesetzgebung oder Zugangsbeschränkungen beeinflussen die Konsumwahrscheinlichkeit (vgl. Skewes/Gonzales 2013, 67f.; Heath 2001, 479ff.).

Zuletzt darf auch die Bedeutung von sozialer Unterstützung und Integration als Einflussfaktor auf die Entstehung und den Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung nicht außer Acht gelassen werden. Gute zwischenmenschliche Beziehungen sind für die Gesundheit unabdingbar und als Schutzfaktoren von zentraler Bedeutung (vgl. Liel 2020, 72). Soziale Unterstützung kann eine wichtige Rolle dabei spielen, eine gesunde Lebensweise zu fördern und die negativen Effekte schwieriger Lebensbedingungen abzufedern (vgl. Brinkmann 2014, 146f., 162ff.). Unterstützende Beziehungen zählen zu den psychosozialen Ressourcen des Menschen und haben einen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit. Studien zeigen, dass soziale Unterstützung, im Gegensatz zu Stress, positive Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System, hormonelle Stressreaktionen und

das Immunsystem hat (vgl. Brinkmann 2014, 162ff.; Liel 2020, 72). An dieser Stelle sei für eine detailliertere Betrachtung der Bedeutung sozialer Kontakte für die physische und psychische Gesundheit auf die Kapitel 3.3 sowie 4.3 dieser Arbeit verwiesen.

4.1 Diagnose und Verlauf einer Alkoholabhängigkeit

Eine allgemeingültige Vorhersage für den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit lässt sich nicht formulieren (vgl. Lindenmeyer 2011, 745). Verschiedene Versuche der Typologisierung alkoholabhängiger Menschen konnten durch Langzeituntersuchungen nicht bestätigt werden (vgl. Wetterling 2021, 104; Lindenmeyer 2011, 747). Um zunächst einen Überblick über das klinische Erscheinungsbild einer Alkoholabhängigkeit zu ermöglichen und dieses von dem des schädlichen Gebrauchs abzugrenzen werden an dieser Stelle die diagnostischen Kriterien der derzeit in Deutschland gültigen 10. Auflage der *International Classification of Diseases* (ICD-10) herangezogen. Diese werden in der ICD-10 unter „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ in Kapitel V (F10) aufgeführt.

Schädlicher Alkoholkonsum (F10.1) wird in der ICD-10 definiert als Konsum, welcher zu Gesundheitsschäden, z.B. in Form körperlicher Erkrankungen oder psychischer Störungen, führt (vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024). Ein zentrales Merkmal des schädlichen Alkoholkonsums ist, dass Betroffene in vielen Situationen ein moderates und sozial angepasstes Trinkverhalten zeigen, jedoch in bestimmten Kontexten wiederholt in exzessiven oder anderweitig schädlichen Alkoholkonsum verfallen (vgl. Lindenmeyer 2011, 747f.).

Die Diagnose einer Alkoholabhängigkeitserkrankung nach der ICD-10 kann gestellt werden, wenn drei oder mehr Kriterien mindestens einen Monat lang zeitgleich oder wiederholt innerhalb von zwölf Monaten aufgetreten sind (vgl. Batra et al. 2016, 302 ; Saunders/Degenhardt/Reed/Poznyak 2019, 1619f.):

„Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom.

Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen [...], auf eine Substanzgruppe [...], oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2024)

Die diagnostischen Kriterien der ICD-10 beschreiben Alkoholabhängigkeit folglich als das Zusammenwirken verschiedener kognitiver, physiologischer und verhaltensbezogener Symptome, die durch wiederholten Substanzkonsum verursacht werden (vgl. Batra et al. 2016, 302 ; Saunders

et al. 2019, 1619f.). Im Folgenden werden die potenziellen körperlichen, kognitiven und sozialen Auswirkungen einer Alkoholabhängigkeit im Detail dargestellt, da diese insbesondere in Hinblick auf die spezifischen Folgen von Alkoholkonsum im Alter (Kap. 5.2) relevant sind.

4.2 Die Eigenschaften von Alkohol und die Folgen einer Alkoholabhängigkeit

Im internationalen Vergleich zählt Deutschland zu den Spitzenreitern im Alkoholkonsum (vgl. Wetterling 2021, 24). Der Konsum von Alkohol birgt jedoch erhebliche gesundheitliche Risiken (vgl. Kiefer et al. 2022, 8). Alkohol ist sowohl fett- als auch wasserlöslich und wird daher nach Aufnahme schnell im oberen Verdauungstrakt resorbiert (vgl. Wetterling 2021, 31f.). Er diffundiert leicht durch Membranen und verteilt sich schnell im Gewebe. Nach der Resorption gelangt er zunächst in die Leber und wird danach über den Blutkreislauf auf den gesamten Körper verteilt (vgl. ebd.). Die gleiche Menge Alkohol pro Körpergewicht kann bei verschiedenen Personen sehr unterschiedliche Blutalkoholkonzentrationen hervorrufen: Frauen haben aufgrund ihres höheren Körperfettanteils generell ein kleineres Verteilungsvolumen für Alkohol als Männer (vgl. Cederbaum 2012, 2, 4; Wetterling 2021, 31).

Alkohol durchdringt die Blut-Hirn-Schranke und beeinflusst dadurch zahlreiche Neurotransmittersysteme, was zu akuter Intoxikation führt (vgl. Wetterling 2021, 31, 36f.). Die als angenehm empfundenen Wirkungen des Alkohols entstehen hauptsächlich durch eine gesteigerte dopaminerge Übertragung im Belohnungssystem (vgl. ebd., 84ff., Connor et al. 2016, 989). Es tritt ein Rauschzustand ein, welcher sich durch Beeinträchtigungen des Bewusstseins, der kognitiven Fähigkeiten, der Wahrnehmung und des Verhaltens äußert (vgl. Wetterling 2021, 44f.; Kiefer et al. 2022, 68). Alkohol hat in niedrigen Dosen belohnende, angstlösende und sozial fördernde Effekte. Bei höheren Dosen verursacht er jedoch kognitive und psychomotorische Beeinträchtigungen, die das Risiko für Verletzungen erhöhen, und beeinträchtigt die Fähigkeiten zur emotionalen Regulation (vgl. Connor et al. 2016, 989).

Auch die Gefahren eines Entzugssyndroms sind nicht zu unterschätzen: Chronischer Alkoholkonsum verstärkt die Wirkung hemmender Neurotransmitter und reduziert die Wirkung erregender Neurotransmitter (vgl. Kiefer et al. 2022, 70; Wetterling 2021, 145ff.). Fällt der Einfluss des Alkohols nun weg, führen diese Anpassungen des Nervensystems zu unkontrollierten Gegenreaktionen (vgl. Wolter 2015, 562f.). Auch Amnesien sowie begleitende psychische Störungen, darunter Angst-, psychotische und depressive Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen können auftreten. Diese Komorbiditäten können sowohl Ursache als auch Folge des Alkoholmissbrauchs sein und verstärken oft den Leidensdruck der Betroffenen (vgl. Wetterling 2021, 52ff.; Kiefer et al. 2022, 72f.; Wolter 2015, 562f.).

Der Abbau von Alkohol erfolgt überwiegend in der Leber, da diese die höchsten Konzentrationen an dafür benötigten Enzymen besitzt (Cederbaum 2012, 3). Da Acetaldehyd, ein Zwischenprodukt des Alkoholabbaus, stark toxisch ist, kann häufiger Alkoholkonsum Schäden in der Leber verursachen. Besonders bei chronischem Alkoholkonsum können dadurch Leberentzündungen oder Langzeitschäden wie z.B. eine Leberzirrhose die Folge sein. (vgl. ebd.; Wetterling 2021, 32f.). Die schädlichen Folgen für den Organismus sind jedoch nicht allein auf die Leber begrenzt: Auch der Verdauungstrakt, die Bauchspeicheldrüse, die Schilddrüse, die Hämatopoese (Blutbildung im Knochenmark) sowie das Herz-Kreislauf-System werden durch Alkoholkonsum geschädigt (vgl. Kiefer et al. 2022, 74ff.; Wetterling 2021, 57ff.). Laut der World Health Organization (2023) deutet die aktuelle Studienlage darauf hin, dass rund die Hälfte aller alkoholbedingten Krebserkrankungen (in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation) auf *leichten* bis *moderaten* Alkoholkonsum zurückzuführen sind. In den EU-Staaten stellt Krebs die führende Todesursache dar; der Großteil der alkoholbedingten Todesfälle ist auf unterschiedliche Krebsformen zurückzuführen (vgl. World Health Organization 2023). Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte 2023 im Fachjournal *The Lancet Public Health* eine Stellungnahme, die zu dem klaren Schluss gelangt: Alkoholkonsum ist nie gesundheitlich unbedenklich (vgl. Anderson et al. 2023, e6). Die Studienlage weist darauf hin, dass es keine spezifische Schwelle gibt, ab der die krebserregenden Effekte von Alkohol im menschlichen Körper einsetzen. Somit lässt sich keine sichere Alkoholkonsummenge definieren (vgl. ebd.).

Riskanter oder chronischer Alkoholkonsum beeinflusst die gesamte Lebenssituation einer Person in einer sich gegenseitig verstärkenden Dynamik (vgl. Kiefer et al. 2022, 110). Diese zeigt sich nicht nur in den erwähnten körperlichen und psychischen Schäden, sondern auch in sozialen Belastungen und Herausforderungen: Alkoholismus führt häufig zu sozialen Problemen, die sich besonders im Familienleben, am Arbeitsplatz oder durch delinquentes Verhalten bemerkbar machen (vgl. Soyka 2001, A2734). Chronischer Alkoholkonsum wirkt sich komplex auf Partnerschaften und familiäre Strukturen aus. Häufig übernehmen Partner*innen alkoholabhängiger Menschen sowie andere Familienmitglieder wie Kinder oder Eltern verstärkt Verantwortung für die Familie, wenn die betroffene Person ihrer Rolle nicht mehr gerecht werden kann. Dieses Phänomen ist auch unter dem Begriff der „Co-Abhängigkeit“ bekannt (vgl. ebd.). Angehörige, die davon betroffen sind, wenden erhebliche Mühen auf, indem sie versuchen, den Alkoholkonsum zu kontrollieren, ihn zu verschleiern oder sogar aktiv zu rechtfertigen.

Solche Anpassungen führen häufig zu erheblichem psychischem und körperlichem Stress, der langfristig zu eigenen Gesundheitsproblemen führen kann (vgl. ebd.). Familienmitglieder erleben häufig erhebliche psychische Belastungen, die sich oft über längere Zeit erstrecken. Häufig genannte Folgen sind Erschöpfung, Selbstverletzung, Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. Johannessen/Tevik/Engedal/Tjelta/Helvik 2022, 7).

Besonders Kinder alkoholabhängiger Eltern wachsen oft in einem Umfeld auf, das von emotionaler Unsicherheit, Konflikten und einem Mangel an Stabilität geprägt ist. Sie übernehmen oft zu früh Verantwortung, die sie überfordert, und es fällt ihnen später schwer, vertrauensvolle und stabile Beziehungen aufzubauen (vgl. Kiefer et al. 2022, 112). Die fehlende Fürsorge durch alkoholranke Eltern, gepaart mit sozialer Isolation und einem Gefühl der Hilflosigkeit, hinterlässt bei den Kindern oft tiefe Spuren (vgl. Soyka 2001, A2734). Auch das soziale Umfeld der Familie verändert sich erheblich. Beziehungen zu Freund*innen werden vernachlässigt, soziale Kontakte brechen ab, und das Familienklima wird zunehmend von Kontrollversuchen, Misstrauen und Frustration beherrscht (vgl. ebd.). Das Risiko, Opfer von Gewalt, Aggression oder sexuellem Missbrauch zu werden, steigt, begleitet von der ständigen Sorge, wann die nächste Episode des Konsums beginnen könnte (vgl. Johannessen et al. 2022, 7). Diese Erlebnisse können das Risiko erhöhen, dass betroffene Kinder später selbst psychische oder Abhängigkeitserkrankungen entwickeln (vgl. Neppl/Diggs/Cleveland 2020, 11f.).

Trotz dieser Belastungen empfinden viele Angehörige den Zugang zu Hilfe als schwer erreichbar. Die mit dem Alkoholmissbrauch verbundenen Tabus und Stigmata erschweren es ihnen, Unterstützung bei Freund*innen, Kolleg*innen oder Fachstellen zu suchen, was die psychische und körperliche Gesundheit zusätzlich belastet (vgl. Johannessen et al. 2022, 7). Der Alkoholmissbrauch eines Familienmitglieds beeinflusst nicht nur die direkt betroffenen Angehörigen und Freund*innen, sondern ggf. auch zukünftige Generationen (vgl. ebd.).

Am Arbeitsplatz zeigen sich die Folgen von Alkoholabhängigkeit ebenfalls deutlich: Leistungsabfall, Fehlzeiten und häufige Ausfälle führen oft zu Konflikten mit Kolleg*innen und Arbeitgeber*innen (vgl. Soyka 2001, A2735). Mitarbeitende im direkten Umfeld der betroffenen Person versuchen oft, deren Ausfälle zu kompensieren, geraten dabei jedoch selbst unter Druck und übernehmen unbeabsichtigt eine unterstützende Rolle im Problemverhalten (vgl. ebd.). Mit fortschreitendem Verlauf verlieren alkoholabhängige Personen immer mehr an beruflichem und sozialem Status, was häufig in Isolation und sozialem Abstieg mündet (vgl. ebd.).

4.3 Wie Vereinsamung die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit begünstigt

Einsamkeit ist nicht nur im Zusammenhang mit möglichen Folgeerkrankungen ein relevanter Faktor für die Entstehung einer Suchterkrankung, sondern stellt auch unabhängig davon einen eigenständigen Risikofaktor dar: Eine Studie von Gutkind et al. (2022) kam zu dem Ergebnis, dass Einsamkeit bei Personen mit problematischer Konsumgeschichte von Alkohol und Marihuana mit einer erhöhten Häufigkeit des Konsums dieser Substanzen verbunden war (vgl.

Gutkind/Gorfinkel/Hasin 2022, 6). Besonders interessant sind die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von Schmid und Walter aus dem Jahr 2022: Die Studie zeigt, dass Einsamkeit und Alkoholkonsum in einer komplexen Beziehung zueinander stehen (vgl. Schmid/Walter 2022, 10). Darüber hinaus spielt Alkohol in vielen sozialen Kontexten eine zentrale Rolle (vgl. ebd.).

Verlust und Trennung wurden von den Proband*innen der Studie von Schmid und Walter (2022) häufig als Auslöser für Alkoholkonsum genannt (vgl. ebd., 4). Ereignisse wie eine Trennung, der Auszug der Kinder oder der Tod bzw. schwere Erkrankungen nahestehender Personen führten bei den Proband*innen oft dazu, dass übermäßiger Alkoholkonsum sowohl kurzfristig zur Bewältigung als auch langfristig als Anpassungsstrategie genutzt wurde (vgl. ebd., 3f.).

Die Proband*innen differenzierten in ihren Antworten klar zwischen Einsamkeit und Alleinsein. Während Alleinsein oft als positiv und erstrebenswert wahrgenommen wurde, wurde Einsamkeit als belastend empfunden. Einsamkeit wurde weniger mit dem Fehlen sozialer Kontakte und vielmehr mit Gefühlen wie Orientierungslosigkeit, Leere, Entfremdung oder dem Eindruck, fehl am Platz zu sein, assoziiert (vgl. ebd., 4). Diese Beschreibungen decken sich mit den Gedanken von Willberg (2023), welche in Kapitel 3 bereits einleitend aufgegriffen wurden. Willberg unterscheidet - ähnlich wie die Proband*innen der Studie von Schmid und Walter - zwischen Alleinsein als Zustand, der durchaus positiv besetzt sein kann, und Einsamkeit als Gefühl bzw. Vereinsamung als Ergebnis subjektiver und objektiver Einsamkeit (vgl. Willberg 2023, 36f.). Schmid und Walter erwähnen, dass sie Alkohol als prädestiniert für die Nutzung gegen unangenehme Einsamkeitsgefühle erachten, da er die Wahrnehmung trübt und Hemmungen abbaut, insbesondere im Kontakt mit anderen Menschen (vgl. Schmid/Walter 2022, 5).

„Als Betäubungsmittel wird Alkohol zur Selbstmedikation eingesetzt [...], um psychischen und somatischen Schmerz zu lindern, kreisende Gedanken zu unterbrechen, bedrohliche oder unangenehme Erinnerungen zum Schweigen zu bringen. Alkohol füllt innere Leere im Wortsinn [...] und ersetzt das Nichts, in das man zu fallen droht, er verdrängt Angst und Furcht, besetzt den Raum, den sonst Sorgen existenzieller oder alltäglicher Natur einnehmen würden [...].“ (ebd.)

Alkoholkonsum mildert also nicht nur unangenehme Gefühle und lenkt von diesen ab, er bietet auch eine einfache Beschäftigung, strukturiert den Alltag durch die Organisation von Beschaffung und Konsum und ermöglicht durch soziale Trinkpraktiken den Zugang zu sozialen Räumen (vgl. ebd.). Die Studie zeigt, dass Vereinsamung und Alkoholkonsum in einer komplexen, wechselseitigen Beziehung zueinander stehen. Einerseits kann Vereinsamung den Alkoholkonsum und die Entwicklung einer Abhängigkeit begünstigen, andererseits führt Alkoholabhängigkeit häufig zu Vereinsamung, sozialer Isolation und Stigmatisierung (vgl. ebd., 6; s. auch Kapitel 4.2). Gleichzeitig ist Alkoholkonsum fester Bestandteil vieler sozialer Praktiken: Feiern, Treffen unter Freund*innen, Restaurant- und Kneipenbesuche sind nur einige Beispiele (vgl. ebd.). Die Vielschichtigkeit dieser

Beziehung spiegelt die Variabilität von Vereinsamung wider, deren Ausprägung stark von individuellen und situativen Faktoren abhängt (vgl. Schmid/Walter 2022, 10; Willberg 2023, 33ff.).

Die theoretischen Ansätze des biopsychosozialen Modells, der Disengagement-, Aktivitäts- und Kontinuitätstheorie sowie die Diskrepanzdefinition nach Perlman und Peplau (1981) bieten eine umfassende Grundlage, um die komplexen Wechselwirkungen zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit im Alter besser verstehen zu können. Das biopsychosoziale Modell (Engel 1977) bietet zunächst eine ganzheitliche Perspektive, um die Auswirkungen von Einsamkeit auf die biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen der Gesundheit analysieren zu können. Auf der biologischen Ebene wirkt Einsamkeit wie ein chronischer Stressor, der physiologische Stressreaktionen verstärkt. Dies kann zu einer erhöhten Ausschüttung von Stresshormonen und negativen gesundheitlichen Konsequenzen führen (vgl. Holt-Lunstad/Smith/Layton/Brayne 2010, 3ff.). Diese biologischen Veränderungen schaffen eine Grundlage, auf der Abhängigkeitserkrankungen entstehen können, insbesondere wenn emotionaler und physiologischer Stress unzureichend bewältigt werden. Alkohol wird dabei häufig als vermeintliche Bewältigungsstrategie genutzt, um die Auswirkungen des chronischen Stresses zu mildern. Dafür bietet er sich aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften an, denn er mildert Angstgefühle und kann eine beruhigende Wirkung haben. Dies verschärft jedoch langfristig sowohl die körperlichen als auch die psychischen Belastungen.

Psychologisch betrachtet fördert Vereinsamung Gefühle von Leere und Hoffnungslosigkeit, die Menschen dazu veranlassen können, Alkohol als Mittel zur Regulation negativer Emotionen einzusetzen (vgl. Mushtaq et al. 2014, 1ff.). Je häufiger Alkohol in diesem Kontext genutzt wird - z.B. um Gefühle der Einsamkeit zu betäuben oder kontaktfreudiger im Umgang mit anderen zu werden -, desto stärker steigt das Risiko, dass Betroffene das Vertrauen in andere Bewältigungsmechanismen verlieren.

Auf der sozialen Ebene reduziert Vereinsamung die individuelle Unterstützung durch andere Menschen, was den Zugang zu Hilfsangeboten erschwert und Alkoholkonsum als Ersatz für zwischenmenschliche Interaktionen begünstigen kann (vgl. Holt-Lunstad et al. 2010, 2). Diese Wechselwirkungen zeigen, wie Einsamkeit den Alkoholmissbrauch verstärken kann.

Die Diskrepanzdefinition nach Perlman und Peplau (1981) beleuchtet, wie Vereinsamung aus der Differenz zwischen den gewünschten und den tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen entsteht (s. auch Kapitel 3). Im Alter wird diese Diskrepanz oft durch kritische Lebensereignisse wie den Verlust von Partner*innen, gesundheitliche Einschränkungen oder den Rückzug aus dem Berufsleben verstärkt. Wenn diese Lücke zwischen Bedürfnis und Realität nicht geschlossen werden kann, steigt ggf. das Risiko dafür, dass Alkohol als vermeintliche Lösung eingesetzt wird, die schnell Abhilfe schaffen soll. Der Konsum stellt jedoch keinen nachhaltigen Ausweg aus der als belastend

empfundenen Situation dar und verstärkt langfristig sowohl die emotionale Isolation als auch die psychischen Belastungen.

Die Disengagement-Theorie (Cumming/Henry 1961) beschreibt den altersbedingten Rückzug aus sozialen Rollen als natürlichen Prozess. In Bezug auf die Folgen von Vereinsamung zeigt sich jedoch, dass ein unfreiwilliger Rückzug aus sozialen Räumen durchaus negative Folgen haben kann. Wenn ältere Menschen durch den Verlust von Rollen, Mobilitätseinschränkungen oder den Tod nahestehender Personen isoliert werden, kann dieser Rückzug in Vereinsamung münden. In solchen Situationen kann Alkohol als vermeintliche Strategie genutzt werden, um Leere, Trauer oder Hoffnungslosigkeit zu bewältigen.

Dies deckt sich mit den Annahmen der Aktivitätstheorie (Tartler 1961), die die Bedeutung von gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Interaktion für Zufriedenheit im Alter betont. Sind Teilhabemöglichkeiten und Sozialkontakte nicht mehr ausreichend vorhanden, kann Alkohol in diesem Zusammenhang genutzt werden, um ihr Fehlen zu kompensieren und sich so zumindest temporär Entlastung zu verschaffen. Gleichzeitig verstärken mangelnde soziale Teilhabe und der damit verbundene Rückzug das Risiko dafür, dass Einsamkeit in psychische Belastungen mündet (vgl. Mushtaq et al. 2014, 1ff.).

Die Kontinuitätstheorie (Atchley 1989) unterstreicht die Bedeutung des Beibehalts sozialer Rollen, Routinen und Bindungen, um das Wohlbefinden zu sichern. Der Verlust von sozialen Kontakten oder der Übergang in eine neue Lebensphase, etwa durch den Eintritt in den Ruhestand, kann diese Kontinuität unterbrechen. Wenn ältere Menschen nicht in der Lage sind, aufgegebenen Rollen durch neue soziale Beziehungen oder Aktivitäten zu ersetzen, entsteht ggf. eine emotionale Leere, die Alkoholmissbrauch fördern kann. Alkohol dient hier als vermeintliches Mittel, um Struktur und Stabilität zu gewinnen, verschärft jedoch langfristig die sozialen und emotionalen Defizite.

Bei der Analyse der Einflüsse von Einsamkeit auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit zeigen sich komplexe Wechselwirkungen, die sich nicht nur durch individuelle Faktoren, sondern auch durch soziale und strukturelle Gegebenheiten erklären lassen. Ein ganzheitlicher Ansatz, der soziale Teilhabe fördert und individuelle Bewältigungsstrategien unterstützt, ist daher entscheidend, um diese Spirale zu durchbrechen.

Nachdem die verschiedenen Facetten von Einsamkeit sowie deren Auswirkungen auf das psychische und soziale Wohlbefinden und die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit thematisiert wurden, widmet sich das folgende Kapitel nun der spezifischen Ausprägung von Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter.

5. Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Alkoholkonsumgewohnheiten älterer Menschen fallen insgesamt weniger auf: Sie neigen dazu, weniger exzessiv zu trinken, und ihre Rauschzustände sind weniger extrem (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015, 24). Stattdessen konsumieren sie häufig geringe Mengen mehrmals am Tag und halten dabei einen konstanten Alkoholpegel aufrecht. Zudem unterscheiden sich die Trinkorte, denn ältere Menschen trinken überwiegend allein und zuhause, wodurch ihr Konsum oft unbemerkt bleibt (vgl. ebd.). Auch werden Abhängigkeitserkrankungen im Alter oft erst verspätet bemerkt, da die Symptome eher als Begleiterscheinungen anderer Erkrankungen gedeutet werden, welche im Alter gehäuft auftreten (vgl. Wolter 2015, 559; Weyerer 2009, 262). Bei älteren, alkoholabhängigen Menschen muss zwischen einem „early onset“ (EO) und einem „late onset“ (LO) der Abhängigkeitserkrankung unterschieden werden (vgl. Wolter 2011, 103): Zur Gruppe der EO-alkoholabhängigen Menschen gehören Personen, die seit dem frühen Erwachsenenalter an einer Alkoholabhängigkeit leiden. Im Gegensatz dazu haben LO-alkoholabhängige Menschen erst im Alter eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt (vgl. ebd.).

Forschungsergebnisse unterstützen die klinische Unterscheidung zwischen EO und LO-Typologien und zeigen Unterschiede in ihrer Entwicklung und ihren Merkmalen bei älteren Alkoholkranken (vgl. Liberto/Oslin 1995, 1812f.). Menschen mit EO-Alkoholabhängigkeit erleben oft schwerwiegendere und chronischere Probleme als Folge der Alkoholabhängigkeit (vgl. ebd., Wolter 2018, 758). Sie sind stärker durch genetische und psychosoziale Risikofaktoren belastet und im Laufe ihrer langjährigen Suchterkrankung sammeln sich körperliche und psychische Folgeerkrankungen sowie soziale Belastungen an, darunter sozialer Abstieg, berufliche und finanzielle Schwierigkeiten, Verurteilungen und Scheidungen. Diese Belastungen führen dazu, dass sie im höheren Alter über deutlich weniger Ressourcen verfügen als Menschen mit einer LO-Alkoholsucht (vgl. ebd., 759). Im Gegensatz dazu behalten LO-Patient*innen häufig stabilere soziale Unterstützungsnetzwerke bei und weisen eine größere psychische Stabilität auf (vgl. Liberto/Oslin 1995, 1812f.).

Die Einteilung in „early“ und „late onset“ bringt jedoch auch Schwierigkeiten mit sich: „Trockene“ Alkoholiker*innen, die nach langen Abstinenzphasen im mittleren Erwachsenenalter erst im hohen Alter wieder einen missbräuchlichen Alkoholkonsum entwickeln, lassen sich nur schwer in dieses Schema einordnen (vgl. Wolter 2018, 758).

Laut Wolter (2018) gibt es keinen einheitlichen Konsens über die Altersgrenzen zwischen „early onset“ und „late onset“ Alkoholismus: Die vorgeschlagenen Altersgrenzen reichen von 25 Jahren, basierend auf der Annahme, dass die Persönlichkeitsentwicklung zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen ist, bis zu 60 Jahren (vgl. ebd., 759).

5.1 Risikofaktoren für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter

Die Risikofaktoren, die die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter begünstigen können, sind vielfältig. Zum einen besteht das Risiko, dass Alkoholkonsum im Alter weiter zunimmt und schließlich in einer Abhängigkeit mündet: Regelmäßiger Alkoholkonsum in der Vergangenheit stellt einen Risikofaktor für problematischen Alkoholkonsum bei älteren Menschen dar (vgl. Schutte/Brennan/Moos 1998, 1349). Auch ältere Erwachsene, die psychoaktive Medikamente wie Schlafmittel, Beruhigungsmittel oder Benzodiazepine verwenden, trinken häufiger und gaben an, dies zu tun, um Spannungen abzubauen, Ängste zu lindern oder belastende Gedanken zu verdrängen (vgl. ebd., Graham et al. 1996, 336, 343). Menschen, die in der Vergangenheit Alkohol genutzt haben, um mit stressigen Ereignissen oder negativen Gefühlen umzugehen, haben ein höheres Risiko, Alkoholprobleme zu entwickeln, als diejenigen ohne eine solche Vorgeschichte (vgl. Schutte et al. 1998, 1350). Zudem wird angenommen, dass das Trinkverhalten von Menschen im sozialen Umfeld (z. B. Ehepartner*innen, Kolleg*innen oder Freund*innen) das Trinkverhalten beeinflusst (vgl. Brennan/Moos/Mertens 1994, 204). Insbesondere bei Frauen zeigt sich, dass das Trinkverhalten der Partner*innen mit der Entwicklung eigener, problematischer Konsummuster korreliert (vgl. Schutte et al. 1998, 1355).

Von besonderem Interesse für den Forschungsgegenstand dieser Arbeit sind vor allem Studien, welche den Zusammenhang zwischen einschneidenden Lebensereignissen im höheren Alter und einem problematischen Alkoholkonsum erforschen. Unter anderem neigen geschiedene, alleinstehende oder getrenntlebende ältere Menschen häufiger dazu, ungesunde Mengen Alkohol zu konsumieren (vgl. Merrick et al. 2008, 221). Patient*innen mit LO-Alkoholabhängigkeit berichteten häufiger als jene mit EO-Abhängigkeit von einem Zusammenhang zwischen einem belastenden Lebensereignis und ihrem problematischen Trinkverhalten (vgl. Finlayson/Hurt/Davis/Morse 1988, 763f.).

Auch Kuerbis et al. (2014) kommen in ihrem Fachartikel „*Substance Abuse Among Older Adults*“ zu dem Schluss, dass Faktoren wie Familienstand, soziale Kontakte und Wohnsituation den Alkoholkonsum im Alter erheblich beeinflussen (vgl. Kuerbis/Sacco/Blazer/Moore 2014, 6f.). Lebensereignisse wie Verlust von Angehörigen, Einsamkeit, Pflege eines kranken Partners oder der Übergang in den Ruhestand, insbesondere unfreiwillig, können den Substanzkonsum fördern. Interessanterweise haben die Autor*innen auch feststellen können, dass soziale Isolation häufiger mit Medikamentenmissbrauch einhergeht, während vor allem soziale Interaktion in Gruppen das Risiko für vermehrten Alkoholkonsum erhöht (vgl. ebd.).

Die Studienlage zu Risikofaktoren, die eine LO-Alkoholabhängigkeit begünstigen, ist jedoch insgesamt dürftig: Das Forschungsfeld der spät einsetzenden Alkoholabhängigkeit wurde bisher nur unzureichend untersucht (vgl. Emiliussen/Nielsen/Andersen 2017, 1579). Emiliussen et al. (2017)

kamen in ihrer systematischen Auswertung von neun Studien zu den Risikofaktoren für die Entstehung einer LO-Alkoholabhängigkeit zunächst zu dem Schluss, dass Stress, der Verlust von Rollen sowie die Akzeptanz von Alkoholkonsum im Umfeld das Risiko für eine spät einsetzende Alkoholabhängigkeit erhöhen können, wohingegen sie den Eintritt in den Ruhestand oder den Verlust von Ehepartner*in oder nahestehenden Verwandten nicht als Risikofaktor identifizieren konnten (vgl. ebd.):

„Based on the nine studies, we included we found that chronic stress, role/identity loss, and friends' approval of drinking seem to be associated with an increased risk for late-onset [Alcohol Use Disorder], whereas retirement, death of spouse or close relative is not reported to increase the risk for late-onset AUD.“ (ebd.)

Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen der oben zitierten Studien. Emiliussen et al. (2017) weisen jedoch im Fazit ihrer Untersuchung darauf hin, dass sie für dieses Phänomen keine plausible Erklärung anbieten können: Da die emotionale Belastung durch den Verlust eines nahestehenden Menschen oft als plausibler Auslöser für eine LO-Alkoholabhängigkeit angesehen wird, empfehlen die Autor*innen die Durchführung neuer, qualitativer Studien, um diese Forschungslücke zu schließen (vgl. ebd., 1580ff.).

5.2 Folgen einer Alkoholabhängigkeit im Alter

Im höheren Lebensalter wirkt Alkohol anders auf den Körper als bei jüngeren oder mittelalten Erwachsenen: Mit zunehmendem Alter nimmt die Fähigkeit des Körpers, Alkohol auszuscheiden ab, was auf die verringerte Aktivität abbaufördernder Enzyme (vgl. Wolter 2015, 559) und den geringeren Wassergehalt im Körper zurückzuführen ist (vgl. Cederbaum 2012, 4). Ältere Menschen weisen zudem häufiger Beeinträchtigungen des Gleichgewichts, des Hör- und Sehvermögens sowie eine verlangsamte Reaktionszeit auf, was das Risiko für Stürze und Knochenfrakturen erhöht (vgl. Wolter 2015, 559). Die meisten älteren Menschen mit alkoholbezogenen Problemen erfüllen die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit noch nicht (vgl. Blow/Barry 2000, 117), dennoch kann bereits ein geringer Alkoholkonsum problematisch sein, insbesondere in Kombination mit der Einnahme psychoaktiver Medikamenten (vgl. Blow/Brockmann/Barry 2004, 50S), was bei aktivem Alkoholkonsum zu einer verzögerten Medikamentenwirkung führen und umgekehrt die Wirksamkeit von Medikamenten bei Abstinenz verringern kann. Da ältere Menschen häufig (mehrfach) medikamentös behandelt werden, steigt das Risiko für Wechselwirkungen mit Alkohol (vgl. Wolter 2015, 559). Auch bereits bestehende Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit werden durch Alkoholkonsum negativ beeinflusst (vgl. ebd.). Mit zunehmendem Alter und unverändertem Alkoholkonsum können vermehrt ernsthafte, jedoch unspezifische Gesundheitsprobleme auftreten, die häufig irrtümlich dem Alterungsprozess oder anderen Erkrankungen zugeschrieben werden (vgl.

ebd.). Die Bedeutung von Stigmatisierungserfahrungen für die Inanspruchnahme von Unterstützung bei Abhängigkeitserkrankungen soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben. Die Stigmatisierung von Alkoholabhängigkeit und die Scham, die Betroffene evtl. in Hinblick auf ihre Erkrankung empfinden, können u.U. dazu führen, dass ältere Patient*innen seltener Hilfsangebote in Anspruch nehmen (vgl. Rigler 2000; s. auch Kapitel 6).

Auch in Hinblick auf die Suizidraten älterer Menschen sind Abhängigkeitserkrankungen von Bedeutung: Substanzgebrauchsstörungen, insbesondere Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, sind nach Depressionen die zweithäufigste Kategorie von psychischen Erkrankungen, die mit vollendeten Suiziden bei Erwachsenen ab 65 Jahren in Verbindung stehen (vgl. Blow et al. 2004, 49S).

Eine Studie von Waern (2003), die 85 Fälle vollendeten Suizids bei Männern und Frauen im Alter von 65 und älter untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass bei 35 % der Männer und 18 % der Frauen, die durch Suizid starben, in der Vergangenheit eine Alkoholabhängigkeit oder missbräuchlicher Alkoholkonsum diagnostiziert wurde. In der Kontrollgruppe, bestehend aus 153 zufällig ausgewählten Personen, war dies lediglich bei 2% der Männer und 1% der Frauen der Fall. Alkoholgebrauchsstörungen erwiesen sich auch in den Regressionsmodellen für beide Geschlechter als eigenständiger Risikofaktor für einen Suizid (vgl. Waern 2003).

5.3 Das komplexe Zusammenspiel von Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter

Die bereits in Kapitel 4.3 herangezogenen theoretischen Überlegungen zum Zusammenhang zwischen Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit verdeutlichen, dass Einsamkeit auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene eine Vielzahl von Mechanismen in Gang setzen kann, die in ihrer Gesamtheit das Risiko für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter erhöhen können.

Auf die Forschungsfrage abstrahiert zeigt sich, dass Einsamkeit die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit auf mehreren Ebenen beeinflusst. Kritische Lebensereignisse wie der Verlust des bzw. der Lebenspartner*in, gesundheitliche Einschränkungen oder der Übergang in den Ruhestand stellen lebensphasenspezifische Umstände dar, die Vereinsamung im Alter begünstigen können. Diese Ereignisse führen oft zu einem Verlust sozialer Rollen und einer Abnahme sozialer Teilhabe, wodurch emotionale Leere, Hoffnungslosigkeit und Isolation entstehen können. In solchen Situationen wird Alkohol ggf. als Strategie genutzt, um die empfundene Leere zu füllen und belastende Emotionen zu unterdrücken. Darüber hinaus erschwert soziale Isolation im Alter den Zugang zu emotionaler Unterstützung. Alkohol kann nicht nur zur Bewältigung von Trauer, Einsamkeit und Ängsten eingesetzt werden, sondern auch, um Struktur in den Alltag zu bringen und in Kontakt mit anderen Menschen treten zu können. Dies schafft eine komplexe

Wechselwirkung zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit, in der sich beide Faktoren gegenseitig begünstigen und verstärken können.

Die lebensphasenspezifischen Umstände, die Vereinsamung im Alter begünstigen, können nicht losgelöst von gesellschaftlichen Strukturen betrachtet werden: Hierbei spielen unter anderem Veränderungen in den Familienstrukturen eine wichtige Rolle. Auch der demografische Wandel, der zu einer wachsenden Zahl alleinlebender älterer Menschen führt, kann Vereinsamung im Alter maßgeblich beeinflussen. Im Allgemeinen sind Menschen höheren Alters, deren Lebenspartner*in verstorben ist, besonders stark von Gefühlen der Einsamkeit betroffen. Verlusterfahrungen im Alter umfassen jedoch nicht nur den Tod von Partner*innen, sondern auch den Verlust von Freundschaften, der durch Todesfälle oder gesundheitliche Einschränkungen eintreten kann. Die Kontinuitätstheorie unterstreicht dabei die Rolle biografischer Erfahrungen, die entscheidend beeinflussen, welche Strategien Menschen wählen, um Stabilität in einer sich wandelnden Lebenssituation zu bewahren. Je öfter Alkohol als Bewältigungsstrategie genutzt wird, desto höher wird das Risiko, dass sich daraus eine Alkoholabhängigkeit entwickelt, da das Vertrauen in andere Strategien zum Umgang mit belastenden Situationen ggf. verloren gehen kann.

Die Diskrepanz zwischen den gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen kann durch fehlende soziale Unterstützung und unzureichende Bewältigungsstrategien verstärkt werden. Die Aktivierung von Netzwerken und die Förderung aktiver Teilhabe – wie es die Aktivitäts- und Kontinuitätstheorie betonen – spielen eine entscheidende Rolle, um Vereinsamung und ihre Folgen zu mildern. Ein ganzheitlicher Ansatz, der nicht nur die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung in den Vordergrund stellt, sondern auch die psychosozialen und strukturellen Faktoren adressiert, die Vereinsamung begünstigen, ist essenziell. Dazu gehören der Aufbau stabiler sozialer Netzwerke, die Integration in gemeinschaftliche Aktivitäten und der Ausbau von individuellen Bewältigungsstrategien. Ebenso wichtig ist die Entstigmatisierung von Suchterkrankungen, um den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern und die Spirale aus Isolation und Abhängigkeit zu durchbrechen. Ziel muss es sein, den Betroffenen auch langfristig ein selbstbestimmtes und sozial eingebundenes Leben zu ermöglichen. Die folgenden Kapitel widmen sich daher den Ansätzen und Methoden der sozialen Diagnostik sowie den Implikationen der Ergebnisse dieser Arbeit für die Praxis der Sozialen Arbeit und beleuchten, wie diese zur Unterstützung und Behandlung älterer, alkoholabhängiger Menschen beitragen können.

5.4 Die Soziale Diagnostik in der Suchthilfe und ihre Bedeutung für die Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen

In der Praxis der Sozialen Arbeit im Kontext der Suchthilfe basiert die Feststellung eines „Bedarfs“ meist auf einer biomedizinischen Diagnose, die von medizinischen oder psychologischen Fachkräften gestellt wird und der klassifikatorischen Zuordnung einer Krankheit oder Behinderung folgt, etwa anhand der ICD-10 (vgl. Röh 2020, 13; Hansjürgens 2020, 217). Die medizinische Diagnose einer Alkoholabhängigkeit dient neben der fachlichen Verständigung auch als Grundlage für die sozialadministrative Ressourcenverteilung in der Suchthilfe und dominiert in diesem Arbeitsfeld (vgl. Hansjürgens 2020, 217; Röh 2020, 14). Um den Einfluss von Vereinsamung auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter und insbesondere die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Kontext analysieren zu können, ist die medizinische Diagnostik nach der ICD-10 allerdings nicht ausreichend. Daher soll auch die Soziale Diagnostik nicht unerwähnt bleiben, denn sie leistet nicht nur einen wichtigen Beitrag zu einem umfassenden Verständnis der Wechselwirkungen zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit in der Praxis, sondern ist auch für eine erfolgreiche, multidisziplinäre Kooperation der Sozialen Arbeit mit „benachbarten“ Professionen von großer Bedeutung (vgl. Schrapper 2004, 40). Soziale Diagnostik betrachtet sowohl individuelle Aspekte als auch die sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontexte, in denen Menschen leben. Sie analysiert das Zusammenspiel zwischen Individuum und sozialem Umfeld und den Einfluss dessen auf die individuelle Lebenssituation (vgl. Fischer/Putz-Erath/Kilk/Zimmermann 2020, 4). Diagnostik, verstanden als fundiertes Verstehen und Analysieren eines Sachverhalts, ist ein unverzichtbarer Bestandteil sozialpädagogischen Handelns, denn jede Entscheidung über das weitere Vorgehen beruht auf einer Annahme zum Fall - ein völliger Verzicht auf Diagnostik würde bedeuten, dass Fachkräfte der Sozialen Arbeit blind den Vorgaben anderer Stellen folgen, ohne eigene reflektierte Einschätzungen und Entscheidungen zu treffen (vgl. Nauerth 2016, 36). Die Soziale Diagnostik hat einen multiperspektivischen Anspruch: Die Vielschichtigkeit individueller und sozialer Verhältnisse kann nur durch das Zusammenspiel komplementärer Perspektiven und Ansätze adäquat erfasst und verstanden werden. Menschen agieren innerhalb sozialer Systeme und lebensweltlicher Zusammenhänge, in denen sie ihre Lebenswelt aktiv gestalten und innerhalb eigener Deutungsmuster handeln (vgl. Buttner/Gahleitner/Hochuli Freund/Röh 2018, 32), ihre Identität wird im alltäglichen Zusammenleben und durch die darin gelebten sozialen Beziehungen interaktiv und kontinuierlich geformt (vgl. Gahleitner 2018, 44).

„Im Mittelpunkt der Sozialen Arbeit steht, ausgehend von der Quintessenz der historischen Tradition und des Theoriediskurses, die Förderung der sozialen Teil-habe, die nach dem hier entwickelten Grundverständnis von einer ausreichenden sozialen Sicherung, einer angemessenen sozialen Unterstützung und einer hin-reichenden persönlichen Befähigung zum selbständigen Leben in der Gesellschaft abhängig ist.“ (Ansen 2012, 17).

Ziel der Sozialen Diagnostik ist es also, eine präzise Erfassung und Analyse von Problemen zu ermöglichen, die soziale Teilhabe behindern könnten (vgl. ebd.). Im Kontext der Suchthilfe ermöglicht die Soziale Diagnostik Sozialarbeitenden, sich ein fundiertes Urteil über die Lebenslage und den Bedarf der Adressat*innen zu bilden und dieses anschließend in den interdisziplinären und interprofessionellen Kontext einzubringen (vgl. Röh 2020, 15). Das Ziel einer Sozialen Diagnostik in der Suchthilfe besteht folglich darin, nach einer möglichst umfassenden Anamnese die gesammelten Informationen zu bündeln und gemeinsam mit den Klient*innen professionell zu interpretieren (vgl. ebd.). Buttner (2024) schreibt dazu:

„[Es geht] im Rahmen der diagnostischen Gesprächsführung darum, gemeinsam herauszufinden, welche Probleme oder Teilprobleme im Rahmen sozialer Interventionen bestehen und wie sie bearbeitbar und lösbar sind. Die Klärung, also das Herausschälen und Differenzieren des Problems und der Folgeprobleme, ist dafür eine notwendige Voraussetzung.“ (Buttner 2024, 72)

Pantuček-Eisenbacher (2019) beschreibt mehrere diagnostische Dimensionen der Sozialen Arbeit, welche relevante Aspekte umfassen, die ein ganzheitliches Verständnis der Lebenssituation von Klient*innen ermöglichen sollen. Die diagnostischen Dimensionen dienen dazu, potenziellen Handlungsbedarf zu identifizieren: Dabei können Probleme entweder anhand gesetzlicher Standards festgestellt werden – etwa bei unzureichendem Wohnraum oder einem Einkommen unter dem Existenzminimum, wie in den Regelungen des SGB II und XII definiert – oder durch fachliche Bewertungen (vgl. Ansen 2012, 17). Letztere beziehen sich auf Aspekte wie die Qualität und Dichte sozialer Netzwerke, die nicht allein durch gesetzliche Vorgaben erfasst werden können - hier ist eine fundierte Analyse erforderlich, die die Inhalte und Dynamiken sozialer Interaktionen untersucht (vgl. ebd.). Es ist an dieser Stelle nicht möglich, jede dieser Dimensionen bzw. diagnostischen Kategorien anzuführen und zu erläutern. Lediglich die Dimensionen „Einbindung in das Soziale“ (Pantuček-Eisenbacher 2019, 124) bzw. „Soziale Unterstützung“ (Ansen 2012, 18) sollen näher betrachtet werden, da diese den Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit thematisieren und wichtige Anhaltspunkte für die Praxis der Sozialen Arbeit im Kontext Einsamkeit im Alter bieten.

Die soziale Einbindung von Klient*innen wird nach Pantuček-Eisenbacher durch die Analyse der Integration ebendieser in soziale Netzwerke und die Kommunikation mit gesellschaftlichen Funktionssystemen untersucht. Dabei wird betrachtet, wie stark Klient*innen in unterstützende Netzwerke eingebunden sind und welche Kontakte oder Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen. Ebenso ist relevant, ob es sich um eine neue oder bekannte Lebenssituation handelt, ob biografische Ereignisse auf einen sozialen „Aufstieg“ oder „Abstieg“ hinweisen und welche Belastungen oder Ressourcen die Klient*innen prägen (vgl. ebd., 124f.). Auf Basis dieser Informationen wird schließlich erarbeitet, wie die soziale Einbindung der Klient*innen verbessert werden kann (vgl. ebd.)

Die Dimension der „Sozialen Unterstützung“ (Ansen 2012, 18) wird in die zwei Kategorien *formelle Netze* und *informelle Netze* unterteilt, die jeweils spezifische Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung umfassen: Formelle Netze beziehen sich auf den problemangemessenen Zugang zu Dienstleistungen in Bereichen wie der sozialen Sicherung oder dem Bildungs- und dem Gesundheitswesen (vgl. ebd.). Ebenso werden mögliche Barrieren analysiert, die den Zugang zu diesen Leistungen erschweren können. Dies können rechtliche Hürden, wirtschaftliche Einschränkungen oder auch strukturelle oder persönliche Hindernisse sein (vgl. ebd.). Informelle Netze hingegen umfassen die Qualität und Verfügbarkeit sozialer Beziehungen und Unterstützung im persönlichen Umfeld der betroffenen Person und werden anhand verschiedener Formen der Unterstützung bewertet, z.B. anhand der „emotionalen, kognitiven, sozialen oder instrumentellen Unterstützung“ (ebd.).

Die Analyse der Dimensionen der „Einbindung in das Soziale“ (Pantuček-Eisenbacher 2019, 124) bzw. der „Sozialen Unterstützung“ (Ansen 2012, 18) im Rahmen der Sozialen Diagnostik bietet Sozialarbeitenden bei der Betreuung älterer, alkoholabhängiger Menschen, die von Einsamkeit betroffen sind, einen zentralen Mehrwert, da die Soziale Diagnostik über die biomedizinische Diagnostik hinausgeht und sowohl individuelle als auch systemische Faktoren umfassend analysieren kann.

Während medizinische Diagnosen, etwa gemäß der ICD-10, eine wichtige Grundlage für die Klassifikation von Alkoholabhängigkeit und die sozialadministrative Ressourcenverteilung bieten, reicht diese Perspektive nicht aus, um die vielschichtigen Wechselwirkungen zwischen Einsamkeit und Sucht im Alter vollständig zu erfassen. Hier setzt die Soziale Diagnostik an, indem sie die sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontexte der Betroffenen einbezieht und das Zusammenspiel zwischen Individuum und Umfeld analysiert. Ein zentraler Nutzen der Sozialen Diagnostik liegt folglich in ihrer Fähigkeit, soziale Einbindungen oder deren Mangel systematisch zu erfassen. Dazu gehört die Untersuchung, wie stark ältere Menschen in unterstützende Netzwerke eingebunden sind, welche Ressourcen ihnen zur Verfügung stehen und welche Barrieren für sie bestehen. Die Soziale Diagnostik ermöglicht es außerdem, biografische Ereignisse zu berücksichtigen, die eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen als Folge von Vereinsamung spielen können. Durch eine umfassende Analyse der Lebenssituationen von Klient*innen ermöglicht die Soziale Diagnostik es Sozialarbeitenden, zu erkennen, mit welchen Barrieren Klient*innen sich bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten möglicherweise konfrontiert sehen und welche individuellen Problematiken überwunden werden müssen, um es Betroffenen zu ermöglichen, die soziale Einbindung verbessern zu können. Darüber hinaus ermöglicht die Soziale Diagnostik eine multiperspektivische Betrachtung, die verschiedene Dimensionen der Lebenssituation einbezieht und so ein ganzheitliches Verständnis der individuellen Problemlage schafft. Dies umfasst nicht nur die Erfassung sozialer Netzwerke, sondern auch die

Analyse individueller Belastungen und Ressourcen, die für eine zielgerichtete Intervention relevant sind. Die Ergebnisse dieser Diagnostik können dann eine Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen schaffen, die nicht nur die Symptome einer Suchterkrankung im Alter behandeln, sondern auch die Ursachen adressieren. In der Praxis unterstützt die Soziale Diagnostik Sozialarbeitende dabei, sich ein fundiertes Urteil über die Lebenslage und den Bedarf der Betroffenen zu bilden und dieses in interdisziplinären und interprofessionellen Kontexten einzubringen. Dadurch kann eine stärkere Vernetzung zwischen Sozialer Arbeit, Medizin, Gerontologie, Gerontopsychiatrie und Pflege gefördert werden, was die Wirksamkeit der Behandlungsansätze steigern kann. Soziale Diagnostik ermöglicht es also, die individuellen und systemischen Risikofaktoren für Alkoholabhängigkeit im Alter sichtbar zu machen und durch gezielte Interventionen die soziale Einbindung sowie die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern.

6. Interventionsmöglichkeiten und besondere Aspekte der Behandlung älterer Menschen

Im Folgenden sollen zunächst ausgewählte lebensphasenspezifische Diagnostik- sowie Interventionsmöglichkeiten und die Rolle von Angehörigen und Fachpersonal bei der Diagnostik und Therapie von Alkoholabhängigkeit im Alter erörtert werden, bevor auf die Besonderheiten der Behandlung älterer Menschen in ambulanten sowie stationären Rehabilitationseinrichtungen eingegangen wird. Auch die Bedeutung von Suchtselbsthilfegruppen für ältere, alkoholabhängige Menschen soll im Rahmen dieser Auseinandersetzung betrachtet werden, insbesondere vor dem Hintergrund des besonderen Charakters des sozialen Austauschs mit anderen Betroffenen.

Die Diagnostik von Suchterkrankungen im Alter wird durch das Fehlen altersangepasster Verfahren häufig erschwert (vgl. Hoff 2018, 67); altersbedingte kognitive und motorische Veränderungen sowie begleitende psychische Erkrankungen im Alter können ebenfalls verschleiern wirken (vgl. ebd.; vgl. Wolter 2018, 559). Mit steigendem Alter und gleichbleibendem Alkoholkonsum können zunehmend ernsthafte, aber unspezifische Gesundheitsprobleme auftreten, die oft fälschlicherweise als altersbedingt oder durch andere Erkrankungen verursacht erklärt werden (vgl. Wolter 2015, 559.). Mögliche Anzeichen für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit im Alter sind laut Wolter (2015):

- „sozialer Rückzug,
- Verlust von Antrieb und Interesse,

- Depressivität,
- Schlafstörungen,
- Nachlassen der geistigen Leistungskraft,
- Vernachlässigung der (Körper-)Hygiene,
- Gangunsicherheit/Stürze,
- Verletzungen/Blutergüsse,
- Notarztbesuche/Notaufnahme,
- Magen-Darm-Probleme/Durchfall,
- Inkontinenz,
- Mangelernährung/Körpergewichtsverlust,
- Bluthochdruck,
- Hyperurikämie und
- instabiler Diabetes mellitus"

(ebd.)

Bei der Diagnostik von Suchterkrankungen im Alter sollte außerdem berücksichtigt werden, dass altersbedingte kognitive und motorische Veränderungen den diagnostischen Prozess beeinflussen können. Diagnostikinstrumente sind möglicherweise ungenau oder nicht aussagekräftig, insbesondere bei hohen kognitiven Anforderungen (z. B. längeren Konzentrationsphasen) oder bei gleichzeitig bestehenden psychischen Erkrankungen wie Depressionen (vgl. Hoff 2018, 65).

Der *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) wird international als Standardinstrument zur Erfassung alkoholbezogener Störungen angesehen. Er umfasst 10 Fragen, die Trinkmuster, Konsummengen sowie die potenziellen Auswirkungen eines übermäßigen Alkoholkonsums untersuchen. Häufig findet auch die verkürzte Version, der AUDIT-C, Anwendung, die auf die ersten drei Fragen zu Konsummengen und Trinkgewohnheiten fokussiert ist (vgl. Wolter 2015, 560). Die altersbezogene Sensitivität von AUDIT und AUDIT-C kann gesteigert werden, indem die Cut-off-Werte angepasst werden (vgl. Hoff 2018, 66).

Ältere Patient*innen neigen häufig dazu, psychische Belastungen und Suchtstörungen zu verschweigen oder verleugnen, nehmen seltener Hilfsangebote in Anspruch und treffen mit diesen Abwehrmechanismen auf ein Versorgungssystem, das oft unzureichend auf ihre spezifischen Bedürfnisse eingestellt ist (vgl. ebd., 67). Aus diesem Grund erscheint es von besonderer Relevanz, dass nicht nur Mediziner*innen und Pflegepersonal, sondern auch Sozialarbeitende, die in Kontakt mit älteren Menschen kommen, sich der Besonderheiten des klinischen Erscheinungsbildes einer Alkoholabhängigkeit im Alter bewusst sind.

6.1 Die Rolle von Angehörigen und Fachpersonal

Die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im höheren Lebensalter sind bislang eher unbekannt und werden nur unzureichend genutzt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015, 11). Da in

der Lebensphase des Alters das Risiko, kritische Lebensereignisse zu erfahren und in der Folge Vereinsamung zu erleben steigt, ist dies als höchst problematisch anzusehen (vgl. Franke/Heusinger/Konopik/Wolter 2017, 7; s. auch Kapitel 3.2). Es soll daher an dieser Stelle der Frage nachgegangen werden, wie intervenierende Maßnahmen dazu beitragen können, Risikofaktoren zu erkennen, Bewältigungsressourcen zu stärken und die Rahmenbedingungen, innerhalb derer ältere Menschen Behandlungsangebote wahrnehmen, zu optimieren.

Interventionen und Präventionsmaßnahmen erfordern einerseits den Zugang zu wirksamer Unterstützung und die Förderung individueller Bewältigungsstrategien, andererseits müssen sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen die Rahmenbedingungen verbessern, insbesondere für besonders gefährdete Zielgruppen, unter Berücksichtigung spezifischer Risiken im sozialen Umfeld (vgl. Franke et al. 2017, 6f.). Präventionsketten sind Strategien, die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention gezielt verknüpfen, bisher jedoch vor allem auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien ausgerichtet sind (vgl. Richter-Kornweitz/Holz/Kilian 2023). Sie fördern Entwicklungs- und Teilhabechancen, unabhängig vom sozialen Status, und berücksichtigen auch die in Kapitel 3.2 dargestellten Wechselwirkungen von Armut, Gesundheit und Bildung (vgl. ebd.).

Franke et al. (2017) fassen die in den vorherigen Kapiteln eingehend erläuterten lebensphasenspezifischen Risikofaktoren sowie die Gefahren, die sich daraus ggf. für ältere Menschen und deren Konsum- und Gesundheitsverhalten ergeben können, folgendermaßen zusammen:

„Die [...] Übergänge im Alter, der Eintritt in den Ruhestand, der Beginn von Pflegebedürftigkeit und die Verwitmung, stellen große, die Betroffenen ebenso wie die Angehörigen belastende Herausforderungen dar. Sie erfordern erhebliche Anpassungsleistungen an die neue Lebenslage und sind von Risikofaktoren für Gesundheit, Selbstständigkeit und Teilhabe begleitet. Die Bewältigung der Übergänge wird durch soziale, sozio-ökonomische und kulturelle Ressourcen beeinflusst. Vor allem sozial benachteiligte Ältere und ihre Angehörigen sind in ihren Bewältigungsmöglichkeiten teilweise eingeschränkt bzw. können einen Verlust von Ressourcen, der mit einem Übergang einhergehen kann, nur schlecht kompensieren.“ (Franke et al. 2017, 97)

Die Autor*innen schlussfolgern daraus, dass statt einer Präventionskette eher ein flexibles „Präventionsnetz“ (ebd.) erforderlich wäre, das präventive Angebote für verschiedene Übergänge und Belastungen im Alter verbindet, Risikofaktoren frühzeitig erkennt und hoch belastete Personen gezielt erreichen kann: Wichtige Akteur*innen könnten z.B. Versicherungsträger und kommunale Verwaltungen sein, die direkten Kontakt zu Betroffenen haben und sie an Unterstützungsangebote weiterleiten können (vgl. ebd., 97ff.). Die Einbindung von

„Pflegestützpunkten, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, Bestattungsunternehmen und Kirchen, Wohnungsunternehmen, Einrichtungen der offenen Altenhilfe und (Haus-)Arztpraxen“ (ebd.)

in ein sozialraumorientiertes Präventionsnetz ermögliche außerdem lebensphasenspezifische Angebote und umfassende Versorgung (vgl. ebd., 100).

Diese Aufzählung ist umfangreich, jedoch darf auch die Rolle der Sozialen Arbeit in der Identifikation und Behandlung älterer Menschen, die unter altersbedingten Umbrüchen leiden, nicht außer Acht gelassen werden. Auf diese wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels und insbesondere in Kapitel 6.4 daher noch einmal Bezug genommen werden.

Insbesondere Allgemeinmediziner*innen spielen eine zentrale Rolle bei der Behandlung von Patient*innen, die unter einschneidenden Ereignissen im Alter leiden und diese ggf. durch vermehrten Alkoholkonsum zu kompensieren versuchen: Da sie im besten Fall umfassende Kenntnisse über die gesundheitlichen und familiären Verhältnisse ihrer Patient*innen haben, können sie gezielt Unterstützungsangebote vermitteln (vgl. Rigler 2000; Franke et al. 2017, 100). Dafür ist es allerdings von zentraler Bedeutung, dass sie - genau wie die anderen genannten Akteur*innen - für die Risiken, die sich durch altersbedingte Risikofaktoren ergeben, sensibilisiert werden und diese erkennen können. Um problematischen Alkoholkonsum verhindern oder erkennen zu können ist es von entscheidender Bedeutung, diese Risikofaktoren und Symptome (s. Kapitel 5.1 und 5.2) zu kennen und sich über die Besonderheiten bei der Behandlung älterer Patient*innen bewusst zu sein. Denn sowohl Prävention als auch Therapie von Abhängigkeitserkrankungen im Alter sind keinesfalls vergeudete Zeit: Ältere Erwachsene sprechen ebenso gut auf Behandlungen an wie jüngere, werden jedoch deutlich seltener an entsprechende Einrichtungen überwiesen (vgl. Bommersbach et al. 2015, 665; Dauber/Pogarell/Kraus/Braun 2018, 4ff.).

Kurzinterventionen in allgemeinen medizinischen Einrichtungen (z.B. in der Hausärzt*innenpraxis) können eine effektive Methode darstellen, um Menschen, die Alkohol in gesundheitlich bedenklicher Menge zu konsumieren, zu einer Reduktion ihres Konsums oder zur Abstinenz zu motivieren. Sie umfassen kurze, gezielte Gespräche mit Feedback zu Alkoholkonsum und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken, die Identifikation von Risikosituationen, konkrete Ratschläge zur Reduktion des Konsums, Motivationsstrategien und die Entwicklung eines persönlichen Plans (vgl. Kaner et al. 2018, 2f.). Diese Interventionen dauern in der Regel bis zu 60 Minuten und können durch die Ausgabe von Infomaterialien ergänzt werden. Ziel ist es, den Alkoholkonsum und alkoholbedingte Probleme nachhaltig zu reduzieren (vgl. Bischof et al. 2020, 56).

Für die Entgiftungsbehandlung älterer, alkoholabhängiger Patienten wird in der Regel eine stationäre Aufnahme empfohlen, eine ambulante Entgiftung sollte nur bei medizinisch stabilen Personen mit einem guten sozialen Unterstützungsnetzwerk in Betracht gezogen werden, die zuverlässig über sich verschlimmernde Symptome berichten können und bei Bedarf schnell in eine intensivere Betreuung überführt werden können (vgl. Rigler 2000). Patient*innen unterscheiden

sich hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und Motivation zur Behandlung, ihrer Belastungen durch Begleiterkrankungen und dem Ausmaß familiärer und sozialer Unterstützung. Hausärzt*innen müssen daher Ressourcen und Einschränkungen ihrer Patient*innen einschätzen sowie geeignete Behandlungsoptionen empfehlen können (vgl. ebd.).

Auch Fachkräfte in ambulanten und stationären Pflegesettings müssen für die altersspezifischen Aspekte einer Abhängigkeitserkrankung sensibilisiert sein, um Betroffene an geeignete Ressourcen vermitteln zu können: Eine Befragung unter Pflegekräften, die in stationären und ambulanten Einrichtungen tätig waren, zeigte, dass diese bei 14 % der Pflegebedürftigen einen Verdacht auf problematischen Konsum von Alkohol, Medikamenten oder beidem in Kombination äußern würden. (vgl. Kuhn/Haasen 2009, 15; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015, 6). Häufig betrachten medizinische Fachkräfte moderaten Alkoholkonsum bei älteren Menschen als normal, als „schädlich“ wird der Konsum meist erst anhand sichtbarer Folgen erkannt, was eine frühe Behandlung erschwert, da die Symptome sich zum Teil sehr diffus und unspezifisch zeigen können (vgl. Wolter 2015, 559). Diese Vorurteile können eine Barriere für die korrekte Identifikation und Behandlung riskanten Alkoholkonsums im Alter darstellen (vgl. Bareham/Kaner/Spencer/Hanratty 2020, 463f.).

Familie, Freund*innen und andere soziale Kontakte sind ebenfalls von enormer Bedeutung für die Diagnose und Prognose von Alkoholabhängigkeitserkrankungen im Alter: Eine Studie von Finlayson et al. (1988) analysierte die medizinischen Unterlagen von 216 älteren Personen, die wegen einer Alkoholabhängigkeitserkrankung ins Krankenhaus eingeliefert wurden. Die Autor*innen stellten fest, dass die Sorge von Familie und Freund*innen der häufigste Grund war, warum sich die Patient*innen für eine stationäre Behandlung entschieden (vgl. Finlayson/Hurt/Davis/Morse 1988, 761f., 764). Familienangehörige können wichtige Unterstützung bei der Betreuung älterer Menschen mit Alkoholproblemen leisten, indem sie Verdachtsmomente an Ärzt*innen herantragen, Informationen kollaborieren, emotionale Unterstützung anbieten und Behandlungen koordinieren (vgl. Rigler 2000). Betroffene ältere Menschen und ihre Angehörigen haben jedoch oft Schwierigkeiten damit, eine Abhängigkeitserkrankung anzuerkennen und Hilfe anzunehmen, da Scham- und Schuldgefühle dies erheblich erschweren (vgl. Voßmann/Geyer 2006, 222). Zudem sind bei Angehörigen teils Vorurteile und eine resignierende Haltung verbreitet, die therapeutische Maßnahmen angesichts der begrenzten Lebenszeit als wenig lohnend ansehen (vgl. ebd.), auch wenn dies nicht der Realität entspricht (vgl. Dauber et al. 2018, 4ff., Kaner et al. 2018, 2ff.).

Familiäre Beziehungen spielen folglich eine entscheidende Rolle dabei, Menschen mit problematischem Alkoholkonsum zur Veränderung zu motivieren, sie während des Genesungsprozesses zu unterstützen und ihre langfristige Abstinenz zu fördern (vgl. McCrady/Flanagan 2021, 15). Soziale Beziehungen und regelmäßige soziale Kontakte stellen außerdem einen wichtigen Schutzfaktor hinsichtlich der Prävention von Suizid im Alter dar (vgl. Ward et al. 2024, 4ff.). Es ist daher essenziell, die Rolle sozialer Beziehungen in der Prävention und

Therapie von Alkoholabhängigkeit zu erkennen und sowohl Betroffene als auch ihr soziales Umfeld gezielt einzubinden.

Diese Erkenntnisse verdeutlichen, dass die Sensibilisierung von Fachkräften und die Unterstützung durch Familie und Freund*innen zentrale Faktoren für die erfolgreiche Prävention und Behandlung von Alkoholabhängigkeit im Alter sind. Fachkräfte, insbesondere in der Pflege und im hausärztlichen Bereich, sind oft die ersten, die mit den diffusen Symptomen einer Alkoholproblematik im Alter konfrontiert werden. Ihre Fähigkeit, altersbedingte Risikofaktoren und subtile Anzeichen einer Abhängigkeit zu erkennen, ist essenziell, um betroffene ältere Menschen frühzeitig zu identifizieren und angemessen zu unterstützen. Vorurteile und unzureichendes Wissen über die Besonderheiten einer Suchterkrankung im Alter können jedoch die Diagnostik und Therapie erheblich erschweren. Daher ist eine gezielte Fortbildung und Sensibilisierung von Fachkräften notwendig, um diese Barrieren abzubauen. Finlayson et al. (1988) halten zusammenfassend fest:

„It is important for physicians to inquire about the occurrence of major life events such as retirement or loss of a spouse and to examine the patient's style of coping, including the use of alcohol.“(Finlayson et al. 1988, 767)

Ebenso kommt der Unterstützung durch Angehörige eine entscheidende Rolle zu. Familienmitglieder und enge Freund*innen sind oft die ersten, die auf problematisches Verhalten aufmerksam werden, und können dazu beitragen, eine Behandlung anzustoßen. Ihre Sorge und ihr Engagement sind häufig der ausschlaggebende Grund, warum ältere Menschen eine Therapie beginnen. Während des Genesungsprozesses können Angehörige durch emotionale und praktische Unterstützung eine stabilisierende Funktion übernehmen, indem sie beispielsweise Informationen an medizinisches Fachpersonal weitergeben oder die Organisation von Behandlungen unterstützen. Eine erfolgreiche Prävention und Therapie von Alkoholabhängigkeit im Alter hängt folglich maßgeblich von einer besseren Sensibilisierung der Fachkräfte sowie der aktiven Einbindung von Angehörigen ab. Beide Faktoren sind entscheidend, um ältere Menschen effektiv unterstützen und ihre Lebensqualität nachhaltig verbessern zu können.

6.2 Medizinische Rehabilitationsangebote sowie suchtbezogene Angebote der Pflege und Altenhilfe

Das Suchthilfesystem in Deutschland bietet spezialisierte Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote, um den Bedürfnissen suchtkranker Menschen gerecht zu werden (vgl. Bürkle et al. 2019, 5). Problematisch ist jedoch: Es richtet sich überwiegend an Menschen im erwerbsfähigen Alter. Dadurch geraten die spezifischen Zugangswege für ältere Suchtkranke häufig

in den Hintergrund (vgl. Voßmann/Geyer 2006, 222). Bürkle et al. (2019) unterteilen die Versorgungsstrukturen abhängigkeiterkrankte Menschen in einer Analyse des deutschen Suchthilfesystems in zwölf Segmente:

- „1. Beratung und Begleitung
2. Medizinische Behandlung
3. Medizinische Rehabilitation
4. Eingliederungshilfe – Leistungen zur sozialen Teilhabe
5. Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben
6. Justiz
7. Selbsthilfe
8. Prävention
9. Betriebliche Gesundheitsförderung
10. Kinder- und Jugendhilfe
11. Pflege und Altenhilfe
12. Wohnungslosenhilfe“

(Bürkle et al. 2019, 7)

Diese Unterteilung verfolgt das Ziel, sowohl suchtspezifische Angebote als auch allgemeine Leistungen, die ebenfalls von Menschen mit Suchterkrankungen genutzt werden können, abzudecken; die Versorgungsstrukturen, die in den einzelnen Segmenten dargestellt werden, folgen einer Grundstruktur, die sich „an Finanzierungsstrukturen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen orientiert.“ (ebd.). Eine vollständige Zuordnung der Segmente zu den Sozialgesetzbüchern war den Autor*innen jedoch nicht möglich, da einige Leistungen auf unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen basieren (z. B. medizinische Rehabilitation sowohl auf SGB VI als auch auf SGB V) und andere, wie Suchtberatung oder betriebliche Suchtarbeit, nicht gesetzlich verankert sind (vgl. ebd.). Es ist an dieser Stelle nicht möglich, alle zwölf Segmente ausführlich darzustellen und die ihnen zugehörigen Angebote herauszuarbeiten, welche sich auf die Behandlung älterer Menschen mit Suchterkrankungen spezialisiert haben. Stattdessen sollen exemplarisch die Angebote der ambulanten sowie stationären medizinischen Rehabilitation sowie Angebote der suchtspezifischen Altenpflege betrachtet werden, um einen Einblick in lebensphasenspezifische Angebote des Suchthilfesystems zu ermöglichen.

Die stationäre medizinische Rehabilitation für abhängigkeiterkrankte Menschen schließt häufig an eine Akutbehandlung an, welche erste ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen, die Versorgung mit Medikamenten sowie Krankenhaus- und Entzugsbehandlungen umfasst (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, o.J.). Sie erfolgt in spezialisierten Fachkliniken, Therapieeinrichtungen oder Krankenhausabteilungen und wird durch die Deutsche Rentenversicherung sowie die Krankenkassen finanziert. Darüber hinaus bieten auch somatische und psychosomatische Reha-Einrichtungen mit anderen Schwerpunkten Unterstützung für Patient*innen mit Suchterkrankungen an (vgl. Bürkle et al. 2019, 19). Bei der Planung der

Rehabilitationsbehandlung sollten Faktoren wie Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund und Komorbiditäten berücksichtigt werden (vgl. Fleischmann 2015, 74). Die Schnittstelle zwischen kurativer und rehabilitativer Behandlung erfordert eine multiprofessionelle Zusammenarbeit medizinischer und sozialpädagogischer Fachkräfte, um relevante medizinische und versicherungsrechtliche Faktoren klären zu können (vgl. ebd.). Für die Inanspruchnahme einer Alkoholentwöhnungsbehandlung müssen eine bestehende Alkoholabhängigkeit mit Funktionsstörungen, die Rehabilitationsfähigkeit (psychische und körperliche Belastbarkeit) und eine günstige Prognose für eine Abstinenz attestiert werden. Zudem sollten vorab Beratungsmaßnahmen erfolgt sein, der körperliche Entzug abgeschlossen sein und die Bereitschaft zur Nachsorge seitens der erkrankten Person bestehen (vgl. ebd., 75). Eine medizinische Rehabilitation kann auch teilstationär, ganztägig ambulant oder ambulant durchgeführt werden (vgl. Deutsche Rentenversicherung, o.J.). Die Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation sind unterschiedlich, es können beispielsweise eine Abstinenzphase von mindestens zwei Monaten, eine geregelte Tagesstruktur sowie unterstützende Sozialkontakte vorausgesetzt werden (vgl. Diakonieverbund Sucht in der Region Osnabrück-Emsland-Diepholz, o.J; Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West 2022, 2)¹. Die Rentenversicherung trägt die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen berenteter Menschen nicht, dies fällt mit dem Renteneintritt in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen oder anderer Sozialversicherungsträger (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2024, 7). Voßmann und Geyer (2006) beschrieben anhand des Beispiels der stationären Rehabilitation in der Fachklinik Fredeburg, dass die Behandlung älterer Suchtkranker sich neben der Förderung von Krankheitseinsicht und Abstinenzfähigkeit oft auf altersspezifische Themen wie Einsamkeit, Trauer, die Angst vor gesundheitlichem Verfall und Tod, den Verlust geistiger Fähigkeiten sowie des beruflichen Status konzentrieren würde (vgl. Voßmann/Geyer 2006, 223). Besonders verwitwete Menschen sowie sogenannte late-onset-Trinkende, bei denen Arbeitslosigkeit, Vorruhestand oder Berentung oft auslösende Faktoren sind, stünden im Fokus (vgl. ebd.). An dieser Stelle sollen exemplarisch die Angebote der Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit der DIAKO Nordfriesland vorgestellt werden, da diese Klinik unter anderem spezialisierte Angebote für die Behandlung älterer, abhängigkeitserkrankter Menschen anbietet. Ziel der Entwöhnungsbehandlung ist die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben oder die Unterstützung der sozialen Teilhabe, insbesondere bei Personen, die nicht mehr berufstätig sind (vgl. DIAKO Nordfriesland gGmbH 2024, 2).

Die Rehabilitation erfolgt in stationären oder teilstationären Settings und wird durch altersspezifische und indikationsgebundene Bezugsgruppen ergänzt, die auf die Lebenssituation und Herausforderungen älterer Menschen eingehen (vgl. ebd., vgl. Petersen 2021, 8). Die

¹ Anmerkung der Verfasserin: Da sich keine einheitlichen Regelungen bezüglich der Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen finden lassen, wurden diese Quellen exemplarisch ausgewählt, um einen beispielhaften Einblick in mögliche Anforderungen seitens der Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen.

Unterbringung erfolgt in barrierefreien Einzelzimmern (vgl. Petersen 2021, 5). Neben psychotherapeutischen Maßnahmen wie Einzel- und Gruppentherapien umfasst das Angebot auch Ergotherapie, Bewegungstherapie und Ernährungsberatung. Die Integration von Sport- und Physioräumen sowie eine Lehrküche ermöglichen eine vielseitige und praxisnahe Behandlung (vgl. DIAKO Nordfriesland gGmbH, 2024).

Die Behandlung soll die Herausforderungen älterer Rehabilitand*innen, die häufig mit gesundheitlichen Einschränkungen, psychischen Belastungen und dem Verlust sozialer Netzwerke konfrontiert seien, berücksichtigen. Ziel sei es, neue Handlungsstrategien zur Alltagsbewältigung zu entwickeln, die soziale Integration zu fördern und langfristig eine abstinente Lebensweise zu unterstützen. Dabei wird der Therapieprozess durch Angebote wie Rückfallprophylaxe, die Einbindung von Selbsthilfegruppen und die Behandlung von Begleiterkrankungen ergänzt: Die Kombination aus altersspezifischer Betreuung und umfassenden therapeutischen Maßnahmen soll die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung nachhaltig verbessern (vgl. ebd.).

Spezifische Angebote für pflegebedürftige Menschen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit sind selten und meist auf einzelne Abteilungen in Alten- und Pflegeeinrichtungen beschränkt (vgl. Bürkle et al. 2019, 51). Diese Spezialisierung wird jedoch oft als negativ für das Image der Einrichtung wahrgenommen - in der Regel leben suchtkranke Pflegebedürftige daher in regulären Pflegeeinrichtungen (vgl. ebd.). Als Beispiel für stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich auf die Pflege suchterkrankter Menschen spezialisiert haben, sollen an dieser Stelle das St. Josef Haus bzw. dessen Station St. Johannes des Caritasverbandes Düsseldorf sowie PFLEGEN&WOHNEN Öjendorf in Hamburg genannt werden. Das Altenheim St. Josef in Düsseldorf bietet seit 2010 ein spezielles Konzept zur Betreuung älterer Menschen mit Suchterkrankungen an. Im separaten Wohnbereich St. Johannes stehen 32 Plätze für Bewohner*innen mit Suchterkrankungen bereit (vgl. Caritasverband Düsseldorf e.V. 2020, 2). Für die Aufnahme in den Wohnbereich St. Johannes sind mindestens Pflegegrad 2 sowie eine diagnostizierte Suchterkrankung Voraussetzung. Das Erreichen einer Abstinenz der Bewohner*innen wird angestrebt, ist jedoch nicht immer möglich (vgl. Seelhöfer 2018).

PFLEGEN & WOHNEN ÖJENDORF in Hamburg ist auf die stationäre Pflege alkoholabhängiger Menschen spezialisiert und die einzige Einrichtung dieser Art in der Stadt. Es bietet Pflege, Hilfe und soziale Betreuung für alkoholabhängige Männer und Frauen an, eine Abstinenz wird nicht gefordert. Die Einrichtung verfügt über 156 Plätze, darunter 100 Einzel- und 28 Doppelzimmer (vgl. PFLEGEN & WOHNEN ÖJENDORF 2019, 2). Die Einrichtung sagt in ihrem Informationsflyer über ihre Bewohner*innen:

„Unsere Bewohner sind meist nicht alt, sondern alkoholkrank und pflegebedürftig. Ein eigenständiges Leben ist für sie nicht mehr möglich.“
(PFLEGEN & WOHNEN ÖJENDORF 2019, 2)

Der Fokus der Einrichtung liegt darauf, Autonomie und Selbstwertgefühl der Bewohner*innen zu fördern sowie Aggressionen zu reduzieren (vgl. ebd.). Das therapeutische Angebot umfasst Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, ergänzt durch fachärztliche Betreuung durch Neurolog*innen und Psychiater*innen. Familienfeiern können ebenfalls im Haus ausgerichtet werden. Zur Förderung der sozialen Teilhabe der Bewohner*innen bietet das Haus ein breites Kultur- und Freizeitprogramm an (vgl. ebd.).

Ziele der Betreuung sind die Sicherung des Überlebens und die Förderung einer möglichst gesunden Lebensweise, die Reduzierung der Trinkmenge sowie die Verlängerung alkoholfreier Phasen (vgl. ebd.). Es gibt nur wenige Angebote wie das Haus St. Johannes oder die Einrichtung in Öjendorf für pflegebedürftige Menschen mit Suchterkrankungen in Deutschland (vgl. Bürkle et al. 2019, 51).

6.3 Selbsthilfegruppen

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (1987) definiert Selbsthilfegruppen wie folgt:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu“

(Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 1987, 5; zit. n. Jost 2024)

Die Besonderheit von Selbsthilfegruppen liegt also zunächst in ihrer Konstellation: Sie setzen sich aus Teilnehmer*innen zusammen, die von gleichen bzw. ähnlichen Problemlagen betroffen sind und sich daher auf Augenhöhe begegnen. Im Jahr 2024 gab es bundesweit ca. 7.100 Suchtselbsthilfegruppen (vgl. Rummel/Lehner/Kepp 2024, 33). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. fungiert als Dachorganisation für die bundesweiten Suchtselbsthilfeverbände in Deutschland (vgl. Gross 2016, 146). Ergänzt wird das Angebot durch die Gruppen des AA-Programms, angeführt von den „Anonymen Alkoholikern“, die bundesweit vertreten sind (vgl. ebd.).

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2023) beschreibt die Ziele von Suchtselbsthilfegruppen in ihrem Grundsatzpapier *Was Sucht-Selbsthilfe ausmacht* als sowohl individuell als auch gesellschaftlich: Auf individueller Ebene soll die Teilnahme an Suchtselbsthilfegruppen den Teilnehmer*innen ermöglichen, die Kontrolle über den Konsum von Suchtmitteln wiederzuerlangen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2023, 2). Auch sollen die Teilnehmer*innen einander unterstützen und ermutigen können (vgl. ebd.). Auf gesellschaftlicher Ebene sieht die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen die Ziele der Suchtselbsthilfe vor allem in ihrer Funktion als „Sprachrohr“ von Betroffenen gegenüber Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie als Vertreterin politischer Interessen der Betroffenen (vgl. ebd., 3).

Selbsthilfegruppen spielen eine zentrale Rolle sowohl bei der Prävention von Suchtkrankheiten als auch bei der Unterstützung während ambulanter und stationärer Therapien (vgl. Gross 2016, 146). Vor allem für die Nachsorge sind sie von großer Relevanz: Sie bieten einen effektiven Schutz vor Rückfällen und unterstützen Betroffene dabei, ein suchtmittelfreies Leben zu führen (vgl. ebd.). Selbsthilfegruppen stellen laut Parkman et al. (2015) daher einen wichtigen Bestandteil in der Behandlung von Alkoholabhängigkeitserkrankungen dar (vgl. Parkman/Lloyd/Splisbury 2015, 2). So steht beispielsweise eine längerfristige Teilnahme an Meetings der „Anonymen Alkoholiker“ in Zusammenhang mit einer Stabilisierung der Abstinenz (vgl. Moos/Moos 2004, 159ff.). Patient*innen, die nach der Behandlung in Selbsthilfegruppen eingebunden waren, erzielten bessere Ergebnisse: Jene, die im ersten Jahr mehr Treffen besuchten und eine*n „Sponsor*in“² hatten, tranken weniger und berichteten über eine geringere psychische Belastung (vgl. Lemke/Moos 2003, 47f.). Lemke und Moos (2003) kommen daher zu dem Schluss, dass der kontinuierliche soziale Austausch mit anderen betroffenen Personen auch nach Ende der Entwöhnungsbehandlung positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit und die Abstinenz hat und somit einen wichtigen Schutzfaktor darstellt, der das Risiko für Rückfälle mindert (vgl. ebd.).

6.4 Die zunehmende Vereinsamung älterer Menschen als Risikofaktor für Alkoholabhängigkeit: Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit

Die Erkenntnis, dass Vereinsamung ein Risikofaktor für Alkoholabhängigkeit im Alter ist, hat weitreichende Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit. Insbesondere die Sensibilisierung von Fachkräften sowie der Ausbau spezialisierter Angebote und eine verbesserte Vernetzung der

² Anmerkung der Verfasserin: Eine Sponsor*innenschaft beschreibt im Kontext der Meetings der Anonymen Alkoholiker eine Person, die bereits länger an den Treffen teilnimmt, abstinent ist und als Ansprechpartner*in für neue Mitglieder dient (vgl. American Addiction Centers 2024)

Hilfstrukturen spielen eine zentrale Rolle, um betroffene ältere Menschen frühzeitig erreichen und unterstützen zu können.

Fachkräfte der Sozialen Arbeit müssen sich der diffusen Symptome problematischen Alkoholkonsums im Alter bewusst sein, da diese häufig unklar sind, leicht übersehen werden können oder nicht mit einer Suchterkrankung in Verbindung gebracht, sondern zunächst altersbedingten Erkrankungen zugeschrieben werden. Daher ist es von großer Bedeutung, dass Sozialarbeiter*innen, welche im Rahmen ihrer Tätigkeiten mit älteren Menschen in Kontakt kommen, für die Risikofaktoren, welche die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter begünstigen können, sowie die Besonderheiten problematischen Alkoholkonsums und dessen Folgen im Alter sensibilisiert sind. Eine sensible und empathische Kommunikation ist hierbei entscheidend, da viele ältere Menschen Scham im Zusammenhang mit ihrer Sucht empfinden und Unterstützung daher möglicherweise zunächst ablehnen oder Probleme bagatellisieren.

Der Sozialen Diagnostik kommt im Kontext der Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen eine besondere Bedeutung zu, da sie über eine rein biomedizinische Betrachtung hinausgeht und die individuellen Lebensumstände sowie soziale, kulturelle und ökonomische Rahmenbedingungen umfassend analysiert. Sie bildet die Grundlage für ein fundiertes Verständnis der Wechselwirkungen zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit im Alter und unterstützt Sozialarbeitende dabei, gezielte Interventionen zu entwickeln. Ein zentraler Aspekt der Sozialen Diagnostik ist die Erfassung der sozialen Einbindung von Klient*innen. Dabei werden sowohl formelle als auch informelle Netze untersucht, um verstehen zu können, inwiefern die Betroffenen Zugang zu Ressourcen und Unterstützung haben. Für die Praxis der Sozialen Arbeit ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Lebenswelt älterer, alkoholabhängiger Menschen systematisch und ganzheitlich zu analysieren: Sozialarbeitende können mithilfe einer Sozialen Diagnose nicht nur die bestehenden Probleme und Barrieren ihrer Klient*innen identifizieren, sondern auch die Ressourcen und Potenziale der Betroffenen herausarbeiten. Diese multiperspektivische Betrachtung ermöglicht es, soziale Netze oder deren Mangel sichtbar zu machen und gemeinsam mit den Klient*innen gezielte Maßnahmen zur Förderung der sozialen Teilhabe zu entwickeln.

Ein weiterer zentraler Nutzen der Sozialen Diagnostik liegt in ihrer Fähigkeit, die biografischen Hintergründe von Klient*innen zu berücksichtigen. Verlusterfahrungen oder andere kritische Lebensereignisse können eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Einsamkeit und Abhängigkeitserkrankungen spielen. Die Analyse dieser Faktoren ermöglicht es, individuelle Belastungen und Bewältigungsstrategien zu verstehen. In der Praxis der Sozialen Arbeit kann die Soziale Diagnostik darüber hinaus eine interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern: Indem sie die individuellen Bedarfe und Lebensumstände der Betroffenen analysiert und fundiert beschreibt, liefert sie wichtige Informationen für die Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Gerontolog*innen, Psycholog*innen, Pflegekräften, Angehörigen und weiteren relevanten Akteur*innen. Dies

ermöglicht nicht nur eine gezieltere Planung von Interventionen, sondern auch die effektivere Nutzung vorhandener Ressourcen. Insgesamt stellt die Soziale Diagnostik also ein unverzichtbares Werkzeug für die Praxis der Sozialen Arbeit dar. Sie bietet eine Grundlage für die Entwicklung individueller, bedarfsgerechter Unterstützungsmaßnahmen, die sowohl die Symptome einer Alkoholabhängigkeit behandeln als auch deren ursächliche Faktoren wie Einsamkeit adressieren. Durch die Anwendung der Sozialen Diagnostik können Sozialarbeitende dazu beitragen, die soziale Teilhabe und Lebensqualität älterer Menschen nachhaltig zu verbessern und somit das Risiko für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit zu reduzieren.

7. Schlussbetrachtung

Vereinsamung, verstanden als Abweichung zwischen gewünschten und tatsächlich vorhandenen sozialen Beziehungen, ist insbesondere im höheren Lebensalter ein relevantes Thema, das eng mit den körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen verbunden ist, welche im Alter gehäuft auftreten können. Die vorliegende Arbeit untersuchte vor diesem Hintergrund Vereinsamung als Risikofaktor für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im höheren Lebensalter. Dabei wurde der Frage nachgegangen, wie Vereinsamung die Entstehung einer Alkoholabhängigkeitserkrankung im höheren Lebensalter beeinflussen kann. Ferner sollten die lebensphasenspezifischen Umstände, welche Vereinsamung im Alter begünstigen können, betrachtet werden. Auch die Besonderheiten in der Behandlung älterer, alkoholabhängiger Menschen sollten aufgezeigt werden.

Es wurde deutlich, dass Alter durch das Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer und gesellschaftlicher Faktoren geprägt ist, wobei individuelle und gesellschaftliche Einflüsse sowie soziale Ungleichheiten die Alterserfahrungen maßgeblich beeinflussen können. Es wurden vier zentrale Theorien des „erfolgreichen Alterns“ vorgestellt: die Disengagement-Theorie, die Aktivitätstheorie, die Kontinuitätstheorie und die Theorie der kumulativen Vorteile und Benachteiligungen, auf die im weiteren Verlauf der Arbeit an verschiedenen Stellen Bezug genommen werden konnte. Auch die Diskrepanzdefinition der Einsamkeit (Perlman/Peplau 1981) und das biopsychosoziale Modell (Engel 1977) stellten wichtige Bezugsrahmen dar.

Es wurde deutlich, dass Einsamkeit schwerwiegende psychische, physische und soziale Folgen haben kann, was die Bedeutung sozialer Integration für die Gesundheitsförderung im Alter unterstreicht. Einsamkeit ist jedoch nicht nur in Hinblick auf die möglichen Folgeerkrankungen, die sie hervorrufen kann als Risikofaktor relevant, sondern kann auch unabhängig davon als Stressor wirken und somit das Risiko für problematischen Alkoholkonsum im Alter erhöhen. Die theoretische Auseinandersetzung hat außerdem zeigen können, dass die Disengagement-, Aktivitäts- und

Kontinuitätstheorie sowie das biopsychosoziale Modell wertvolle Erklärungsansätze für die sich wechselseitig beeinflussenden Dynamiken von Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit im Alter bieten können. Die Aktivitäts- und Kontinuitätstheorien betonen, wie wichtig es ist, im Alter soziale Rollen und Beziehungen aufrechtzuerhalten und aktiv zu bleiben, um das Wohlbefinden zu sichern, während die Disengagement-Theorie die Annahme zugrunde legt, dass sozialer Rückzug im Alter ein natürlicher Anpassungsprozess ist. Die Erkenntnisse dieser Arbeit zeigen jedoch, dass unfreiwillige Rückzüge - etwa durch Eintritt in den Ruhestand, den Verlust von Partner*innen oder Freund*innen oder durch gesundheitliche Einschränkungen - zu erheblichen emotionalen Belastungen führen können. Das biopsychosoziale Modell lieferte hier eine sehr umfassende Perspektive, indem es die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren berücksichtigt.

Bei der Behandlung älterer, alkoholabhängiger Patient*innen sind eine umfangreiche Diagnostik und lebensphasenspezifische Therapieansätze von zentraler Bedeutung. Die Früherkennung von problematischem Alkoholkonsum im Alter ist aufgrund diffuser Symptome besonders herausfordernd, denn als Resultat altersbedingter körperlicher Veränderungsprozesse wirkt Alkohol auf den Organismus älterer Menschen anders als im jüngeren Alter und kann bereits bei verhältnismäßig geringen Konsummengen schwerwiegende gesundheitliche Folgeschäden verursachen. Daher ist eine Sensibilisierung von Sozialarbeitenden, Pflegepersonal und Ärzt*innen notwendig, um problematische Konsummuster frühzeitig identifizieren zu können. Die Soziale Diagnostik stellte sich in diesem Kontext als essenzielles Werkzeug in der Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen heraus, da sie es Sozialarbeitenden ermöglicht, individuelle und systemische Faktoren zu analysieren und in der Hilfeplanung zu berücksichtigen. Die Soziale Diagnostik geht außerdem über eine rein medizinische Diagnostik hinaus und ermöglicht es, biografische Belastungen umfassend zu analysieren. Sie liefert somit die Grundlage für die Entwicklung gezielter, bedarfsgerechter Interventionen.

Hinsichtlich der Beantwortung der eingangs formulierten Forschungsfrage bzw. der weiterführenden Unterfragen kann folglich festgehalten werden, dass Vereinsamung im Alter eine schwerwiegende Belastung darstellt, die das körperliche und psychische Wohlbefinden beeinträchtigen und das Risiko für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit erheblich erhöhen kann. Kritische Lebensereignisse führen ggf. zu einem Verlust von Sozialkontakten oder Rollen. Diese Veränderungen können negative Folgen für psychische und physische Gesundheit haben, das Selbstbild negativ beeinflussen, Gefühle der Einsamkeit hervorrufen und damit Vereinsamung begünstigen, die das Risiko für problematischen Alkoholkonsum erhöht. Alkohol kann in diesen genutzt werden, um negative Emotionen dämpfen und soziale Defizite kompensieren zu können. Je öfter Alkohol als Bewältigungsstrategie genutzt wird desto mehr steigt das Risiko dafür, dass er andere, gesündere Bewältigungsstrategien ersetzt. Gleichzeitig führt eine Alkoholabhängigkeit oft

zu weiterer sozialer Isolation, Rückzug und Stigmatisierung, wodurch ein Teufelskreis entstehen kann.

Die lebensphasenspezifischen Umstände, die Vereinsamung im Alter begünstigen können, sind vielfältig. Neben dem Verlust von Bezugspersonen durch deren Tod oder Krankheit spielen der Rückzug aus sozialen Rollen, altersbedingte Mobilitätsprobleme und gesundheitliche Einschränkungen eine zentrale Rolle. Hinzu kommen ggf. altersbedingte Diskriminierungserfahrungen, die ältere Menschen zusätzlich isolieren können.

Besonderheiten in der Behandlung älterer, alkoholabhängiger Menschen ergeben sich folglich aus altersbedingten Veränderungen des Individuums und dessen Umfeld. Eine umfassende und altersangepasste Diagnostik sowie lebensphasenspezifische Therapieansätze sind daher entscheidend. Für eine erfolgreiche Behandlung ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen, Ärzt*innen, Pflegepersonal und Angehörigen essenziell. Angehörige nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein, da sie häufig die ersten sind, die problematische Verhaltensmuster bemerken und Betroffene zur Wahrnehmung von Unterstützungsangeboten motivieren können. Zusätzlich sind spezialisierte Rehabilitations- und Pflegeangebote notwendig, die Herausforderungen wie Einsamkeit und Trauer adressieren. Diese sind in Deutschland jedoch selten und es bedarf dringend eines flächendeckenderen Ausbaus. Selbsthilfegruppen leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Rückfällen und fördern durch den sozialen Austausch mit anderen Betroffenen die langfristige Abstinenz. Sie bieten älteren Menschen die Möglichkeit, aus der Isolation herauszutreten und schaffen Räume für gegenseitige Unterstützung und sozialen Austausch.

In Hinblick auf die Implikationen der Ergebnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit zeigt sich deutlich, dass ein ganzheitlicher Ansatz erforderlich ist, um der komplexen Beziehung zwischen Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit gerecht werden zu können. Dies umfasst die Förderung der sozialen Teilhabe sowie die Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien gemeinsam mit den Betroffenen und verdeutlicht einmal mehr die Schlüsselrolle, die die Soziale Diagnostik in der Unterstützung und Behandlung älterer, alkoholabhängiger Menschen spielt, da sie sowohl eine gezielte Planung von Interventionen als auch eine effektivere Nutzung vorhandener Ressourcen ermöglicht. Durch ihre multiperspektivische Betrachtung ermöglicht sie eine differenzierte Analyse individueller Lebensumstände und hilft bei der Identifikation von sozialen Netzwerken, Ressourcen und Barrieren, die essenziell für die Prävention und Behandlung von Vereinsamung und Alkoholabhängigkeit sind. Besonders wichtig ist in diesem Kontext auch die Erkenntnis, dass soziale Netze eine zentrale Rolle als Schutzfaktor einnehmen. Ihre gezielte Einbindung in die Hilfeplanung stellt daher einen Schlüsselaspekt in der Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen dar. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Suchthilfeeinrichtungen, geriatrischen Diensten und medizinischen Institutionen wird durch die fundierten Analysen der Sozialen Diagnostik erleichtert.

Ebenso bildet sie die Basis für präventive und intervenierende Maßnahmen, die gezielt auf die Verringerung von Einsamkeit und die Förderung sozialer Teilhabe abzielen – eine rein medizinische Diagnostik, etwa anhand der diagnostischen Kriterien der ICD-10, kann dies allein nicht leisten. Dies verdeutlicht die besondere Rolle, die der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe zukommt.

Die vorliegende Arbeit hat dennoch Grenzen, die es zu berücksichtigen gilt. Eine Limitation liegt darin, dass der Fokus ausschließlich auf alkoholabhängige ältere Menschen gerichtet war, obwohl gerade in der Lebensphase Alter auch Medikamentenabhängigkeit ein bedeutendes und zunehmend relevantes Thema darstellt, das ebenfalls einer vertieften Betrachtung und weiterer Forschung bedarf.

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen dieser Arbeit nicht ausreichend berücksichtigt werden konnte und daher Gegenstand zukünftiger Forschung sein könnte, ist der Einfluss geschlechtsspezifischer und kultureller Faktoren auf Vereinsamung und die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit im Alter. Ebenso war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, weitere sozialarbeiterische Interventionen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Arbeit mit älteren, alkoholabhängigen Menschen zu analysieren. So wäre es beispielsweise denkbar, die Rolle und Wirksamkeit von zielgruppenspezifischen sozialraumorientierten Interventionen auf das subjektive Einsamkeitsempfinden älterer Menschen darzustellen und empirisch zu überprüfen. Auch wäre es sicherlich von großer Bedeutung, die Angebote von weiteren Rehabilitationseinrichtungen und Suchtberatungsstellen in Deutschland hinsichtlich ihres Angebotskatalogs in Bezug auf Vereinsamung und Trauerarbeit für die Zielgruppe zu untersuchen. Ein weiterer Ansatzpunkt könnte die Entwicklung und Evaluierung altersspezifischer Maßnahmen zur Förderung der Abstinenz sein.

Auch ist Vereinsamung im Alter - trotz des Risikos, welche sie hinsichtlich der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit darstellen kann - nicht der einzige Risikofaktor, den es bei der Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zu berücksichtigen gilt. Aus diesem Grund wäre es problematisch, sie als alleinigen oder primären Auslöser zu betrachten, da soziale, psychologische und gesundheitliche Einflussfaktoren bei der Entstehung von Suchterkrankungen auf komplexe Art und Weise ineinandergreifen. Zukünftige Forschung im Bereich Abhängigkeitserkrankungen im Alter muss sich daher unbedingt unterschiedlichen Risikofaktoren widmen, um die Entwicklung sowie den Ausbau zielgruppenspezifischer Angebote bestmöglich unterstützen zu können. Hier wird einmal mehr besonders deutlich, was bereits zuvor an mehreren Stellen innerhalb dieser Arbeit zur Sprache gekommen ist: Hinsichtlich der Forschung zu Alkoholabhängigkeitserkrankungen im Alter sowie der Bedeutung von Sozialkontakten für Prävention, Behandlung und Abstinenzförderung besteht weiterhin dringender Forschungsbedarf.

Literaturverzeichnis

- AMANN, ANTON (1990): In den biographischen Brüchen der Pensionierung oder der lange Atem der Erwerbsarbeit. In: Hoff, Ernst-Hartmut/Deutsches Jugendinstitut (Hg.). Die doppelte Sozialisation Erwachsener: zum Verhältnis von beruflichem und privatem Lebensstrang. München: DJI-Verl, 177–205.
- AMERICAN ADDICTION CENTERS (2024): 12 Questions About the 12-Steps: What is a Sponsor? URL: <https://americanaddictioncenters.org/blog/what-is-a-sponsor>. [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- ANDERSON, BENJAMIN O./BERDZULI, NINO/ILBAWI, ANDRE/KESTEL, DÉVORA/KLUGE, HANS P./KRECH, RÜDIGER/MIKKELSEN, BENTE/NEUFELD, MARIA/POZNYAK, VLADIMIR/REKVE, DAG/SLAMA, SLIM/TELLO, JUAN/FERREIRA-BORGES, CARINA (2023): Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. In: The Lancet Public Health. 8. Jg. (1). S. e6–e7. DOI: 10.1016/S2468-2667(22)00317-6.
- ANSEN, HARALD (2012): Soziale Diagnose in der fallbezogenen Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit und Diagnostik. 2012 (4), 15-19.
- ATCHLEY, ROBERT (1989): A Continuity Theory of Normal Aging. In: The Gerontologist. 29. Jg. (2). S. 183–190. DOI: 10.1093/geront/29.2.183.
- ATZENDORF, JOSEFINE/RAUSCHERT, CHRISTIAN/SEITZ, NICKI-NILS/LOCHBÜHLER, KIRSTEN/KRAUS, LUDWIG (2019): Gebrauch von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten. Schätzungen zu Konsum und substanzbezogenen Störungen in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt International [Preprint]. 116(35-36), 577-584 DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577.
- BACKES, GERTRUD/CLEMENS, WOLFGANG (2013): Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Alternsforschung. 4., überarbeitete und erweiterte Aufl. Weinheim: Beltz.
- BAREHAM, BETHANY KATE/KANER, EILEEN/SPENCER, LIAM/HANRATTY, BARBARA (2020): Health and social care providers' perspectives of older people's drinking: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. In: Age and Ageing. 49 (3), 453–467. DOI: 10.1093/ageing/afaa005.
- BARNES, HELEN/PARRY, JANE (2004): Renegotiating identity and relationships: men and women's adjustments to retirement. In: Ageing and Society. 24 (2), 213–233. DOI: 10.1017/S0144686X0300148X.
- BARTIG, SUSANNE (2022): Alter(n) und Migration in Deutschland. Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland. URL: https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-5326.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]

- BATRA, ANIL/MÜLLER, CHRISTIAN A./MANN, KARL/HEINZ, ANDREAS (2016): Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol: Diagnosis and Treatment Options. In: Deutsches Ärzteblatt international. 113(17), 301–310 DOI: 10.3238/arztebl.2016.0301.
- BERNER, FRANK/MOORMANN, JUDITH (2024): Eine neue Kultur des Alterns. Altersbilder in der Gesellschaft Erkenntnisse und Empfehlungen des Sechsten Altenberichts. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/eine-neue-kultur-des-alterns-77144> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- BIALOWONS, RAMONA (2014): Medikamentenabhängigkeit: Checkliste für Senioren. In: Deutsches Ärzteblatt. 111(21), A953. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/160301/Medikamentenabhaengigkeit-Checkliste-fuer-Senioren> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- BISCHOF, GALLUS/DEMMELE, RALF/FREYER-ADAM, JENNIS/HANNAK-ZELTNER, RENATE/HOCH, EVA/HUPFER, KRISTIN/KREMER, GEORG/MANN, KARL/NEUMANN, TIM/RUMPF, HANS-JÜRGEN/WIRTH, NADJA/HOFFMANN, SABINE/KIEFER, FALK (2020): Kurzinterventionen. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hg.). S3 Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF-Register Nr. 076-001, 56–71. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/076-001l_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- BLOW, FREDERIC C./BARRY, KRISTEN LAWTON (2000): Older Patients with At-Risk and Problem Drinking Patterns: New Developments in Brief Interventions. In: Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology. 13(3), 115–123. DOI: 10.1177/089198870001300304.
- BLOW, FREDERIC C./BROCKMANN, LAURIE M./BARRY, KRISTEN LAWTON (2004): Role of Alcohol in Late-Life Suicide. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 28(s1), 48S-56S DOI: 10.1111/j.1530-0277.2004.tb03603.x.
- BOMMERSBACH, TANNER J./LAPID, MARIA I./RUMMANS, TERESA A./MORSE, ROBERT M. (2015): Geriatric Alcohol Use Disorder. In: Mayo Clinic Proceedings. 90(5), 659–666. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.03.012.
- BRENNAN, PENNY L./MOOS, RUDOLF H./MERTENS, JENNIFER R. (1994): Personal and environmental risk factors as predictors of alcohol use, depression, and treatment-seeking: A longitudinal analysis of late-life problem drinkers. In: Journal of Substance Abuse. 6(2), 191–208. DOI: 10.1016/S0899-3289(94)90217-8.
- BRINKMANN, RALF (2014): Angewandte Gesundheitspsychologie. 1. Aufl. Pearson Deutschland.
- BROMAN, CLIFFORD L. (2016): The Availability of Substances in Adolescence: Influences in Emerging Adulthood. In: Journal of Child & Adolescent Substance Abuse. 25(5), 487–495. DOI: 10.1080/1067828X.2015.1103346.

- BÜKER, CHRISTA (2019): Die Pflegebeziehung – Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In: Lademann, Julia/Büker, Christa (Hg.). Beziehungsgestaltung in der Pflege. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 2. Jg., 15–43.
- BUNDESINSTITUT FÜR ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE (BfArM) IM AUFTRAG DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT (BMG) UNTER BETEILIGUNG DER ARBEITSGRUPPE ICD DES KURATORIUMS FÜR FRAGEN DER KLASSIFIKATION IM GESUNDHEITSWESEN (KKG) (2024): ICD-10-GM Version 2025. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). In: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hg.). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2025/block-f10-f19.htm> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- BÜRKLE, STEFAN/FLEISCHMANN, HERIBERT/KOCH, ANDREAS/LEUNE, JOST/RAISER, PETER/RATZKE, KATHARINA/WALTER-HAMAN, RENATE/WESSEL, THEO/ABSTEIN, HANS JOACHIM/BEIERLEIN, HANS/BRAUN, BARBARA/DAUBER, HANNA/FUHRMANN, KLAUS/HARDELING, ANDREA/HÖTZER, UTE/JANßEN, HEINZ-JOSEF/KRATZ, DIRK/LEHMANN, MARC/NAUNDORFF, JÜRGEN/NEUGEBAUER, FRIEDERIKE/PETERS-STEINWACHS, BARBARA/PFEIFFER-GERSCHEL, TIM/RUMMEL, CHRISTINA/RÜNGER, DAGMAR/SCHNEIDER, WIEBKE/SCHNEIDER, FRANZISKA/TESSLOFF, JANINA (2019): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.). URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- BUTTNER, PETER/GAHLEITNER, SILKE BIRGITTA/HOCHULI-FREUND, URSULA/RÖH, DIETER (Hg.) (2018): Handbuch Soziale Diagnostik: Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Hand- und Arbeitsbücher H24. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- BUTTNER, PETER (2024): Soziale Diagnostik in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag. UTB.
- CARITASVERBAND DÜSSELDORF E.V. (2020): Caritas-Altenzentrum St. Josef. URL: https://www.caritas-duesseldorf.de/export/sites/caritas-duesseldorf/.content/.galleries/downloads/200031_Hausflyer_CAZ_St.Josefshaus_210x210_8s_500Stck_Update_03.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- CARR, DEBORAH/JEFFREYS, JOHN S. (2011): Spousal bereavement in later life. In: Neimeyer, Robert A./Harris, Darcy L./Winokuer, Howard R./Thornton, Gordon F. (Hg.). Grief and Bereavement in Contemporary Society. Bridging Research and Practice. New York: Routledge. 81–92.
- CEDERBAUM, ARTHUR I. (2012): Alcohol Metabolism. In: Clinics in Liver Disease. 16(4) DOI:10.1016/j.cld.2012.08.002. URL: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC3484320&blobtype=pdf> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]

- CIHLAR, VOLKER/REINWARTH, ANNA/LIPPKE, SONIA (2022): Einsamkeit im Alter: die geografische und psychosoziale Perspektive. In: Teti, Andrea/Nowossadeck, Enno/Fuchs, Judith/Künemund, Harald (Hg.). Wohnen und Gesundheit im Alter. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 55–76.
- CLEMENS, WOLFGANG (2005): Erwerbsarbeit und Tätigkeiten im Alter. In: Schumpelick, Volker/Vogel, Bernhard (Hg.). Alter als Last und Chance: Beiträge des Symposiums vom 30. September bis 3. Oktober 2004 in Cadenabbia. Freiburg-Basel-Wien: Herder. 378–406.
- CONNOR, JASON P./HABER, PAUL S./HALL, WAYNE D. (2016): Alcohol Use Disorders. In: The Lancet. 387(10022), 988–998. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00122-1.
- CRUMP, CASEY/SUNDQUIST, KRISTINA/SUNDQUIST, JAN/WINKLEBY, MARILYN (2014): Sociodemographic, Psychiatric and Somatic Risk Factors for Suicide: A Swedish National Cohort Study. In: Psychological Medicine 44(2), 279–89 DOI: 10.1017/S0033291713000810
- CUMMING, ELAINE/HENRY, WILLIAM E. (1961): Growing Old: The Process of Disengagement. New York: Basic Books.
- DAHLBERG, LENA/MCKEE, KEVIN J./FRANK, AMANDA/NASEER, MAHWISH (2022): A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. In: Aging & Mental Health. 26(2), 225–249. DOI: 10.1080/13607863.2021.1876638.
- DANNEFER, DALE (2003): Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 58(6), 327–337. DOI: 10.1093/geronb/58.6.S327.
- DAUBER, HANNA/POGARELL, OLIVER/KRAUS, LUDWIG/BRAUN, BARBARA (2018): Older adults in treatment for alcohol use disorders: service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes. In: Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 13(1) DOI: 10.1186/s13011-018-0176-z.
- DE LEO, DIEGO (2022): Late-life suicide in an aging world. In: Nature Aging. 2(1), 7–12. DOI: 10.1038/s43587-021-00160-1.
- DE VRIES, BRIAN/JOHNSON, COLLEEN (2002): The death of friends in later life. In: Advances in Life Course Research. 7. Jg., 299–324. DOI: 10.1016/S1040-2608(02)80038-7.
- DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN E.V. (Hg.) (1987): Selbsthilfegruppen-Unterstützung: Ein Orientierungsrahmen. Gießen.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (o.J.): Rehabilitation bei Suchterkrankungen. URL: https://www.dhs.de/suchthilfe/rehabilitation_ [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (2015): Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. 7. Aufl. Hamm.

- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (2023): Was Sucht-Selbsthilfe ausmacht. URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/DHS_Grundsatzpapier_Was_Sucht-Selbsthilfe_ausmacht.pdf. [Zugriffsdatum: 07. Januar 2025]
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (o.J.): Reha bei Abhängigkeitserkrankungen. URL: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Sucht-Reha/sucht-reha.html> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND (2024): Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Abhängigkeit. 19. Auflage. Berlin. URL: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnungsgsbehandlung.html> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- DIAKO NORDFRIESLAND GMBH (2024): Abhängigkeit bei älteren Menschen. URL: https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Rehabilitation/DIAKO-NF_Reha_Sucht_im_Alter.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- DIAKONIEVERBUND SUCHT IN DER REGION OSNABRÜCK - EMSLAND - DIEPHOLZ (O.J.): Ambulante Rehabilitation. URL: <https://www.suchtberatungsstelle.de/angebote/ambulante-rehabilitation.html> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- DYKSTRA, PEARL A./VAN TILBURG, THEO G./GIERVELD, JENNY DE JONG (2005): Changes in Older Adult Loneliness: Results From a Seven-Year Longitudinal Study. In: *Research on Aging*. 27(6), 725–747. DOI: 10.1177/0164027505279712.
- EHNI, HANS-JÖRG (2016): Was ist Biogerontologie? In: Spindler, Mone/Dietrich, Julia/Ehni, Hans-Jörg (Hg.). *Diskurs Biogerontologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 27–54.
- EMILIUSSEN, JAKOB/NIELSEN, ANETTE SØGAARD/ANDERSEN, KJELD (2017): Identifying Risk Factors for Late-Onset (50+) Alcohol Use Disorder and Heavy Drinking: A Systematic Review. In: *Substance Use & Misuse*. 52(12), 1575–1588. DOI: 10.1080/10826084.2017.1293102.
- ENGEL, GEORGE L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: *Science*. 196(4286), 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
- ERNST, MAREIKE (2024): *Einsamkeit – Modelle, Ursachen, Interventionen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- ETZERSDORFER, ELMAR (2024): Suizidprävention im Alter: Bedeutung depressiver Störungen und Implikationen für die Diskussion um den assistierten Suizid. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 57(3), 186–191. DOI: 10.1007/s00391-024-02303-6.
- FERRARO, KENNETH F./SHIPPEE, TETYANA P. (2009): Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin? In: *The Gerontologist*. 49(3), 333–343. DOI: 10.1093/geront/gnp034.
- FINLAYSON, RICHARD E./HURT, RICHARD D./DAVIS, LEO J./MORSE, ROBERT M. (1988): Alcoholism in Elderly Persons: A Study of the Psychiatric and Psychosocial Features of 216 Inpatients. In: *Mayo Clinic Proceedings*. 63(8), 761–768. DOI: 10.1016/S0025-6196(12)62355-6.

- FISCHER, MARGRET/PUTZ-ERATH, LEA/KILK, DOROTHEA/ZIMMERMANN, MONIKA (2020): Wozu soziale Diagnostik? Begriffsverständnis, Annahmen, Forschungsstand und Praxisbezug. In: Beratung Aktuell Zeitschrift für Theorie und Praxis der Beratung. 2020(3), 4–22.
- FLEISCHMANN, HERIBERT (2015): Entwöhnungsbehandlung Alkoholabhängiger und andere Formen der Postakutbehandlung. In: PSYCH up2date. 9(02), 73–88. DOI: 10.1055/s-0041-100326.
- FRANKE, ANNETTE/HEUSINGER, JOSEFINE/KONOPIK, NADINE/WOLTER, BIRGIT (2017): Kritische Lebensereignisse im Alter - Übergänge gestalten. Auflage: 1.2.11.17. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). URL: <https://shop.bzga.de/pdf/60640049.pdf> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- GAERTNER, BEATE/SCHIEDT-NAVE, CHRISTA/KOSCHOLLEK, CARMEN/FUCHS, JUDITH (2023): Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. DOI: 10.25646/11564. URL: <https://edoc.rki.de/handle/176904/11288> [Zugriffsdatum: 06. Januar 2025]
- GAHLEITNER, SILKE (2018): Identität und soziale Beziehungen. In: Buttner, Peter/Gahleitner, Silke Birgitta/Hochuli-Freund, Ursula/Röh, Dieter (Hg.) Handbuch Soziale Diagnostik: Perspektiven und Konzepte für die Soziale Arbeit. Hand- und Arbeitsbücher H24. Freiburg: Lambertus-Verlag. 44-54.
- GAMPER, MARKUS/SEIDEL, JULIA/KUPFER, ANNETT/KEIM-KLÄRNER, SYLVIA/KLÄRNER, Andreas (2020): Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheiten – Soziale Netzwerke im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In: Klärner, Andreas/Gamper, Markus/Keim - Klärner, Sylvia/Moor, Irene/von der Lippe, Holger/Vonneilich, Nico (eds). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Wiesbaden: Springer VS. 273-307.
- GEMS, DAVID (2009): Eine Revolution des Alterns: Die neue Biogerontologie und ihre Implikationen. URL: https://www.ucl.ac.uk/~ucbtdag/Gems_German_2009.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- GERSTORF, DENIS/RAM, NILAM/MAYRAZ, GUY/HIDAJAT, MIRA/LINDENBERGER, ULMAN/WAGNER, GERT G./SCHUPP, JÜRGEN (2010): Late-Life Decline in Well-Being across Adulthood in Germany, the UK, and the US: Something Is Seriously Wrong at the End of Life. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). URL: <https://www.econstor.eu/handle/10419/150831> [Zugriffsdatum: 11. Dezember 2024].
- GOODWIN, DONALD W. (1979): The Cause of Alcoholism and Why It Runs in Families. In: British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs (74), 161-164. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1979.tb02424.x.
- GRAHAM, EILEEN K./BECK, EMORIE D./JACKSON, KATHRYN/YONEDA, TOMIKO/MCGHEE, CHLOE/PIERAMICI, LILY/ATHERTON, OLIVIA E./LUO, JING/WILLROTH, EMILY C./STEPTOE, ANDREW/MROCZEK, DANIEL K./ONG, ANTHONY D. (2024): Do We Become More Lonely With Age? A Coordinated Data Analysis of Nine Longitudinal Studies. In: Psychological Science. 35(6), 579–596. DOI: 10.1177/09567976241242037.
- GRAHAM, KATHRYN/CLARKE, DELLA/BOIS, CHRISTINE/CARVER, VIRGINIA/DOLINKI, LOUISE/SMYTHE, CYNTHIA/HARRISON, SUSAN/MARSHMAN, JOAN/BRETT, PAMELA (1996): Addictive behavior of

- older adults. In: *Addictive Behaviors*. 21(3), 331–348. DOI: 10.1016/0306-4603(95)00065-8.
- GROSS, WERNER (2016): Was Sie schon Immer über Sucht wissen wollten. Berlin, Heidelberg: Springer.
- GUTKIND, SARAH/GORFINKEL, LAUREN R./HASIN, DEBORAH S. (2022): Prospective Effects of Loneliness on Frequency of Alcohol and Marijuana Use. In: *Addictive Behaviors*. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.107115.
- HAHMANN, JULIA (2019): Gemeinschaft, Netzwerke und soziale Beziehungen im Alter. In: Schroeter, Klaus R./Vogel, Claudia/Künemund, Harald (Hg.). *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 1–23.
- HAJEK, ANDRÉ/KÖNIG, HANS-HELMUT (2024): Migrationshintergrund und Einsamkeit im mittleren und hohen Alter in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. 67(10), 1137–1143. DOI: 10.1007/s00103-024-03923-4.
- HANSJÜRGENS, RITA (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe. In: Buttner, Peter/Gahleitner, Silke/Hochuli Freund, Ursula/Röh, Dieter (Hg.). *Soziale Diagnostik in den Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit: Handbuch Soziale Diagnostik Band II*. 1. Auflage. Berlin: Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. 214–227.
- HAVIGHURST, ROBERT J. (1961): Successful Aging. In: *The Gerontologist* 1(1). 1. März 1961. 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>.
- HAWKLEY, LOUISE C./CACIOPPO, JOHN T. (2010): Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. In: *Annals of Behavioral Medicine*. 40(2), 218–227. DOI: 10.1007/s12160-010-9210-8.
- HEATH, DWIGHT B. (2001): Culture and substance abuse. In: *Psychiatric Clinics of North America*. 24(3), 479–496. DOI: 10.1016/S0193-953X(05)70242-2.
- HOFF, TANJA (2018): Psychotherapie mit Älteren bei Sucht und komorbiden Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- HOKEMA, ANNA/SCHERGER, SIMONE (2016): Working Pensioners in Germany and the UK: Quantitative and Qualitative Evidence on Gender, Marital Status, and the Reasons for Working. In: *Journal of Population Ageing*. 9(1–2), 91–111. DOI: 10.1007/s12062-015-9131-1.
- HOLMES, THOMAS H./RAHE, RICHARD H. (1967): The social readjustment rating scale. In: *Journal of Psychosomatic Research*. 11(2), 213–218. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4.
- HOLT-LUNSTAD, JULIANNE/SMITH, TIMOTHY B./BAKER, MARK/HARRIS, TYLER/STEPHENSON, DAVID (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. In: *Perspectives on Psychological Science*. 10(2), 227–237. DOI: 10.1177/1745691614568352.
- HOLT-LUNSTAD, JULIANNE/SMITH, TIMOTHY B./LAYTON, J. BRADLEY (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. In: *PLoS Medicine*. 7(7) DOI: 10.1371/journal.pmed.1000316.

- HOLT-LUNSTAD, JULIANNE/STEPTOE, ANDREW (2022): Social isolation: An underappreciated determinant of physical health. In: *Current Opinion in Psychology*. 43. Jg., 232–237. DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.07.012.
- HUXHOLD, OLIVER/BÜNNING, MAREIKE/SIMONSON, JULIA (2023): Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit im Einkommen und sozialer Integration in der zweiten Lebenshälfte. URL: https://www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Fact_Sheets/DZA-Fact_Sheet_Der_Zusammenhang_zwischen_sozialer_Ungleichheit_im_Einkommen_und_sozialer_Integration_in_der_zweiten_Lebenshaelfte.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- HUXHOLD, OLIVER /MICHE, MARTINA/SCHÜZ, BENJAMIN (2014): Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 69(3), 366–375. DOI: 10.1093/geronb/gbt029.
- JOHANNESSEN, AUD/TEVIK, KJERSTIN/ENGEDAL, KNUT/TJELTA, THOMAS/HELVIK, ANNE-SOFIE (2022): Family' members experiences of their older relative's alcohol and substance misuse. In: *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 17(1) DOI: 10.1080/17482631.2022.2094059.
- JOHN, ULRICH/FREYER-ADAM, JENNIS/BAUMANN, SOPHIE/ULBRICHT, SABRINA/RUMPF, HANS-JÜRGEN/MEYER, CHRISTIAN (2020): Soziale Unterschiede als Schlüssel zur Reduktion von Krankheit. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hg.). *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer. 80–88.
- JOHNSON, COLLEEN L./TROLL, LILLIAN E. (1994): Constraints and Facilitators to Friendships in Late Late Life. In: *The Gerontologist*. 34(1), 79–87. DOI: 10.1093/geront/34.1.79.
- JOST, ANNEMARIE (2024): Selbsthilfegruppe. In: *socialnet Lexikon* URL: https://www.socialnet.de/lexikon/Selbsthilfegruppe#quelle_ref. [Zugriffsdatum: 07. Januar 2025]
- KANER, EILEEN/BEYER, FIONA R./MUIRHEAD, COLIN/CAMPBELL, FIONA/PIENAAR, ELIZABETH D./BERTHOLET, NICOLAS/DAEPPEN, JEAN B./SAUNDERS, JOHN B./BURNAND, BERNARD (2018): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(6) DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.
- KASPAR, ROMAN/WENNER, JUDITH/TESCH-RÖMER, CLEMENS (2023): Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. In: Kaspar, Roman/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens/Wagner, Michael/Zank, Susanne (Hg.). *Hohes Alter in Deutschland*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 8. Jg., 89–118.
- KIEFER, FALK/ADON, NICOLE/BISCHOF, GALLUS/FRICKE, ERNST/HANSJÜRGENS, RITA/MUELLER, SEBASTIAN/PREUß, ULRICH W. (2022): Alkoholabhängigkeit. 10. überarbeitete Auflage. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.) URL: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmedizinische_Reihe_1_Alkoholabha%CC%88ngigkeit_BFREI.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]

- KLAUS, DANIELA/BAYKARA-KRUMME, HELEN (2017): Die Lebenssituationen von Personen in der zweiten Lebenshälfte mit und ohne Migrationshintergrund. In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia Katharina/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 359–379.
- KLINGEMANN, HARALD (2001): Alkohol und die sozialen Folgen – die vergessene Dimension. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (Hg.) URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347413/WHO-EURO-2001-3851-43610-61277-ger.pdf> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- KOLLAND, FRANZ/ANER, KIRSTEN (2019): Soziale Bedingungen von Gesundheit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 52(2). 113–115. DOI: 10.1007/s00391-019-01524-4.
- KUERBIS, ALEXIS/SACCO, PAUL/BLAZER, DAN G./MOORE, ALISON A. (2014): Substance Abuse Among Older Adults. In: Clinics in Geriatric Medicine. 30(3), 629–654. DOI: 10.1016/j.cger.2014.04.008.
- KUHN, SILKE/HAASEN, CHRISTIAN (2009): ABSCHLUSSBERICHT. Repräsentative Erhebung zum Umgang mit suchtmittelabhängigen älteren Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg/Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Hg.) URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/ZIS_Langfassung_Sucht_Pflege.pdf. [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- KÜNEMUND, HARALD (2005): Altersgrenzen aus der Sicht der Soziologie. In: Schumpelick, Volker/Vogel, Bernhard (Hg.). Alter als Last und Chance. Freiburg. 527–538.
- KÜNEMUND, HARALD; VOGEL, CLAUDIA (2024): ‚Produktives‘, ‚aktives‘ und ‚erfolgreiches‘ ‚Alter(n)‘ – Begriffe und Szenarien, in: Pfaller, Larissa/Schweda, Mark (Hrsg.), „Successful Aging“? Leitbilder des Alterns in der Diskussion, 1st ed. 2024., Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (Altern & Gesellschaft), 13–38, DOI: 10.1007/978-3-658-41465-8.
- LASLETT, PETER (1996): A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age. 2nd edition. London: Macmillan Press.
- LEJEUNE, CONSTANCE/ROMEU GORDO, LAURA/SIMONSON, JULIA (2017): Einkommen und Armut in Deutschland: Objektive Einkommenssituation und deren subjektive Bewertung. In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia Katharina/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 97–110.
- LEMKE, SONNE/MOOS, RUDOLF H. (2003): Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. In: Journal of Substance Abuse Treatment. 24(1), 43–50. DOI: 10.1016/S0740-5472(02)00321-5.
- LEOPOLD, LILIYA/ENGELHARDT, HENRIETTE (2011): Bildung und Gesundheitsungleichheit im Alter: Divergenz, Konvergenz oder Kontinuität?: Eine Längsschnittuntersuchung mit SHARE.

- In: KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 63(2), 207–236. DOI: 10.1007/s11577-011-0133-6.
- LESSENICH, STEPHAN (2015): Kernthemen und Konzepte der Alternssoziologie. In: Wahl, Hans-Werner/Heyl, Vera (Hg.). Gerontologie - Einführung und Geschichte. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 157–160.
- LIBERTO, JOSEPH G./OSLIN, DAVID W. (1995): Early Versus Late Onset of Alcoholism in the Elderly. In: International Journal of the Addictions. 30(13–14). 1799–1818. DOI: 10.3109/10826089509071056.
- LIEL, KATRIN (2020): Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag der Sozialen Arbeit. In: Rummel, Christina/Gaßmann, Raphael (Hg.). Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin. Stuttgart: Kohlhammer. 69–79.
- LINDENBERGER, ULMAN (2008): Was ist kognitives Altern? Begriffsbestimmung und Forschungstrends. In: Staudinger, Ursula M./Häfner, Heinz (Hg.). Was ist Alter(n)? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 18. Jg., 69–82.
- LINDENMEYER, JOHANNES (2011): Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen, Hans-Ulrich/Hoyer, Jürgen (Hg.). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 743–766.
- LINDNER, REINHARD/DRINKMANN, ARNO/SCHNEIDER, BARBARA/SPERLING, UWE/SUPPRIAN, TILLMANN (2022): Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 55(2), 157–164. DOI: 10.1007/s00391-022-02030-w.
- LUKAS SUCHTHILFEZENTRUM HAMBURG-WEST (2022): Ambulante Rehabilitation. URL: <https://www.lukas-suchthilfezentrum.de/app/download/6041666786/Flyer%20ambulante%20Therapie%20Lukas%20Suchthilfezentrum.pdf?t=1724059249> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- MAHNE, KATHARINA/HUXHOLD, OLIVER (2017): Nähe auf Distanz: Bleiben die Beziehungen zwischen älteren Eltern und ihren erwachsenen Kindern trotz wachsender Wohnentfernungen gut? In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia Katharina/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 215–230.
- MAHNE, KATHARINA/WOLFF, JULIA K./SIMONSON, JULIA/TESCH-RÖMER, CLEMENS (2017): Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey. In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia Katharina/Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hg.). Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 11–28.
- MAYER, ANNE-KATHRIN/ROTHERMUND, KLAUS (2009): Altersdiskriminierung. In: Beelmann, Andreas/Jonas, Kai J. (Hg.). Diskriminierung und Toleranz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 215–240.
- MCCRADY, BARBARA/FLANAGAN, JULIANNE (2021): The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. In: Alcohol Research: Current Reviews. 41(1):06. DOI: 10.35946/arcr.v41.1.06.

- MERRICK, ELIZABETH L./HORGAN, CONSTANCE M./HODGKIN, DOMINIC/GARNICK, DEBORAH W./HOUGHTON, SUSAN F./PANAS, LEE/SAITZ, RICHARD/BLOW, FREDERIC C. (2008): Unhealthy Drinking Patterns in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 56(2), 214–223. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01539.x.
- MEYER, CHRISTINE (2010): Die Bedeutung von Peerbeziehungen im Alter – Freundschaften im Alter und ihr Einfluss auf Alternsprozesse. In: Harring, Marius/Böhm-Kasper, Oliver/Rohlf, Carsten/Palentien, Christian (Hg.). *Freundschaften, Cliques und Jugendkulturen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 167–185.
- MOEYERSONS, MARIKA/DE Vlieghe, KRISTEL/HUYGHE, BROOKE/DE GROOF, SACHA/MILISEN, KOEN/DE CASTERLÉ, BERNADETTE DIERCKX (2022): 'Living in a shrinking world'—The experience of loneliness among community-dwelling older people with reduced mobility: a qualitative grounded theory approach. In: *BMC Geriatrics*. 22(1) DOI: 10.1186/s12877-022-02998-5.
- MOOS, RUDOLF H./MOOS, BERNICE S. (2004): The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. In: *Drug and Alcohol Dependence*. 75(2), 155–164. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2004.01.016.
- MUSHTAQ, RAHEEL/SHOIB, SHEIKH/SHAH, TABINDHA/MUSHTAQ, SAHIL (2014): Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. In: *Journal of clinical and diagnostic research*. 8(9) DOI: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828.
- NAEGELE, GERD (2022): Die häusliche Pflege älterer Menschen in Deutschland – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In: Waldenberger, Franz/Naegele, Gerd/Kudo, Hiroko/Matsuda, Tomoo (Hg.). *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 63–83.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2024): Substance Use and Co-Occurring Mental Disorders. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347413/WHO-EURO-2001-3851-43610-61277-ger.pdf> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- NAUERTH, MATTHIAS (2016): Verstehen in der Sozialen Arbeit: Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer VS.
- NEPPL, TRICIA K./DIGGS, OLIVIA N./CLEVELAND, MICHAEL J. (2020): The Intergenerational Transmission of Harsh Parenting, Substance Use, and Emotional Distress: Impact on the Third-Generation Child. In: *Psychology of Addictive Behaviors*. 34(8), 852–863. DOI: 10.1037/adb0000551.
- NEUGARTEN, BERNICE L. (1974): Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old. In: *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*. 415(1), 187–198. DOI: 10.1177/000271627441500114.
- NOWOSSADEK, SONJA/ENGSTLER, HERIBERT (2013): *Familie und Partnerschaft im Alter*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. URL: https://www.researchgate.net/publication/258705640_Familie_und_Partnerschaft_im

_Alter?enrichId=rgreq-d6bcb9271b556ee91c4725ea8409dda4-
XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzI1ODcwNTY0MDtBUzoxMDMyOTQ4NzY2MzY4Nj
dAMTQwMTYzODgyNTE3Ng%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf
[Zugriffsdatum: 11. Dezember 2024].

- PANTUČEK-EISENBACHER, PETER (2019): Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- PARK, CAROLINE/MAJEED, AMNA/GILL, HARTEJ/TAMURA, JOCELYN/HO, ROGER C./MANSUR, RODRIGO B./NASRI, FLORA/LEE, YENA/ROSENBLAT, JOSHUA D./WONG, ELIZABETH/MCINTYRE, ROGER S. (2020): The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. In: Psychiatry Research. 294. Jg. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113514.
- PARKMAN, THOMAS JAMES/LLOYD, CHARLIE/SPLISBURY, KAREN (2015): Self-Help Groups for Alcohol Dependency: A Scoping Review. In: Journal of Groups in Addiction & Recovery. 10(2), 102–124. DOI: 10.1080/1556035X.2015.1034824.
- PERLMAN, DANIEL/PEPLAU, LETITIA A. (1981): Toward a Social Psychology of Loneliness. Personal relationships. 3: Personal relationships in disorder. London: Academic Press. 31–56.
- PETERSEN, RAINER (2021): Konzept der DIAKO Nordfriesland gGmbH für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. URL: https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025].
- PFLEGEN&WOHNEN ÖJENDORF (2019): Standort-Flyer Öjendorf. URL: <https://files.pflegenundwohnen.de/ojendorf/puw-flyer-oj-2019-07-29-web.pdf> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- REIMANN, HELGA/REIMANN, HORST (Hg.) (1994): Einleitung: Gerontologie - Objektbereich und Trends. In: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hg.). Das Alter: Einführung in die Gerontologie. 3., neu bearb. Aufl. Aufl. Stuttgart: Enke. 1–29.
- RICHTER-KORNWEITZ, ANTJE/HOLZ, GERDA/KILIAN, HOLGER (2023): Präventionskette – Integrierte kommunale Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung und Prävention. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten. S. Strategien und Methoden. DOI: 10.17623/BZGA:Q4-I093-2.0.
- RIGLER, SALLY (2000): Alcoholism in the Elderly. In: American Family Physician. 61(6). URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2000/0315/p1710.html> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- RÖH, DIETER (2020): Soziale Diagnostik in der Suchthilfe – eine geschichtliche und theoretische Herleitung. In: Hansjürgens, Rita/Schulte-Derne, Frank (Hg.). Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit: mit 15 Abbildungen und 7 Tabellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 13–20.
- ROSENMAYR, LEOPOLD/KÖCKEIS, EVA (1965): Umwelt und Familie alter Menschen. Neuwied & Berlin.

- ROWE, JOHN W./KAHN, ROBERT L. (1997): Successful Aging. In: *The Gerontologist* 37(4), 433–440. DOI: 10.1093/geront/37.4.433.
- RUMMEL, CHRISTINA/LEHNER, BIRGIT/KEPP, JOLANTHE (2024): Daten, Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hg.). *DHS Jahrbuch Sucht 2024*. Lengerich: Pabst Science Publishers. 9–38.
- RUPPRECHT, ROLAND (2008): Psychologische Theorien zum Alternsprozess. In: Oswald, Wolf D./Gatterer, Gerald/Fleischmann, Ulrich (Hg.). *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*. Wien: Springer Wien. 13–25.
- SAUNDERS, JOHN B./DEGENHARDT, LOUISA/REED, GEOFFREY M./POZNYAK, Vladimir (2019): Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 43(8), 1617–1631. DOI: 10.1111/acer.14128.
- SCHELLING, HANS R. (2003): Der Alltag alter Menschen. URL: https://www.researchgate.net/publication/309121438_Der_Alltag_alter_Menschen [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- SCHERGER, SIMONE (2020): Alter, Arbeit und Ruhestand. In: Schroeter, Klaus R./Vogel, Claudia/Künemund, Harald (Hg.). *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. 1–32.
- SCHMID, ULLA/ WALTER, MARC (2022): Einsame Trinker*innen: Eine qualitative Studie über die Verflechtung von Einsamkeit und Alkoholabhängigkeit. In: *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*. 24(4). 1–11.
- SCHMITZ, ALINA (2021): Geschlechterunterschiede bei Depressionen im Alter: Risikofaktoren und Bewältigungsressourcen im europäischen Vergleich. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- SCHRAPPER, CHRISTIAN (2004): Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. In: Heiner, Maja (Hg.). *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit: Ein Handbuch*. Freiburg: Lambertus-Verlag. 40–54.
- SCHUTTE, KATHLEEN K./BRENNAN, PENNY L./MOOS, RUDOLF H. (1998): Predicting the Development of Late-Life Late-Onset Drinking Problems: A 7-Year Prospective Study. In: *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 22(6), 1349–1358. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03918.x>
- SEELHÖFER, BENNO (2018): In Düsseldorf gibt es ein nicht ganz typisches Altenheim. URL: <https://www.nrz.de/staedte/duesseldorf/article213462817/in-duesseldorf-gibt-es-ein-nicht-ganz-typisches-altenheim.html> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025].
- SKEWES, MONICA C./GONZALEZ, VIVIAN M. (2013): The Biopsychosocial Model of Addiction. In: *Principles of Addiction. Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders*. Elsevier. 61–70.
- SMITH, MARK A. (2021): Social Learning and Addiction. In: *Behavioural Brain Research*. DOI: 10.1016/j.bbr.2020.112954.

- SOYKA, MICHAEL (2001): Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. In: Deutsches Ärzteblatt. 98 (42), A2732–A2736.
- SPALLEK, JACOB/OLIVER RAZUM (2016): Migration und Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer VS. 153–166.
- SPITZER, MANFRED (2016): Einsamkeit – erblich, ansteckend, tödlich. In: Nervenheilkunde 35(11), 734–741. DOI: 10.1055/s-0037-1616442.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) (2016): Ältere Menschen in Deutschland und der EU. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Publikationen/Downloads-Bevoelkerungsstand/broschuere-aeltere-menschen-0010020169004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriffsdatum: 10. Dezember 2024].
- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) (2019): Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebroschuere-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile [Zugriffsdatum: 10. Dezember 2024].
- STEWART, ROBERT B./LI, TING-KAI (1997): The Neurobiology of Alcoholism in Genetically Selected Rat Models. In: Alcohol Health and Research World. 21(2), 169–176.
- TARTLER, RUDOLF (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.
- TAUBE, ELIN/JAKOBSSON, ULF/MIDLÖV, PATRIK/KRISTENSSON, JIMMIE (2016): Being in a Bubble: The Experience of Loneliness among Frail Older People. In: Journal of Advanced Nursing. 72(3), 631–640. DOI: 10.1111/jan.12853.
- TESCH-RÖMER, CLEMENS (2010): Soziale Beziehungen alter Menschen. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- TESCH-RÖMER, CLEMENS (2023): Theorien der sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Alternsforschung. In: Hank, Karsten/Wagner, Michael/Zank, Susanne (Hg.). Alternsforschung. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. 49–82.
- TEWS, HANS PETER (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hg.). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters: Alternde Gesellschaft - Folgen für die Politik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 15–42.
- TEWS, HANS PETER (1994): Alter und Altern in unserer Gesellschaft. In: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hg.). Das Alter. De Gruyter. 30–74.
- UTZ, REBECCA L./SWENSON, KRISTIN L./CASERTA, MICHAEL/LUND, DALE/DEVRIES, BRIAN (2014): Feeling Lonely Versus Being Alone: Loneliness and Social Support Among Recently Bereaved Persons. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 69B(1), 85–94. DOI: 10.1093/geronb/gbt075.

- VALTORTA, NICOLE K./KANAAN, MONA/GILBODY, SIMON/HANRATTY, BARBARA (2018): Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. In: *European Journal of Preventive Cardiology*. 25(13), 1387–1396. DOI: 10.1177/2047487318792696.
- VOßMANN, ULRICH/GEYER, DIETER (2006): Abhängigkeitserkrankungen im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*. 19(4), 221–227. DOI: 10.1024/1011-6877.19.4.221.
- WAERN, MARGDA (2003): Alcohol dependence and misuse in elderly suicides. In: *Alcohol And Alcoholism*, 38(3) DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg060> URL: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/agg060> [Zugriffsdatum: 10. Dezember 2024].
- WAHL, HANS-WERNER/HEYL, VERA (2015): *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- WARD, MARK/BRIGGS, ROBERT/KENNY, ROSE ANNE (2024): Social disconnection correlates of a "Wish to Die" among a large community-dwelling cohort of older adults. In: *Frontiers in Public Health*. 12. Jg. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1436218.
- WEISS, ROBERT S. (1973): *Loneliness. The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge/Mass.: MIT Press.
- WETTERLING, TILMAN (2021): *Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- WEYERER, SIEGFRIED (2009): Riskanter Alkoholkonsum im höheren Lebensalter. In: *SUCHT*. 55(5), 262–265. DOI: 10.1024/2009.05.01.
- WILLBERG, HANS-ARVED (2023): *Einsamkeit und Vereinsamung: Ein interdisziplinärer Überblick mit Impulsen für Praxis und Politik*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- WOLF, LUIS (2024): Alkoholsucht bei Senioren bleibt ein Problem. URL: <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/alkoholismus-alkoholsucht-senioren-rentner-100.html> [Zugriffsdatum: 28. Dezember 2024].
- WOLTER, DIRK K. (2011): *Sucht im Alter - Altern und Sucht: Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- WOLTER, DIRK K. (2018): Altgewordene Suchtkranke. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 51(7), 758–769. DOI: 10.1007/s00391-018-1440-6.
- WOLTER, DIRK K. (2015): Alkohol im Alter: Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkoholbezogene Störungen. In: *Humanmedizin kompakt*. DOI: 10.1007/s40355-015-0053-1.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2018): *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> [Zugriffsdatum: 04. Januar 2025]

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023): Beim Alkoholkonsum gibt es keine gesundheitlich unbedenkliche Menge. URL: <https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health> [Zugriffsdatum: 03. Januar 2025]
- ZHANG, XIN/LIN, HONGMEI (2021): Disengagement Theory. In: Gu, Danan/Dupre, Matthew E. (Hg.). Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham: Springer International Publishing. 1471–1476.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Pinneberg, den 13.01.2025

Ort, Datum



Unterschrift