

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
1. REHABILITATION VON SUCHTKRANKEN	3
1.1 DEFINITION	3
1.2 GESETZLICHE VERANKERUNG	5
1.3 REHABILITATION IM SUCHTHILFESYSTEM	6
1.3.1 HISTORISCHER RÜCKBLICK.....	6
1.3.2 ABLÄUFE IM HEUTIGEN SUCHTHILFESYSTEM	7
1.4 ÜBERGÄNGE ALS RISIKOFAKTOR	9
2. SOZIALE NETZWERKE UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG	11
2.1 HISTORISCHER ABRISS	11
2.1.2 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG	15
2.2 NETZWERKGEFAHREN	16
2.2.1 BELASTENDE ASPEKTE SOZIALER NETZWERKE	17
2.2.2. NEGATIVE ASPEKTE SOZIALER UNTERSTÜTZUNG	18
2.2.3 CO-ABHÄNGIGKEIT	19
2.3 URSACHEN UND AUSWIRKUNGEN VON SUCHTERKRANKUNGEN	20
2.3.1 URSACHEN	20
3. DAS SOZIALE NETZWERK IM REHABILITATIONSPROZESS	25
3.2 ANGEBOTE DER SOZIALEN ARBEIT	28
3.2.1 NETZWERKANALYSE ALS METHODE DER SOZIALEN ARBEIT	28
3.2.2 ARBEIT MIT NETZWERKKARTEN	30
3.2.3 ANGEBOTE ZUM NETZWERKAUFBAU IN DER NACHSORGE	31
3.4 SELBSTHILFEGRUPPEN	32
4. EXEMPLARISCHE FALLDARSTELLUNG	33
4.1 BIOGRAPHIE UND SUCHTVERLAUF	34
4.2 DARSTELLUNG DES REHABILITATIONSPROZESS	35
4.3 ANALYSE DES SOZIALEN NETZWERKS ALS EINFLUSSFAKTOR	37
5. SCHLUSSBETRACHTUNG	40
6. LITERATURVERZEICHNIS	42
QUELLENVERZEICHNIS	44
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	45
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	46

EINLEITUNG

Die Wege in und aus einer Suchterkrankung sind vielseitig und oft durch eine Verflechtung komplexer Einflussfaktoren gekennzeichnet. Die Soziale Arbeit leistet im Bereich des Suchthilfesystems einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von suchtkranken Menschen und bietet Unterstützung auf dem Weg einer gelingenden Rehabilitation. Die Zusammenarbeit mit weiteren Fachdisziplinen, auf dem langen und oft schwierigen Weg der Entwöhnungsbehandlung, ist dabei unerlässlich. Hierbei zeichnet sich die Soziale Arbeit durch ihren interdisziplinären Blick aus, sie versucht ihre Adressat*innen in Bezug zu ihren jeweiligen Lebenswelten wahrzunehmen. In der Suchtkrankenhilfe ist diese Vorgehensweise besonders wichtig, da die Lebenswelten drogenabhängiger Menschen in der Regel stark von der gesellschaftlichen Norm abweichen.

Die Deutsche Rentenversicherung verzeichnete im Jahr 2013 die Durchführung von 51.211 Entwöhnungsbehandlungen. Diese Zahl bedeutet im Vergleich zu den vorherigen Jahren (2009 waren es z.B. noch 57.456) zwar eine Senkung (vgl. DRV, 2014, S.26), dennoch stellen diese 51.211 Rehabilitand*innen eine signifikante Zahl an Empfänger*innen von Rehabilitationsleistungen dar. Besonders wichtig erscheint die Gruppe der Rehabilitand*innen von Abhängigkeitserkrankungen, wenn man den Grundsatz der Rentenversicherung „Reha vor Rente“ bedenkt. Mit einem Durchschnittsalter von gerade mal 41,5 Jahren stellen sie die Gruppe der jüngsten Rehabilitand*innen dar (vgl. DRV, 2014, S.31). Der Rehabilitationsprozess von süchtigen Menschen muss in der Regel vielseitiger gestaltet werden als herkömmliche Rehabilitationsleistungen, wie beispielsweise eine Maßnahme nach einem Knochenbruch. Bei Antritt einer Rehabilitationsleistung stehen suchtkranke Menschen meist vor einem komplexen Geflecht an Problemlagen. Ein Grund hierfür sind die vielseitigen Auswirkungen einer Abhängigkeitserkrankung, die den physischen, psychischen und sozialen Zustand der Betroffenen negativ beeinflussen können (vgl. Hochgürtel, 2015, S.15). Bei der Rehabilitation geht es darum einen früheren Zustand wiederzuerlangen, deshalb darf das Augenmerk bei einer Entwöhnungsbehandlung nicht nur auf den physischen Zustand der Rehabilitanden*innen liegen. Eine erfolgreiche Rehabilitation der Gesundheit geht mit sozialer Integration einher. Zudem ist die Einhaltung von Abstinenz für ein zufriedenes Leben alleine nicht ausreichend.

Aus diesem Grund soll in dieser Arbeit untersucht werden, inwieweit das soziale Netzwerk als Einflussfaktor auf einen gelingenden Rehabilitationsprozess von suchtkranken Menschen angesehen werden kann. Des Weiteren sollen Angebote der Sozialen Arbeit dargelegt werden, um im Anschluss die Interventionen auf ihre Potentiale und Grenzen als unterstützende Maßnahmen im Hilfeprozess zu analysieren.

Nachdem das Forschungsinteresse dieser Arbeit definiert wurde, soll nun kurz der Aufbau dieser Arbeit erläutert werden. Um sich der Beantwortung der Fragestellung zu nähern, wird in Kapitel 1 zuerst einmal auf den Begriff der Rehabilitation eingegangen und danach der Rehabilitationsprozess im Suchthilfesystem erläutert. Hierbei sollen die verschiedenen Möglichkeiten und Stationen des Prozesses aufgezeigt werden. Das Gesamthilfesystem soll auch deshalb kurz dargestellt werden, um einen Eindruck davon zu bekommen, wie sich die Betroffenen teilweise von einem Angebot zum nächsten „vorarbeiten“ und sich dementsprechend immer wieder aufs Neue motivieren müssen. Mögliche Probleme bei den Übergängen (gemeint ist der Wechsel des Rehabilitationszustands) sollen hierbei auch thematisiert werden. Das nächste Kapitel umfasst den Aspekt soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Nach einer generellen Auseinandersetzung mit sozialen Netzwerken und den Faktoren von sozialer Unterstützung, wird die Soziale Netzwerkarbeit als eine konkrete Arbeitsmethode dargestellt. Im Hinblick auf die Fragestellung sollen dann soziale Netzwerke als Ursache einer Abhängigkeitserkrankung untersucht werden. Ferner folgt eine Untersuchung möglicher Auswirkungen, wie beispielsweise eine soziale Isolation als Folge einer Suchterkrankung. Abschließend zu diesem Thema werden die Angebote und Interventionen der Sozialen Arbeit zur Förderung beziehungsweise zum (Wieder)aufbau eines stabilen Netzwerks dargelegt. Um die Komplexität und Verflechtung von Suchterkrankungen und sozialer Netzwerke zu veranschaulichen, wird anschließend der Rehabilitationsprozess eines ehemaligen Klienten des Suchthilfesystems als Fallbeispiel dargestellt. Es folgt eine Analyse des Falls, inwieweit das soziale Netzwerk Einfluss auf die Rehabilitation nimmt und inwieweit die Interventionen der Sozialen Arbeit als unterstützend bewertet werden können. Mit einem abschließenden Fazit wird die Thesis dann enden.

1. REHABILITATION VON SUCHTKRANKEN

Dieses Kapitel widmet sich der Rehabilitation von Suchtkranken. Zuerst erfolgt eine Annäherung an eine Begriffsbestimmung von „Rehabilitation“ und Angaben zur Verankerung der Leistungen zur Rehabilitation im Sozialgesetzbuch (SGB). Darauf folgt der genauere Blick auf die Rehabilitation von Suchtkranken, wozu erst ein kurzer historischer Rückblick zur Entwicklung der Suchtkrankenhilfe geliefert wird und daraufhin die aktuellen Möglichkeiten des Hilfesystems dargelegt werden.

1.1 DEFINITION

Die Weltgesundheitsorganisation definiert den Begriff der Rehabilitation wie folgt:

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO, 2016)

Eine weitere Definition, herausgegeben vom Fachverband für Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) beschreibt Rehabilitation folgend:

„Rehabilitation ist als Prozess zu verstehen, in dem unterschiedliche Hilfen für die betroffenen Menschen entsprechend ihrem individuellen Hilfebedarf - zeitlich parallel oder hintereinander - eingesetzt werden. Dieser Prozess soll unter Berücksichtigung der persönlich relevanten Kontextfaktoren ein möglichst eigenständiges Leben ermöglichen.“ (fdr, 2016)

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation weist auf die Diversität der Interventionen im Bereich der Rehabilitation hin. In der zweiten Definition ist dagegen nur die Rede von unterschiedlichen Hilfen ohne eine konkretere Bestimmung der Leistungen. Allerdings betont die Definition des fdr's die Anpassung der Hilfen an den individuellen Hilfebedarf der Rehabilitanden*innen. In beiden Definitionen wird abschließend die Erreichung eines eigenständigen Lebens, Partizipation und Unabhängigkeit der Klient*innen als erstrebenswert betont. Es sollten diese zwei Definitionen aufgezeigt werden, da sie zwar unterschiedliche Aspekte betonen, jedoch ein gemeinsames Hauptziel verfolgen.

Rehabilitation bedeutet im Allgemeinen die Bestrebung zu einem ehemals vorhandenen Zustand zurückzukehren (vgl. Beise, Heimes, Schwarz, 2013, S.36). Wie aus den zwei Definitionen hervorgeht, findet Rehabilitation auf verschiedenen Ebenen statt. Es gibt die medizinische, die berufliche und die soziale Rehabilitation. Die medizinische Rehabilitation zielt auf die Wiederherstellung des vorherig existierenden körperlichen Zustands ab (Beise, et al, 2013, S.36). Diese Leistung steht allen Menschen zu, auch wenn sie nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen (ebd., 2013, S.36). Die berufliche Rehabilitation hat, wie der Name schon sagt, die Reintegration der Rehabilitanden*innen in den Arbeitsmarkt als Ziel (hierbei wird auch von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gesprochen). Aufgabe der sozialen Rehabilitation ist den Betroffenen eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Oft fallen mehrere Bereiche der Rehabilitation im Gesamtbehandlungsprozess zusammen. Dieses erfordert ein hohes Maß an interdisziplinärer Arbeit. Anwarter*innen verschiedener Fachdisziplinen wie Ärzte und Ärztinnen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Ergotherapeut*innen müssen dabei zusammenarbeiten. Die Rehabilitationsleistungen können sowohl ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt werden. Das Hauptarbeitsfeld der Sozialen Arbeit liegt hierbei im Bereich der sozialen Rehabilitation.

Damit eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden kann, müssen die Bedürftigkeit und die Fähigkeit zur Rehabilitation sowie eine Rehabilitationsprognose vorliegen. Eine Bedürftigkeit besteht dann, wenn eine Einschränkung der physischen und psychischen Funktionen vorliegt, welche Aktivitäten und Partizipation des Betroffenen beeinträchtigen (vgl. fdr, 2006, S.5). Bei der Rehabilitationsfähigkeit geht es ebenfalls um die somatische und psychische Verfassung, allerdings ist hierbei der Blick auf die Motivierbarkeit bzw. Belastbarkeit der Adressat*innen gerichtet, wonach geurteilt werden soll, ob die Inanspruchnahme einer Entwöhnungsleistung gerechtfertigt ist (vgl. ebd., S.5). Der letzte Punkt, die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über den Erfolg der Leistung. Um den Erfolg einer Maßnahme zu bewerten wird das Ausmaß beurteilt, inwieweit eine Person häusliche und familiäre Verantwortung übernehmen kann. Zusätzlich wird geprüft inwieweit die Person in Erwerbsarbeit eingebunden ist und ihr Leben und ihre Freizeit zu ihrer Zufriedenheit gestalten kann (vgl. ebd., S.5).

1.2 GESETZLICHE VERANKERUNG

Die gesetzlichen Vorgaben zur Rehabilitation sind im SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – verankert. Die Leistungen stehen von Behinderung betroffener und von Behinderung bedrohter Menschen zu. Gemäß §2 SGB IX gilt eine Person als behindert, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit einer Person mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Wenn dieser Zustand in Zukunft zu erwarten ist, gilt eine Person als von Behinderung bedroht.

Im ersten Absatz des §4 SGB IX „Leistungen zur Teilhabe“ wird die Zielsetzung der Durchführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen definiert:

„(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

- 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder*
- 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.*
- 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder*
- 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“*

Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geht es darum, die Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen, um ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Vorrangig soll versucht werden die Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern. Ist dies nicht oder noch nicht möglich kommen auch der zweite und dritte Arbeitsmarkt in Frage (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S.11).

Die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben die gesellschaftliche Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zum Ziel. Als Leitziel ist hier auch die Unabhängigkeit von Pflege durch soziale Dienste zu nennen. Die Partizipation am allgemeinen sozialen Leben soll ermöglicht werden, des Weiteren soll die Chancengleichheit gewahrt werden, sich an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens beteiligen zu können (vgl. ebd., S.11).

1.3 REHABILITATION IM SUCHTHILFESYSTEM

In diesem Kapitel sollen die Abläufe und die daran beteiligten Einrichtungen des Rehabilitationsprozesses im Suchthilfesystem der Bundesrepublik Deutschlands vorgestellt werden.

1.3.1 HISTORISCHER RÜCKBLICK

Die Vielfalt der Angebote in unserem Suchthilfesystem und vor allen Dingen die Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Klientel in der Suchthilfe hat sich erst in den letzten Jahren entwickelt. Wenn man hierfür nach den Ursachen forscht, stellt man fest, dass süchtiges Verhalten lange Zeit nicht als Krankheit bewertet wurde (Gilles, 2004, S.153). Abhängigkeit wurde als Ausdruck von Charakter- und Willensschwäche sowie als moralische Entgleisung angesehen, sodass süchtige Menschen nicht als hilfebedürftig deklariert wurden (Gilles, 2004, S.153). Als Reaktion erfolgten vielmehr erzieherische und bestrafende Interventionen, die teilweise in Zucht- und Arbeitshäusern vollzogen wurden (ebd. S.153). Die medizinische Beachtung und Beurteilung von süchtigen Verhalten erfolgte erst im 19. Jahrhundert. Eine mögliche Erklärung hierfür könnten die veränderten Arbeits- und Lebensverhältnisse während der Industrialisierung sein, die unter anderem auch zur Ausbreitung des Elendsalkoholismus führten (ebd. S.153). Es dauerte ein weiteres Jahrhundert, bis im Jahr 1968 die Alkoholabhängigkeit durch ein Urteil des Bundessozialgerichts als eigenständige Krankheit anerkannt wurde (ebd. S.153). Dieses Urteil ebnete den Weg zur Entwicklung des Suchthilfesystems, das immer weiter den spezifischen Anforderungen und den differenzierten Krankheitsverläufen der Klientel angepasst werden konnte.

1.3.2 ABLÄUFE IM HEUTIGEN SUCHTHILFESYSTEM

Heutzutage ist das Suchthilfesystem facettenreich und auf die Heterogenität der Adressat*innen abgestimmt. Die Angebotsstruktur der heutigen Suchthilfelandchaft lebt von der Vernetzung und Zusammenarbeit von Einrichtungen mit verschiedenen Schwellenwerten und verschiedenen Orientierungen der Angebote. Die niedrigschwelligen Einrichtungen, die akzeptierende Drogenarbeit leisten und Überlebenshilfen bieten, sind dabei ebenso wichtig wie Einrichtungen, die abstinenzorientiert arbeiten (vgl. Schay, 2013, S.25). Der Rehabilitationsprozess im Suchthilfesystem kann vielseitig gestaltet werden. In diesem Abschnitt sollen die Möglichkeiten der Rehabilitation und die verschiedenen Einrichtungen, welche die Leistungen durchführen, vorgestellt werden.

Der Entschluss eine Suchtberatungsstelle aufzusuchen ist in der Regel der erste Schritt, damit ein Hilfeprozess eingeleitet werden kann. Auslöser ist idealerweise die eigene Problemeinsicht, oftmals spielt allerdings der Druck durch Angehörige oder Freund*innen die ausschlaggebende Rolle. Als weiterer häufig vertretender Faktor ist außerdem justizieller Druck zu sehen, der den Anstoß zur Rehabilitation leistet (gemeint ist hierbei §35 Btmg „Therapie statt Strafe“). Als Voraussetzung zum Antritt einer Rehabilitationsleistung muss eine Abhängigkeit vorliegen, die als rehabilitativ eingeschätzt wird. Durch den ICD-10 wird Abhängigkeit definiert als:

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. 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 infolge dessen eine Erhöhung der Dosis und manchmal auch ein körperliches Entzugssyndrom“ (WHO, 2013)

Zur Diagnose von Abhängigkeit müssen laut der WHO mindestens drei der folgenden Kriterien vorliegen, die in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind:

- 1. in starker Wunsch oder eine Art Zwang, ein Suchtmittel zu konsumieren*
- 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums des Suchtmittels.*
- 3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.*

4. *Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Mengen des Suchtmittels erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Mengen erforderlich.*
5. *Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.*
6. *Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).* (WHO, 2013)

Abzugrenzen gilt der schädliche Gebrauch von psychotropen Substanzen. Dieser stellt in der Regel keine Indikation für eine Suchtrehabilitation dar (Leitlinien DRV, 2010, S.27).

Vor Antritt einer Entwöhnung wird in der Regel eine Entgiftung durchlaufen. Diese Leistung wird von der Krankenkasse übernommen (vgl. DRV, 2015, S.9). Darauf folgt dann die Entwöhnungsbehandlung. Diese Leistung wird auf die Lebensumstände der Klient*innen abgestimmt. Sie kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. Die Leistung wird bei der Rentenversicherung beantragt; Voraussetzung hierfür ist die Zahlung von Versicherungsbeiträgen von mindestens 6 Monaten. Dem Rentenversicherungsträger muss dann ein medizinisches Gutachten sowie ein Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle vorgelegt werden, in dem die angestrebte Leistungsbewilligung differenziert begründet wird (vgl. DRV, 2010, S.22). Bei Rehabilitationsbedürftigkeit kann dann eine stationäre Kurz- oder Langzeittherapie oder eine ambulante Entwöhnung bewilligt werden. Die Art und Dauer variiert, Einflussfaktoren sind dabei die aktuellen Lebensumstände der Suchtkranken und das Konzept in der die Rehabilitationsleistung durchgeführt wird. Ausschlaggebend ist weiterhin von welcher Substanz die Klient*innen abhängig sind. Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit werden Therapien von 10 bis 16 Wochen durchgeführt, bei Drogenabhängigkeit kann die Entwöhnungsbehandlung bis zu 26 Wochen dauern. Die Kurzzeittherapien erstrecken sich auf bis zu acht, beziehungsweise auf 12 bis 16 Wochen (erstes gilt hierbei wieder für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) (vgl. ebd., S.30).

Bei der ambulanten Suchtrehabilitation gilt es zwischen ganztägig ambulanter Therapie und längerfristiger Therapie, die ausschließlich aus Einzel- und Gruppengesprächen besteht, zu unterscheiden. Ist der Klient ganztägig ambulant betreut, be-

trägt die Dauer 12 (Alkohol- und Medikamentensucht) bzw. 16 Wochen (Drogen-sucht), bei längerfristigen Therapieformen kann sich die Therapie auf einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten erstrecken (vgl. ebd., S.30).

Nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung können weitere Hilfen angeschlossen werden, die zur Sicherung des Therapieerfolges dienen sollen. Ein Angebot ist die ambulante Rehabilitationsnachsorge, dabei handelt es sich um Einzel- und Gruppengespräche, die sich auf ein halbes Jahr erstrecken (vgl. ebd., S.31). Ziel ist es hierbei die erarbeiteten Schwerpunkte der vorangegangenen Rehabilitationsleistung weiter zu verbessern und nachhaltig zu sichern (vgl. Trabert, Waller, 2013, S.179). Die Änderung der Lebensweise soll verfestigt werden, die Selbstwirksamkeitskompetenzen der Klient*innen sowie die persönlichen und sozialen Fähigkeiten gefördert werden (vgl., ebd., S.179). Genauere Ausführungen zum Thema der Nachsorge mit dem Schwerpunkt der Förderung der sozialen Kompetenzen erfolgen im Kapitel 3.2.

Eine weitere Möglichkeit der anschließenden Betreuung bietet die Adaption. Die Adaption schließt sich nahtlos an die Entwöhnungsbehandlung an und dauert in der Regel 16 Wochen (DRV, 2010, S.31). Diese Phase des Rehabilitationsprozesses dient zur Ablösung vom stationären Therapieprozess (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S.69) und wie auch die ambulante Nachsorge zur Sicherung des Therapieerfolgs. Auch die Adaption ist noch ein Teil des Gesamtrehabilitationsprozesses der medizinischen Rehabilitation. Besonders für wohnungs- oder arbeitslose suchtkranke Menschen, die durch diese Umstände rückfallgefährdeter sind als andere Klient*innen, bietet die Adaption eine gute Möglichkeit die erlangten Therapieergebnisse zuerst noch in einem geschützten, stationären Rahmen zu erproben (vgl. DRV, 2010, S.31). Genauere Informationen über die inhaltlichen Schwerpunkte der Nachsorge und Adaption folgen in Kapitel 3.2.2.

1.4 ÜBERGÄNGE ALS RISIKOFAKTOR

Das Urteil des Bundessozialgerichts, bei dem Sucht als eine Krankheit anerkannt wurde, ebnete den Weg für die differenzierten Angebote zur Rehabilitation der heutigen Suchthilfelandchaft. Dennoch wird eine Abhängigkeitserkrankung in weiten Teilen der Gesellschaft anders wahrgenommen, als andere Krankheiten. Sucht als eine Krankheit anzuerkennen, bedeutet auch ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass die Erlangung von Abstinenz nicht als eine vollkommene Genesung angesehen werden darf. Mit der Abstinenz beginnt eine lebenslange Aufgabe, die darin besteht mit

seiner Krankheit umzugehen und damit leben zu können (vgl. Bachmann, El-Akhras, 2014, S.19). Wie das Teilkapitel 1.3.2 zeigt, ist der Weg von dem Erstkontakt (beispielsweise in einer niedrighschwelligem Beratungsstelle), einer eventuellen Entgiftung und dem Erreichen von Abstinenz mit vielen Wechslen der Einrichtungen verbunden. Hierauf soll ein besonderes Augenmerk gelegt werden, da sich diese Übergänge von einem ins nächste Stadium als schwierig erweisen können. Der Wechsel in ein neues Stadium bedeutet eine Änderung der Situation, wodurch Irritationen ausgelöst werden können. Bachmann und El-Akhras weisen darauf hin, dass diese Übergänge psychisch besonders belastend erlebt werden und ihnen somit ein hohes Maß an Aufmerksamkeit gewidmet werden muss (vgl. ebd., S.230). Der Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung stellt sich dabei oft als am schwierigsten heraus. Kufner weist darauf hin, dass die Änderung des Verhaltens während der Phase des Übergangs zwischen Therapie und Realsituation im Alltag noch wenig gefestigt ist (vgl. Kufner, 2015, S.22). Mit „der Änderung des Verhaltens“ ist in diesem Fall z.B. das Anwenden von neu erlernten Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien gemeint, die den Umgang mit schwierigen Situationen (wie etwa akuter Suchtdruck) erleichtern sollen. Damit diese Übergänge reibungslos ablaufen, sind differenzierte Ressourcen wichtig, deren Stärkung man folgenderweise als Aufgabe an die mitwirkenden Einrichtungen des Rehabilitationsprozesses richten sollte. Weinhold und Nestmann schreiben diesbezüglich:

„In den Phasen des Abschieds von Gewesenem, des Ankommens und Lebens im Neuen und den verunsichernden ‚Zwischenzonen‘ zwischen Vergangenheit und Zukunft (Bridges 2004) helfen uns Ressourcen in emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs-, Aktions- und Reflexionsanforderungen. Neben den individuellen bio-psycho-sozialen Copingressourcen auf der einen Seite und den ökonomischen, energie- und sozialökologischen Ressourcen auf der anderen Seite haben sich soziale Ressourcen als besonders präventiv, kurativ und rehabilitativ bedeutsam und wirksam herausgestellt (Nestmann 2004). (Weinhold, Nestmann, 2012, S.53).

Mit Abschluss der Entwöhnungsbehandlung verschieben sich der Kontext und der Fokus der zu bewältigenden Aufgaben der Klient*innen. Während der Entwöhnung haben die Klient*innen den Halt in der vertrauten Gruppe, der ihnen hilft die Beschäf-

tigung mit primär innerseelischen Vorgängen zu bewältigen. Nach Beendigung der Entwöhnung bildet die Bewältigung von sozialen Aufgaben den Schwerpunkt der weiteren Rehabilitation (vgl. Wiegand, 2000, S.161). Hierbei sind die von Nestmann und Weinhold angesprochenen sozialen Ressourcen von wichtiger Bedeutung. Nachdem in diesem Kapitel ein Überblick zum Thema Rehabilitation im Suchthilfesystem gegeben wurde, wird sich das zweite Kapitel nun den sozialen Ressourcen widmen um daraufhin den Prozess der Rehabilitation mit dem Thema sozialer Rückhalt zu verknüpfen.

2. SOZIALE NETZWERKE UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

In der heutigen Zeit werden mit dem Begriff „soziale Netzwerke“ hauptsächlich Online-Communitys wie etwa Facebook, Twitter und co. assoziiert. In dieser Arbeit findet jedoch eine Auseinandersetzung statt, die soziale Netzwerke im Sinne von Röhrle als *„Gesamt an sozialen Beziehungen zwischen einer definierten Menge von Personen, Rollen und Organisation“* (Röhrle, 1994, S.1) ansieht. Die Sozialität der Menschen ist einer der wichtigsten Bestandteile und Qualitäten des Lebens, sie zählt als anthropologische Grundannahme der Menschheit (vgl. Scheiblich, 2004, S.124).

Die Komplexität des Themas sowie das vorhandene Interesse seitens diverser Forschungsbereiche führen dazu, dass die Annahmen und Forschungsergebnisse nicht generalisierbar sind. Es fehlt teilweise an Abgegrenztheit der Aussagen, weshalb in diesem Kapitel nur auf ausgewählte Bereiche des Konzepts von sozialen Netzwerken und sozialer Unterstützung eingegangen wird, die zur Verknüpfung mit der Rehabilitation von Suchtkranken am relevantesten erscheinen.

2.1 HISTORISCHER ABRISS

Das Zusammenspiel von Individuen innerhalb sozialer Geflechte trat schon oft in den Fokus von Forschenden. Der Sozialanthropologe John Barnes prägte den Begriff als er 1954 das Beziehungsgeflecht der Bewohner*innen eines norwegischen Fischerdorfs untersuchte und die Beziehungen, also die Verknüpfungen der Menschen untereinander, mit einem Fischernetz verglich. Jeder Knoten des Fischernetzes symbolisiert dabei eine*n Bewohner*in, die Verbindungsstränge zwischen den Knoten stehen für das Muster von interaktiven Beziehungen innerhalb des Dorfs (vgl. Hochgürtel, 2015, S.47). Die einzelnen Menschen können hierbei entweder direkt oder indi-

rekt miteinander verbunden sein. Somit kann jeder Knoten als Mittelpunkt eines eigenständigen Netzes gesehen werden, welches wiederum bedingt, dass die Netze offen sind und keine definierten Grenzen haben. Des Weiteren ist zu beachten, dass soziale Netzwerke keine starren Gefüge sind, sondern wandlungsfähige Geflechte, die ihre strukturellen Gegebenheiten ändern können. Das soziale Netzwerk einer Person ist stets individuell, geprägt durch diverse Faktoren wie beispielsweise biographisch bedingte Einflüsse auf die Lebenssituation oder auch persönliche Charakteristika. Trotz der Individualität sozialer Netzwerke kann mit Blick auf die Geschichte festgestellt werden, dass sich im Wandel der Zeit die Gesellschaft und resultierend daraus die vorherrschenden Netzwerkstrukturen stark verändert haben. Folglich muss bei der Betrachtung von Netzwerken immer der zeitliche Kontext bedacht werden (vgl. Hochgürtel, 2015, S.48).

Bedingt durch das „ein Haus“ Modell der vormodernen (oder auch Agrar-) Gesellschaft, in dem das Leben (Wohnen) und Arbeiten am gleichen Ort stattfand, waren die Netzwerke der damaligen Zeit hauptsächlich lokal und familienbezogen. Im Zuge der Industrialisierung kam es dann zu einer Trennung von Wohn- und Arbeitsstätte. Diese Trennung brachte eine Auflösung der über Jahrhunderte hinweg bestehender, sozialer Bindungen mit sich (vgl. Bullinger, Nowak, 1998, S.28).

„Netzwerke sind nicht das Ergebnis individueller Beliebigkeit, sondern das Ergebnis eines Vergesellschaftungsprozess, der auf die historischen Chancen und Beschränkungen zurückzuführen ist. Entsprechend sind die spezifischen Webmuster der sozialen Beziehungen, welche von den Menschen der Gegenwartsgesellschaft unterhalten werden, das Resultat aus den spezifischen, strukturellen Bedingungen der modernen Gesellschaft.“ (Hochgürtel, 2015, S.48)

Die strukturellen Bedingungen unserer modernen Gesellschaft führen zu höchst differenzierten Netzwerken. Zur Unterscheidung gibt es eine Dreiteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Netzwerke. Das primäre und sekundäre Netzwerk wird auch als informelles Netzwerk bezeichnet, bei tertiären Netzwerken ist die Rede von formellen Netzwerken.

Kennzeichnend für das primäre oder auch persönlich lokal-gemeinschaftliche Netzwerk ist, dass man es sich entweder selbst ausgewählt hat oder in das Netzwerk

hineingeboren wurde. Das heißt es geht um den mikrosozialen Lebensbereich, der in vier Unterbereiche aufgeteilt werden kann (vgl. Bullinger, Nowak, 1998, S.70):

1. Familiäres Netzwerk: Kernfamilie
2. Verwandtschaftliches Netzwerk: weitere Verwandtschaft neben der Kernfamilie
3. Nachbarschaftliches Netzwerk: Kontakte und Beziehungen zu Menschen im Wohnumfeld
4. Freundschaftliches Netzwerk: Freunde und Bekannte; kennzeichnend ist hierbei, dass die Netzwerkbeziehungen selbst initiiert wurde

Das sekundäre Netzwerk, ehemals entstanden durch die Institutionalisierung unserer Gesellschaft, besteht hauptsächlich aus Organisationen und Bürokratien des Produktions- und des Reproduktionssektors. Gemeint sind damit soziale Institutionen wie Bildungseinrichtungen (Kindergarten, Schule, etc.), soziale Kontakte durch das Berufsleben oder auch durch Freizeitangebote (z.B. Sportvereine) (vgl. ebd., S.82).

Tertiäre Netzwerke sind zwischen den primären und sekundären Netzwerken einzuordnen. Diese „mittige“ Ansiedlung lässt sich auch auf die vorherrschende Funktion des tertiären Netzwerks übertragen. Es hält die Balance zwischen dem primären und sekundären Netzwerk und agiert als Vermittlungsinstanz. Gemeint sind hierbei zum einen Gruppen, die sich zusammengeschlossen haben um einen bestimmten Zweck zu verfolgen, wie etwa Selbsthilfegruppen aber auch Bürgerinitiativen oder NGO's. Des Weiteren fallen intermediäre, professionelle Dienstleistungen also auch Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Bereich der tertiären Netzwerke (vgl. ebd., S.85)

Anzumerken ist jedoch, dass diese Dreiteilung idealtypisch ist. In der Realität kann es zu Überschneidungen der drei Ebenen und ihren Akteuren kommen (vgl. Bruns, 2013, S.96). Weiterhin gilt zu beachten, dass die strukturellen Bedingungen unserer modernen Gesellschaft Chancen und Möglichkeiten zur Bildung von individualisierten und mobilen Lebensentwürfen bieten. Dies geht jedoch mit der Anforderung einher, passende Netzwerke zu dem aktuellen Lebensabschnitt zu finden und sie gegebenenfalls auch wieder zu verlassen (vgl. Sickinger, 2000, S.43). Also ist auch in Bezug auf die Netzwerke Mobilität gefordert. Die Netzwerke stehen jedoch nicht alle durch Zugehörigkeit (wie z.B. Familie) zur Verfügung, sondern müssen erschlossen werden (vgl. ebd., S.44). Für den konstruktiven Auf- und Abbau von Beziehungen sind Kompetenzen erforderlich, die in unserer Gesellschaft sehr unterschiedlich stark ausge-

prägt sind. Zur weiteren Bestimmung sozialer Netzwerke gibt es eine Vielzahl von Schemata zur Ordnung und Analyse der Eigenschaften eines Netzwerks. Durch das breitgefächerte Feld an Forschungsbereichen, die sich mit sozialen Netzwerken auseinandersetzen, liegen die Fokussierungen häufig an unterschiedlicher Stelle welches zu einer Vielzahl an Variablen zur Untersuchung und Analyse führt. Röhrle bietet zur Orientierung bei der Untersuchung von Netzwerken eine Liste von Merkmalen sozialer Netzwerke. Dies sind erstens die relationalen Merkmale, zweitens die kollektiv bzw. individuell bedeutsamen funktionalen Merkmale und als drittes Merkmale der Morphologie. Eine Ausdifferenzierung der Merkmale von Röhrle findet sich in der folgenden Tabelle.

Tabelle 1: Merkmale sozialer Netzwerke

- I. Relationale Merkmale
 - A. Starke vs. schwache Bindungen (Intimität, Intensivität)
 - B. Kontakthäufigkeit
 - C. Latente vs. aktualisierte Beziehungen
 - D. Dauer (Stabilität)
 - E. Multiplexe vs. uniplexe Beziehungen (Vielartigkeit der Beziehungsinhalte; z.B. diverse Rollenbeziehungen)
 - F. Egozentriertheit vs. Altruismus
 - G. Reziprozität
 - H. Homogenität
 - I. Grad der an Bedingungen geknüpften Zugänglichkeit
- II. Kollektiv und individuell bedeutsame funktionale Merkmale
 - A. Soziale Unterstützung (Sicherheit, Rückhalt usw.)
 - B. Soziale Kontrolle (Normübermittlung, Übermittlung von Werten)
- III. Merkmale der Morphologie
 - A. Größe (Zahl der Elemente; z.B. Personen, Organisationen, Nationen)
 - B. Dichte (Zahl der möglichen zu den tatsächlich vorhandenen Beziehungen)
 - C. Erreichbarkeit (Möglichkeit zur Herstellung von direkten und indirekten sozialen Beziehungen zwischen undefinierten oder definierten Mengen von Verknüpfungspunkten [Pfaden])
 - D. Zentralität (Grad der sozialen Integration)
 - E. Cluster/Cliquen (Zahl der partiell oder total abgrenzbaren, in sich dichten Netzwerkteile)
 - F. Sektoren/Zonen (Familie, Verwandte, Freunde usw.)

Tabelle 1: Merkmale sozialer Netzwerke (Röhrle, 1994, S.16)

Die relationalen Merkmale dienen der Beschreibung einzelner sozialer Beziehungen. Schaut man sich die Punkte A-I an, zielen viele Merkmale auf die Analyse der Intensivität einer Beziehung ab (vgl. ebd., S.17.) Die funktionalen Merkmale unter Nummer II spiegeln die Stabilität sozialer Netzwerke wider und kennzeichnen sie als selbsterhaltende- bzw. –regulierende Systeme (vgl. ebd., S.18). Die Gruppe III,

Merkmale der Morphologie wiederum zielen auf die Beschreibung der Struktur eines Netzwerks ab, die einzelnen sozialen Beziehungen werden hierbei nicht ins Augenmerk genommen, sondern das gesamte soziale Gefüge (vgl. ebd., S.19).

2.1.2 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG

Das soziale Netzwerk und die soziale Unterstützung sind differenziert zu betrachten. Das soziale Netzwerk stellt den Rahmen dar, in dem soziale Unterstützung stattfinden kann. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass als soziale Unterstützung keine einzelne Hilfeleistung zählt, sondern es um einen sozialen Austausch, also einen Prozess innerhalb eines sozialen Netzwerks geht (vgl. Bullinger, Nowak, 1998, S.102).

Beim Eintreten einer schwierigen Situation stellt das Netzwerk ein Potential an verfügbarer Unterstützung dar. Die Eigenschaften (also die Höhe) des Potentials hängen von der sozialen Situation der betroffenen Person ab (vgl. Laireiter, 1993, S.78). Auch zur sozialen Unterstützung und ihrer Wirkungsweise lassen sich in der Literatur vielerlei Definitionen finden. Die zur Analyse von sozialen Netzwerken wichtige Variable der Reziprozität findet hierbei geringere Beachtung. Als ein Unterstützungsnetzwerk werden soziale Beziehungen gesehen, in denen mindestens eine Person in der Beziehung eine Form von Hilfe erwarten kann (vgl. Bullinger, Nowak, 1998, S.102) Zur Präzisierung des Unterstützungsnetzwerks sollte dabei zwischen alltags- vs. krisenbezogener und modalitätsspezifischen Unterstützern differenziert werden (vgl. Laireiter, 1993, S.29).

Bei der Betrachtung der Wirkungsweise von sozialer Unterstützung haben sich zwei Effekte herausgestellt. Zum einen der Haupteffekt, auch Direkteffekt genannt und zum anderen der sogenannte Puffereffekt. Der Haupteffekt der sozialen Unterstützung besteht darin, dass eine Person ein gesteigertes Wohlbefinden hat, da sie sich auf Grund ihrer sozialen Einbettung abgesichert fühlt. Die Gewissheit die eigenen Emotionen, seien es Ängste, konkrete Probleme oder auch erfreuliche Dinge, mit anderen Menschen teilen zu können und in schwierigen Lebenssituationen nicht alleine dazustehen, stärkt die positive Befindlichkeit (vgl. Bullinger Nowak, 1998, S.104).

Der Puffereffekt hingegen zeigt sich beim Eintreten einer konkreten Belastungssituation. Die Auswirkungen eines Problems werden durch die soziale Unterstützung abgedämpft und mit Hilfe der Unterstützung kann die Belastung oft schneller bewältigt werden (vgl. ebd., S.105). Die betroffene Person muss die Situation nicht alleine

durchstehen, was automatisch zur Linderung der Belastung führt. Gahleitner und Homfeldt fassen zusammen, dass soziale Unterstützung eine Doppelfunktion habe:

„Stabile Bindungsverhältnisse und soziale Netzwerke dienen der momentanen Sicherheit und dem aktuellen psychischen Wohlbefinden, zugleich aber auch als Risikopuffer für die gesamte weitere Kompetenzentwicklung, Beziehungs- und Lebensgestaltung“ (Gahleitner, Homfeldt, 2013, S.496).

Soziale Unterstützung nimmt somit einerseits einen präventiven Charakter ein, andererseits trägt sie aktiv zur Überwindung von Krisen bei. Bei der Überwindung von Belastungssituationen liegt die Funktion entweder dabei eine Zustandsänderung bei der betroffenen Person oder in deren unmittelbaren Umgebung herbeizuführen (vgl. Perkonig, 1993, S.117). Soziale Unterstützung lässt sich allerdings nicht nur auf die emotionale Ebene reduzieren, es kann sich auch um Unterstützung anderer Art handeln, z.B. jemanden Geld zu leihen. Die verschiedenen Aspekte sozialer Unterstützung werden in der Literatur oft in Subtypen untergeordnet. Reithmayr bezieht sich auf Sommer und Fydrich und schlägt folgende fünf Punkte zur genaueren Einordnung sozialer Unterstützung vor (vgl. Reithmayr, 2008, S.25):

1. emotionale Unterstützung
2. praktische Unterstützung
3. Unterstützung beim Problemlösen
4. soziale Integration
5. Beziehungssicherheit

2.2 NETZWERKGEFAHREN

Nachdem nun ein Überblick zu den positiven Effekten sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung gegeben wurde, sollen die belastenden Aspekte, die ein soziales Gefüge mit sich bringen kann, thematisiert werden. Neben Ressourcen können soziale Netzwerke sowie soziale Unterstützung Gefahren und Schädigungen beinhalten (vgl. Laireiter, Lettner, 1993, S.101). Diese pathogenen Netzwerke treten häufig bei suchtkranken Menschen auf, deshalb sollen Merkmale und Anhaltspunkte der Belastungsursachen von sozialen Geflechten in diesem Kapitel thematisiert werden.

2.2.1 BELASTENDE ASKPEKTE SOZIALER NETZWERKE

In der Literatur lassen sich Befunde und Überlegungen in Hinsicht auf die Größe, Dichte und Abgegrenztheit eines Netzwerks finden, die Probleme verursachen können. Das heißt, die folgenden Punkte beziehen sich hauptsächlich auf strukturelle Eigenschaften von Netzwerken, die Probleme hervorrufen können.

Laut Laireiter und Lettner kann die Größe eines Netzwerks zum Risikofaktor werden, wenn dieses zu groß oder sehr klein ist. Bei einem zu großen Netzwerk könne die damit verbundene Anforderung, die Kontakte ausreichend zu pflegen, zur Belastung werden (vgl. ebd., S.101). Beziehungen brauchen Pflege und da könne sich der regelmäßige Kontakt gegebenenfalls zu einem Stressfaktor entwickeln. Normalerweise braucht jeder Mensch gelegentlich Zeit zum Zurückziehen und zum Ruhen. Diese Zeit für sich müsse bewusst genommen werden, was beim Vorhandensein zu vieler sozialer Kontakte manchmal schwierig sein könne. Ein großes soziales Netzwerk steigere die Wahrscheinlichkeit der Heterogenität der Kontakte. Dies sei grundsätzlich als positiv zu bewerten, da die Vielfalt von Beziehungen und die damit verbundenen Impulse eine Bereicherung darstellen. Problematisch könne es jedoch werden, wenn die Erwartungshaltungen der verschiedenen Mitglieder des Netzwerks stark variieren und eine Person versucht allen Kontakten gerecht zu werden. Hierzu merken Laireiter und Lettner an, dass eine große Anzahl an sozialen Kontakten an sich kein wirkliches Risiko darstellt, vielmehr ist der falsche Umgang als kritisch zu betrachten (vgl. ebd., S.102).

Bei einem zu kleinen Netzwerk werde die geringe Anzahl an Kontakten als Auslöser zur Belastung angesehen. Resultierend aus verschiedenen Untersuchungen zur Belastungsrelevanz kleiner Netzwerke lässt sich allerdings vermuten, dass es sich häufig um ein Zusammenspiel aus geringer Anzahl von Kontakten und einer defizitären Intensivität der Beziehungen handelt. Oftmals fehle es an spezifischen Beziehungen, an engen, nahestehenden Kontakten. Bei der Analyse der Dichte von Netzwerken als Belastungsursache verhält es sich ähnlich wie bei der Größe. Sowohl ein zu dichtes als auch ein zu lockeres Netzwerk werden als kritisch betrachtet. Ein zu dichtes Netzwerk impliziere oft eine hohe Kontrollfunktion, wobei die freie Entfaltung des Individuums behindert werden kann. Bei einem zu dichten Netzwerk und dem Mangel an Clustern innerhalb des Netzwerks, kann diese starke Abgrenzung der Beziehungen zu einer Abschottung gegenüber der sozialen Umwelt außerhalb des Netzwerks führen (vgl. ebd., S.102).

Weitere Faktoren für ein pathogenes Netzwerk sind ferner das Vorherrschen von ambivalenten Werten innerhalb eines Netzwerks. Hierbei ist zum Beispiel ein Sozialisationsprozess gemeint, bei dem sich die Aussagen wichtiger Instanzen (wie beispielsweise die Eltern) widersprechen (vgl. Scheiblich, 2004, S.128). Als letzte ungünstige Variante ist die Konstellation zu nennen, bei der die Betroffenen durch ihre sozialen Netzwerke in ein strukturelles Spannungsverhältnis mit der Gesellschaft versetzt werden (vgl. ebd.) In diesem Fall herrschen in dem sozialen Netzwerk, in dem sich der Betroffene aufhält z.B. Verhaltensweisen, die durch die Normen und Werte der Gesellschaft als delinquent definiert werden.

2.2.2. NEGATIVE ASPEKTE SOZIALER UNTERSTÜTZUNG

Nach der Betrachtung von Strukturmerkmalen, die zu negativen Effekten im sozialen Netzwerk führen, sollen nun negative Aspekte von sozialer Unterstützung untersucht werden. Den Ausdruck „Unterstützung“ auf negative Effekte zu untersuchen, scheint vorerst paradox, doch lassen sich in Hinblick auf die Literatur einige Punkte festhalten. Zuerst ist darauf hinzuweisen, dass bei dieser Untersuchung zwei Perspektiven eingenommen werden können. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich jedoch lediglich auf die Situation des Rezipienten der sozialen Unterstützung und nicht auf den „Geber“ der Unterstützung. Hierbei nennen Laireiter und Lettner sechs Aspekte: 1. Belastende Aspekte „normaler“ Unterstützung, 2. inadäquate Unterstützung, 3. enttäuschte Unterstützungserwartungen, 4. exzessive Hilfe, 5. problematische Beziehungen zwischen Unterstützer und Unterstütztem und als 6. Punkt die belastungsbedingte Ineffektivität (vgl. Laireiter, Lettner, 1993, S.108).

Bei einem „normalen“ Unterstützungsvorgang kann es eventuell zu einer Belastung kommen, wenn durch die Annahme der Hilfe eine Abhängigkeit zwischen Geber und Empfänger der Unterstützung geschaffen wird. Im Grunde soll die Hilfe den Empfänger natürlich unterstützen, es besteht allerdings die Gefahr, dass die Annahme ein Gefühl von Unterlegenheit, Unfähigkeit oder gar des Versagens auslöst (vgl. ebd., S.108). Aus diesem Grund ist in Beziehungen eine Reziprozität anzustreben, um diese negativen Gefühle zu vermeiden. Auch Hochgürtel weist auf die negativen Folgen mangelnder Reziprozität hin:

„Durch den Mangel an Reziprozität und das Gefühl auf andere angewiesen zu sein, können Scham- Schuld- und Verpflichtungsgefühle entstehen.“ (Hochgürtel, 2015, S.66)

Diese negativen Auswirkungen des Unterstützungsprozesses sind jedoch nicht generalisierbar. Inwieweit sie gegenüber den positiven überwiegen, hängt von weiteren Faktoren ab, wie etwa den Persönlichkeitsmerkmalen des Rezipienten und des Gebers. Festzuhalten ist allerdings, dass die Toleranzgrenze gegenüber mangelnder Reziprozität in engen Beziehungen (etwa Partnerschaften) wesentlich höher ist. Bei inadäquaten Unterstützungsversuchen entsprechen das Maß und die Art der angebotenen Hilfe nicht der Lösung des Problems bzw. der Belastungsminderung. Als Sonderformen von inadäquater Unterstützung nennen Laireiter und Lettner hierbei das „Nicht-Verabreichen von Unterstützung“ sowie ein „Übermaß an Unterstützung“. Ersteres führt zu enttäuschten Unterstützungserwartungen, letzteres verhindert eigene Bewältigungsversuche und verstärkt ein Abhängigkeitsverhältnis (vgl. Laireiter, Lettner, 1993, S.109).

2.2.3 CO-ABHÄNGIGKEIT

Eine weitere Netzwerkgefahr stellt die sogenannte Co-Abhängigkeit dar. Die weitreichenden Auswirkungen von Suchterkrankungen (siehe Kapitel 2.3.2) üben einen Einfluss auf das Leben und insbesondere auf die sozialen Beziehungen der süchtigen Menschen aus. Angehörige versuchen häufig den suchtkranken Menschen zu helfen und sie zu unterstützen. Bei intensiven Hilfeversuchen herrscht allerdings ein schmaler Grat zwischen konstruktiver Interventionen und der Gefahr selbst an einer sogenannten Co-Abhängigkeit zu erkranken. Der Begriff der Co-Abhängigkeit, ehemals entstanden aus dem Sprachgebrauch der Selbsthilfeform der Anonymen Alkoholiker (zuerst Co-Alkoholismus), benennt eine Beziehungsstruktur zwischen von Sucht direkt und indirekt betroffenen Menschen (vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2007, S.166). Die Person, die nicht direkt von Sucht betroffen ist, macht sich unbewusst zum Komplizen der süchtigen Person (vgl. Rennert, 2012, S.83). Co-Abhängigkeit kann bei Einzelpersonen, Gruppen und auch Institutionen auftreten und bezeichnet die Entwicklungen von Haltungen und Verhaltensweisen, die dazu beitragen dass die Sucht der anderen Person aufrechterhalten bleibt (vgl. Stimmer, 2000, S.91). In den meisten Fällen tritt Co-Abhängigkeit in Partnerschaften oder anderen Beziehungen auf, in denen eine enge emotionale Bindung besteht (vgl. Rennert, 2012, S.83). Die Intention des Verhaltens co-abhängiger Menschen ist in der Regel positiv. Sie versuchen die negativen Auswirkungen der Sucht einzudämmen. Dies äußert sich in konkreten Handlungen, wie etwa dem Anruf bei der Arbeit des Partners, um ihn/sie wegen Krankheit zu entschuldigen.

Die co-abhängige Person versucht im Grunde die Fassade einer „heilen Welt“ nach außen hin zu bewahren und verleugnet dabei die Wirklichkeit (vgl. Aßfalg, 2006, S.20). Durch diese, von der co-abhängigen Person aufgebauten Schutzfassade wird verhindert, dass die abhängige Person die problematischen Auswirkungen und die damit verbundenen negativen Konsequenzen direkt spüren kann (vgl. Gross, 2016, S.130). Problematisch dabei ist, dass die suchtkranke Person dadurch einen geringeren Leidensdruck aufbaut, der noch nicht ausreichend ist, den Entschluss zu fassen etwas zu ändern. Der Zeitpunkt der Problemeinsicht wird dadurch nach hinten verschoben. Mit der damit verbundenen zeitlichen Verlängerung der Sucht geht oft eine massive Verstärkung der Problematik einher (vgl. ebd., S.130).

Um sich theoretisch an das Phänomen der Co-Abhängigkeit zu nähern, ist in der Literatur am häufigsten die Systemtheorie vertreten. Die Systemtheorie besagt, dass Menschen sich stets in Systemen bewegen und sich immer im Austausch und Wechselbeziehungen mit ihrer Umwelt befinden (vgl. Lambers, 2010, S.15). Der Mensch kann folglich nicht unabhängig von seiner Umwelt betrachtet werden. Systeme versuchen stets ein Gleichgewicht zu halten, doch durch Krisen oder Erkrankungen wird die Homöostase des Systems gestört (vgl. Aßfalg, 2006, S.15). Im Fall einer Suchterkrankung wird beispielsweise die Balance des Systems Familie gestört. Ein*e co-abhängige*r Partner*in versucht durch sein/ihr vermeintlich belastungsreduzierendes Verhalten das System wieder auszubalancieren bzw. die Störung auf ein Minimum zu reduzieren. Unter diesem Aspekt kann die Co-Abhängigkeit als eine Systemstabilisierung verstanden werden (vgl. ebd, S.15).

2.3 URSACHEN UND AUSWIRKUNGEN VON SUCHTERKRANKUNGEN

2.3.1 URSACHEN

Die Ursachen einer Suchterkrankung sind sehr heterogen. Bis heute liegt keine Theorie zur Entstehung von Sucht vor, die von der Wissenschaft einheitlich vertreten wird (vgl. Schay, 2013, S.18). Wie bei den meisten psychischen Erkrankungen wurden durch wissenschaftliche Forschungen aus unterschiedlichen Bereichen Beiträge und Erklärungsversuche geliefert. Diese Vielzahl an Erklärungstheorien stammt aus den medizinisch-naturwissenschaftlichen, individualpsychologischen und sozial- und gesellschaftsbezogenen Beiträgen (vgl. ebd., S.18). Somit ist anzunehmen, dass die Ursachen von Abhängigkeit als multifaktoriell bezeichnet werden können (vgl. ebd., S.18). Im Hinblick auf das Forschungsinteresse dieser Arbeit werden im Folgenden

speziell die sozialen Ursachen für Suchtverhalten in den Fokus genommen. Scheiblich äußert diesbezüglich:

„Gemäß der anthropologischen Grundannahme der Sozialität des Menschen kann man zu dem Schluss kommen, dass seelische Erkrankung wie die Sucht nicht in einem Menschen, sondern zwischen Menschen entstehen“ (Scheiblich, 2004, S.125).

Generell ist festzustellen, dass sich Suchterkrankungen durch alle Gesellschaftsschichten ziehen. Dennoch gibt es Umstände im Sozialisationsprozess und soziokulturelle Faktoren, durch die eine Abhängigkeitserkrankung wahrscheinlicher entsteht. Der problematische Konsum von Drogen- und Alkohol tritt bei Menschen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten häufiger auf und auch die unmittelbaren, lokalen Gegebenheiten spielen eine Rolle. So ist die Wahrscheinlichkeit des Drogenmissbrauchs höher bei Menschen, die in Gegenden mit einer erhöhten Kriminalitätsrate aufwachsen, da sie einen leichteren Zugang zu Suchtmitteln haben (vgl. Teeson, Degenhardt, Hall, 2008, S.65). Kritiker*innen der milieutheoretischen Konzepte weisen allerdings darauf hin, dass diese soziokulturellen Faktoren Hinweise zum Verständnis des Gebrauchs (z.B. Konsum in der peer-group) liefern, aber der Gebrauch nicht zwangsläufig zur Entstehung einer Abhängigkeit führt (vgl. Uchtenhagen, 2000, S.194). Des Weiteren können eine mangelhafte soziale Einbettung oder familiäre Probleme die Entstehung von Sucht und deren negativen Verlauf begünstigen. Schay fasst die Annahme zur Entstehung von Sucht durch die Familie wie folgt zusammen:

„Sucht wird verstanden als Ergebnis eines gestörten psychosozialen Gleichgewichts durch schädigende Entwicklungsbedingungen der Betroffenen (z.B. Suchtmittelkonsum der Eltern) und/oder als Ausdruck von aktuell gestörten Beziehungs- und Kommunikationsprozessen in der Familie des Suchtkranken.“ (Schay, 2013, S.18)

Eltern und andere enge Familienmitglieder gelten als eine wichtige Sozialisationsinstanz und bilden somit eine Vorbildfunktion, die gegeben falls zum Risikofaktor werden kann. Liegt ein problematischer Konsum oder ein Missbrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen in der Familie vor, kann dies zu einer (negativen) Beeinflussung des Konsumverhaltens der Kinder führen (vgl. Türk, Bühringer, 1999, S.584). Ein weiterer Aspekt, der diese Annahme untermauert, kann in den spezifischen Netzwerkstrukturen der Familie gefunden werden. Die Beziehungen innerhalb des Familiengefüges können wesentlich schwieriger beendet werden, als beispiels-

weise der Kontakt zu Freunden oder Bekannten (vgl. Hochgürtel, 2015, S.66). Dies gilt besonders für minderjährige Kinder, die in gewisser Weise an ihre Eltern gebunden sind. Weitere Faktoren, die einen Suchtmittelmissbrauch begünstigen können, sind Scheidung oder Trennung der Eltern, Disharmonie in der Familie oder ein distanziertes Beziehungsverhältnis (vgl. Türk, Bühringer, 1999, S.584), welches zu einem gestörten Beziehungsprozess, wie es Schay benennt, führen kann.

Diese Risikofaktoren dürfen nie separat betrachtet werden, da sie nicht zwangsläufig eine Ursache für eine Suchterkrankung darstellen. Bei der Untersuchung müssen auch die jeweilig vorhandenen Schutzfaktoren (auch protektive Faktoren genannt) der Person hinzugezogen werden. Protektive Faktoren sind zum Beispiel Faktoren wie Persönlichkeitsstärken, positive Erfahrungen aus früherer Zeit oder gesunde Beziehungen zur Familie, Freunden oder anderen wichtigen Bezugspersonen (vgl. Scheiblich, 2000, S. 27) Bei einem erhöhten Risiko zur Erkrankung handelt es sich meistens um ungünstige Kombinationen, wie etwa der Mangel an Schutzfaktoren, wodurch die Risikofaktoren nicht ausreichend abgemildert werden können (vgl. Bühler, 2007, S.20). Während eines therapeutischen Hilfeprozesses kann laut Scheiblich die Hilfe und Behandlung auf den vorhandenen protektiven Faktoren, als persönliche Ressource der Betroffenen, aufbauen (vgl. Scheiblich, 2000, S.27). Das Netzwerk ist ein grundlegender Einflussfaktor auf den Sozialisationsprozess eines Menschen, es sollte Halt und eine Orientierungsmöglichkeit darstellen, doch in ungünstigen Varianten kann es auch einen Ausgangspunkt für Krankheit darstellen (vgl. Scheiblich, 2004, S.126). Scheiblich fasst diese Umstände als „*multiple adverse, psychosoziale Einflüsse und Milieufaktoren*“ zusammen und beschreibt die pathogenen Netzwerke als „*schwache sozioökonomische Beziehungskonstellation und dysfunktionale Kommunikationsstyle*“ bei denen sich die Risikofaktoren überlagerten und die Unterstützungssysteme nicht effizient genug sind (vgl. ebd., S.128).

2.3.2 AUSWIRKUNGEN

Die Folgen einer Suchterkrankung beeinflussen den psychischen und physischen Zustand der erkrankten Personen. Des Weiteren lassen sich meist immense Auswirkungen auf die soziale Situation der abhängigkeiterkrankten Menschen feststellen. Resultierend aus dem Zusammenspiel kommt es zu komplexen Problemlagen. Im Hinblick auf das Forschungsinteresse sollen in dieser Arbeit hauptsächlich die sozia-

len Auswirkungen betrachtet werden, dennoch sollen auch die anderen Bereiche Berücksichtigung finden. Folgende Abbildung dient zur Übersicht:

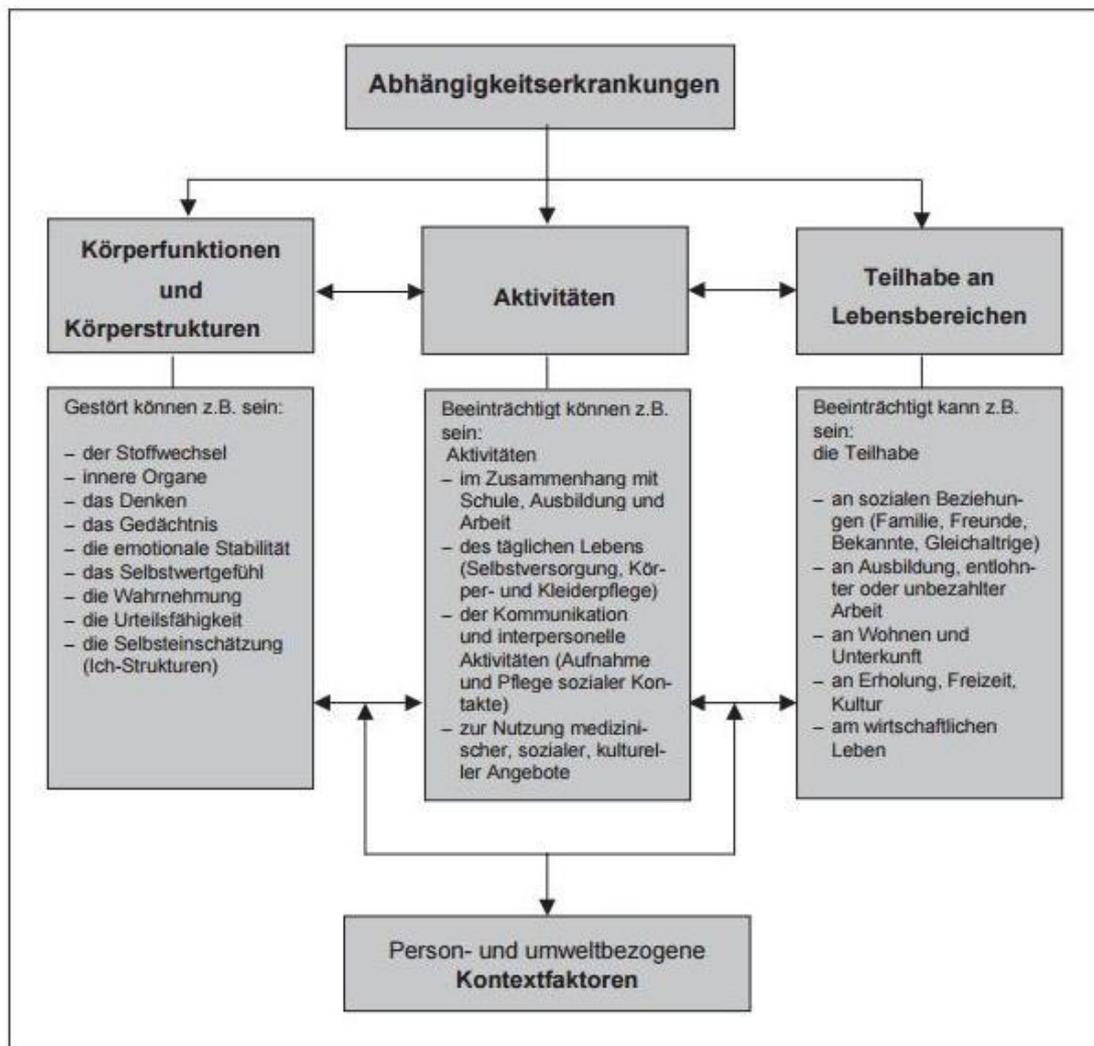


Abb. 1: Abhängigkeitserkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2004, S.19)

Hinsichtlich des Forschungsinteresses dieser Arbeit werde ich im Folgenden nur auf die Bereiche Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen eingehen.

Soziale Auswirkungen:

Das Fortschreiten einer Suchterkrankung geht oftmals mit einer zunehmenden sozialen Isolation einher (vgl. Scheiblich, 2004, S.123). Nach der Abhängigkeitsdefinition des ICD-10 wird „dem Substanzgebrauch [...] Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben“ und als ein mögliches Kriterium zur Diagnose wird die

„fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums und/oder erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen“ gesehen (siehe Kapitel 1.3.2).

Der Konsum und die Beschaffung der Droge rücken in den Mittelpunkt des Lebens der Abhängigen, wodurch die Pflege der sozialen Kontakte leidet. Oft wenden sich Freunde und Bekannte und teilweise auch die engeren Bezugspersonen wie Eltern oder Geschwister mit der Zeit ab (vgl., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 2016). Besonders bei ehemals sehr vertrauten Personen können Sorge um den süchtigen Menschen und missglückte Hilfeversuche im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung ein Auslöser zur Abwendung sein, um sich vor weiteren Enttäuschungen zu schützen.

Neue Kontakte werden in der „Szene“, also im Drogenmilieu geknüpft (vgl., ebd.), dies wiederum verfestigt die Konsumgewohnheiten. Durch das Fortschreiten einer Suchterkrankung werden außerdem oft szenetypische Verhaltensweisen internalisiert, die zur weiteren Abgrenzung der „Normalgesellschaft“ führen. Der steigende Konsumdruck führt oft zu finanziellen Engpässen und bedingt somit zunehmend illegale Wege zur Geldbeschaffung (vgl. ebd.). Hierbei spricht man von Beschaffungskriminalität. Neben dem Konsum als solches treiben kriminelle Handlungen die Süchtigen immer tiefer in die Spirale der Devianz. Die soziale Integration der Konsumenten*innen verschlechtert sich rapide, negative Verhaltensänderungen beeinflussen die Beziehung zu persönlichen Kontakten. Fallen die bisherigen sozialen Kontakte weg, nimmt auch die soziale Kontrolle, die eine Gruppe ausübt, ab. Leonhardt und Mühler schreiben bezüglich dieses Prozesses folgendes:

„Abgesehen davon, dass der Bruch von Rechtsnormen und dessen Intensität Desintegrationsprozesse beschleunigt, zerstört abweichendes Verhalten gegenüber Sittennormen vor allem die sozialen Beziehungen eines Menschen auf zunächst unbemerkte aber stetige Weise. Unpünktlichkeit, Unzuverlässigkeit, Unbeherrschtheit, unangemessene Äußerungen oder Reaktionen, Beleidigungen, Streitlust usw. sind Verhaltensweisen, denen mit Sittennormen entgegengewirkt wird. [...] Die Verminderung dieser Kontrollen verstärkt das Auftreten und die Intensität abhängigkeitsbedingten abweichenden Verhaltens, wodurch die Wahrscheinlichkeit sozialer Auffälligkeit ebenfalls steigt.“ (Leonhardt, Mühler 2010, S.25)

Neben den Auswirkungen, die die persönliche Ebene von Beziehungen beeinflussen, müssen auch weitere Auswirkungen auf die Lebenssituation der erkrankten Personen Beachtung finden. Hierbei sind Folgen der Abhängigkeit, wie der Verlust der Wohnung oder eine zunehmende Verschuldung zu nennen. All diese Auswirkungen bedingen und verstärken sich gegenseitig. Für den Rehabilitationsprozess ist es somit relevant alle Problembereiche aufzuarbeiten. Somit kann vorgebeugt werden, dass durch ein noch bestehendes Laster sich ein anderes wieder entwickeln kann. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation weist in einer Arbeitshilfe auf die immense Belastung, die von diesen sozialen Fragen ausgeht, hin und empfiehlt für die Bewältigung eine Sozialberatung:

„Abhängigkeitskranke bringen je nach Grad der sozialen Desintegration eine Fülle von sozialen Problemen mit in den Rehabilitationsprozess. Die Probleme liegen z.B. in Bereichen wie Schulden, ungeklärte Unterhaltsverpflichtungen, schlechte Wohnverhältnisse oder Wohnungslosigkeit, Beziehungsproblematiken, offene Gerichtsverfahren und gerichtliche Auflagen. Diese sozialen Existenzfragen sind für die betroffenen Menschen und damit auch für den Rehabilitationsprozess belastend. Zur Krankheitsbewältigung sind daher für die Klärung der persönlichen Angelegenheiten eine Sozialberatung und zum Teil auch konkrete Hilfestellungen erforderlich. Die Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten im Prozess der Rehabilitation dient der Hilfe zur Selbsthilfe. (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S.38)

3. DAS SOZIALE NETZWERK IM REHABILITATIONSPROZESS

„Angesichts der großen Häufigkeit seelischen Leidens kann man davon ausgehen, dass der allergrößte Teil ohne professionelle Hilfe zu einer Lösung kommt. D.h., die meisten psychosozialen Probleme werden im Familien-, Verwandten-, Freundes-, Bekannten-, Nachbar- oder Kollegenkreis gelöst.“ (Dörner, S.17 , zit. nach Nestmann, 2000, S.128)

Dieses Zitat von Dörner betont noch einmal die positive Wirkung von stabilen Sozialen Netzwerken auf die Gesundheit und ihre Stärke bei psychosozialen Problemen unterstützend zu wirken. Möchte man den Einflussfaktor des sozialen Netzwerks nun

allerdings auf den Rehabilitationsprozess von Suchtkranken untersuchen, stellt man fest, dass bei suchtabhängigen Menschen diese Netze oft fehlen. Grund hierfür sind die multiplen Folgen der Abhängigkeit, die im vorherigen Teilabschnitt des Kapitels betrachtet wurden. Dies begründet die besondere Aufgabe an die Rehabilitation von Suchtkranken, soziale Netze im Zuge des Rehabilitationsprozesses neu aufzubauen oder zu reaktivieren. Eine gute soziale Einbindung erhöht die Chance auf einen erfolgreichen Abschluss der Rehabilitation, dies wird bei Angeboten aus dem Rehabilitationsbereich immer wieder betont. Auch die Deutsche Rentenversicherung weist auf den positiven Einfluss eines stabilen sozialen Netzwerks hin. In den Leitlinien der sozialmedizinischen Beurteilung von Abhängigkeitserkrankungen wird explizit darauf hingewiesen:

„Eine günstige Rehabilitationsprognose ist vor allem dann gegeben, wenn die Versicherten langfristig eine Abstinenz anstreben, über eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung und über ein funktionsfähiges soziales Netz verfügen.“ (DRV, 2010, S.28)

Fehlt dieses soziale Netz und auch die soziale Perspektive ein Netz in naher Zukunft aufzubauen, kann der Mensch als soziales Wesen keine gesunde Identität erlangen (vgl. Scheiblich, 2000, S.28). Der Aspekt der abgeschlossenen Ausbildung bzw. einer aktuellen Beschäftigung spielt bei der positiven Rehabilitationsprognose ebenfalls eine wichtige Rolle. Zum einen bewegen sich viele Menschen in der Regel am Arbeitsplatz auch innerhalb sozialen Gefüges, die der Isolation entgegenwirken. Des Weiteren werden sie ebenfalls als Aspekt einer gesunden Identität angesehen. Bei langjähriger Drogenabhängigkeit herrschen hinsichtlich dieser Aspekte oft desolate Zustände. Scheiblich bezeichnet die sich entwickelten Umstände von suchtkranken Menschen als eine *„massive Schädigung der Identität stiftenden Faktoren“* (Scheiblich, 2000, S.29).

Empirische Studien belegen die Einbindung in soziale Netzwerke und die Erfahrung von sozialer Unterstützung ebenfalls als eine signifikante Determinante im Rehabilitationsprozess. Nennenswert zu diesem Thema sind beispielsweise Beiträge aus dem Bereich der Rückfallforschung. Scheit bezieht sich beispielsweise auf eine Studie aus den USA, in der Havassy et al in den neunziger Jahren den Zusammenhang zwischen sozialer Integration und Rückfälligkeit von suchtkranken Menschen untersuchten. Zur sozialen Integration wurde die Frage nach einer festen Partnerschaft sowie

der Kontakt zu Freunden und Verwandten berücksichtigt. Die Studie bezog sich auf einen zwölfwöchigen Zeitraum nach regulärem Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung. Die Ergebnisse zeigten eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bei geringer sozialer Einbindung. Bei Personen mit geringer sozialer Einbindung lag die Rückfallquote bei 90%, bei einer hohen und mittleren Ausprägung der sozialen Einbindung dagegen nur bei 54% bzw. 61% (vgl. Scheit, 2015, S.19).

Eine weitere Studie zum Thema Risiko- und –Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit, durchgeführt von Bühler, ermittelte die Unterstützung der Eltern als wichtigsten Schutzfaktor während einer Therapie (Bühler, 2007, S.143). Die Studie begleitete 79 Klient*innen über ca. ein Jahr (Erhebungszeitraum vom 01.01.2003 bis zum 31.01.2004) während sie sich in stationärer Behandlung befanden. Von allen Teilnehmer*innen der Studie beendeten 42 Personen die Therapie regulär, 37 dagegen brachen vorzeitig ab. 37 der 42 Personen, die ihre Therapie abschlossen, gaben an Unterstützung durch ihre Eltern erfahren zu haben. Auch bei den Therapieabbrecher*innen gaben 19 Personen an unterstützt worden zu sein und bilden somit eine Mehrheit gegenüber den 18 Personen, die keine Unterstützung erhielten. Vergleicht man nun aber die Ergebnisse der Personen die keine Unterstützung erfahren haben, wird die Relevanz noch einmal deutlich. Nur fünf Personen beendeten ihre Therapie, 18 Personen dagegen brachen vorzeitig ab (vgl. ebd., S.114). Interessanterweise muss diesem Ergebnis hinzugefügt werden, dass die sich unterstützt gefühlten Klient*innen, nicht zwangsläufig einen regelmäßigen Kontakt zu ihren Eltern pflegten. Dies führt zu der Annahme, dass sich in diesem Fall die Erfahrung von Unterstützung eher auf einen emotionalen Rückhalt als auf konkrete Handlungen bezieht. Auch aktuellere Studien, wie etwa eine vom Fachverband Sucht e.V. durchgeführte Katamnese aus dem Jahr 2013 kamen zu dem Ergebnis, dass sich feste soziale Beziehungen positiv auf den Therapie- und Genesungsverlauf auswirken. Für die Untersuchung wurden verschiedene Variablen, wie etwa das Bestehen einer Partnerschaft hinzugezogen und mit den Therapieverlauf in Bezug gesetzt. Hierbei kam beispielsweise heraus, dass Patient*innen, die bei Therapiebeginn nicht in einer festen Partnerschaft leben, mit 72,0 % Prozent deutlich weniger erfolgreich waren als Patient*innen, die aus einer festen Beziehung kommen. Bei denen lag die Erfolgsquote bei 78,8 % (vgl. Bachmeier et al., 2016, S.12).

Wie das Kapitel 2.3 „Netzwerkgefahren“ zeigt, kann die soziale Einbindung einer Person jedoch nicht pauschal als positiv bewertet werden. Nicht selten leiden Part-

ner*innen suchtkranker Menschen auch unter einem Abhängigkeitssyndrom oder erkranken im Suchtverlauf ihres Partners an einer Co-Abhängigkeit. In diesem Fall kann eine feste Partnerschaft dann als negativer Einflussfaktor auf den Rehabilitationsprozess gesehen werden.

3.2 ANGEBOTE DER SOZIALEN ARBEIT

Nachdem ein theoretischer Überblick zum Thema soziales Netzwerk und soziale Unterstützung gegeben wurde, der die Relevanz hinsichtlich einer Rehabilitation verdeutlichte, soll nun die Rolle der Sozialen Arbeit untersucht werden. Die vorherigen Ergebnisse kennzeichnen das informelle Netzwerk als eine wichtige Determinante des Wohlbefindens eines Menschen, besonders wenn dieser sich in einer schwierigen Lebenslage befindet. Die Soziale Arbeit ist jedoch im tertiären Sektor der Netzwerke anzusiedeln und kann somit nicht zum Teil des informellen Netzwerks einer Person werden. Folglich besteht die Aufgabe der Sozialen Arbeit darin den Aufbau, die Erweiterung und Stärkung des informellen Netzwerks der Klient*innen zu unterstützen. Moreno erläuterte zur Rolle als Netzwerker:

„Wir sind keine Therapeuten, sondern Leute, die soziale Netzwerke reparieren“
(Scheiblich, 2004, S.125)

Im Folgenden soll deshalb die Netzwerkanalyse als Handlungsmodell der Sozialen Arbeit vorgestellt werden und im Anschluss die Arbeit mit Netzwerkkarten als eine konkrete technische Vorgehensweise.

3.2.1 NETZWERKANALYSE ALS METHODE DER SOZIALEN ARBEIT

Bei einem beginnenden Hilfeprozess tritt meist zuerst eine Einzelperson hilfeschend an Einrichtungen der Sozialen Arbeit heran oder wird an diese vermittelt. In den meisten Fällen spielen jedoch die sozialräumlichen Bezüge, die diese Person mitbringt, eine nicht zu verachtende Rolle (vgl. Sickinger, 2000, S.43). Deshalb ist es wichtig die Netzwerke der Hilfesuchenden im Blick zu haben, um sie gegebenenfalls in den Hilfeprozess mit einzubeziehen. Dieses kann mit Hilfe der Netzwerkanalyse geschehen, mit der Gesamtnetzwerke sowie egozentrierte Netzwerke erhoben werden können (vgl. Franke, Wald, 2006, S.156). Für die Arbeit mit Klient*innen der Sozialen Arbeit ist die Erhebung des egozentrierten Netzwerks in der Regel bedeutender, weil hierbei die für das Ego relevanten Akteure und die Intensivität der Beziehungen zu ihnen identifiziert werden (vgl. ebd., S.157). Das Beziehungsnetz der betroffenen Person wird ausgeleuchtet um mögliche Unterstützungs- oder Behinde-

zungspotentiale herauszufiltern. Ableitend aus den Ergebnissen der Analyse können dann Interventionen folgen, um Unterstützungsressourcen zu stärken. Bullinger und Nowak zitieren hierbei Peter Paulus, um die Absicht der Netzwerkarbeit zu beschreiben:

„Mit Netzwerkarbeit sind hier präventive, gesundheitsfördernde, kurative und rehabilitative Interventionen gemeint, deren (letztes) Ziel es ist, Netzwerke so zu gestalten, dass ihre sozialen Unterstützungsfunktionen für das einzelne Individuum verbessert werden.“ (Paulus zitiert nach Bullinger, Nowak, 1998, S.172)

Die genauere Einsicht, die durch die Netzwerkanalyse erlangt wird, birgt laut Bullinger und Nowak Chancen und Risiken zugleich. Sie stellen fest, dass die Sozialarbeiter*innen durch die Erkenntnisse über das soziale Netz der Klient*innen den Bereich der bisher unangetasteten Privatsphäre der Klient*innen betreten (vgl. ebd., S.132). Dadurch können Sozialarbeiter*innen durch Interventionen, die das soziale Netzwerk berücksichtigen, deutlich mehr Einfluss nehmen. Diese Möglichkeit birgt jedoch auch die Gefahr, dass die soziale Kontrolle, die teilweise mit dem Hilfeprozess einhergeht, ausgedehnt wird (vgl. ebd., S.132).

Zu unterscheiden sind dabei zwei verschiedene Strategien, um Interventionen bezüglich des Netzwerks einzuleiten. Die Sozialarbeiter*innen können entweder indirekt Einfluss nehmen, indem sie als Berater*innen agieren und nur durch Ratschläge Hilfe leisten. Das soziale Netzwerk wirklich zu verändern liegt hierbei in den Händen der Betroffenen (vgl. Bullinger, Nowak, 1998, S. 172). Bei einer direkten Netzwerk-Intervention versuchen die Sozialarbeiter*innen dagegen aktiv Unterstützung für die Hilfesuchenden zu mobilisieren, indem sie sich persönlich an Personen aus dem Netzwerk der Klient*innen wenden (vgl. ebd., S.172).

Konkretisierend führen Bullinger und Nowak hierfür fünf Strategien, in Anlehnung an Peter Paulus und Live Fyrand, der Sozialen Netzwerkarbeit an:

1. Erhaltung des Netzwerks: Durch gezielte Fragen sollen die positiven und unterstützenden Beziehungen der Klient*innen herausgefiltert werden, um sie danach stabilisieren zu können (vgl. ebd., S.172).
2. Erweiterung des Netzwerks: Wenn nicht genügend Kontakte im Netzwerk vorhanden sind, sollen die Klient*innen dabei unterstützt werden neue Kontakte

zu knüpfen, bzw. verloren gegangene Kontakte sollen wiederbelebt werden (vgl. ebd., S.172)

3. Redefinition: Hierbei geht es nicht um die quantitative Erweiterung des Netzwerks, sondern um die Vertiefung der bestehenden Beziehungen. Es wird von Redefinition gesprochen, da das soziale Netzwerk neu definiert werden soll, als Beispiel hierfür zu nennen wäre die Beseitigung oberflächlicher Kontakte, die keine Chance zur Intensivierung bieten (vgl. ebd., S.173).
4. „Sanierung“: diese Intervention hat die radikale Veränderung des sozialen Netzwerks zum Ziel, Kontakte die eine Gefährdung für die Hilfesuchenden darstellen, sollen abgebrochen werden (vgl. ebd., S.173).
5. Stärkung des Umfeldes des sozialen Netzwerkes: hierbei wird im sozialen Umfeld interveniert, Beispiele dafür sind etwa der Aufbau eines Nachbarschaftsunterstützungssystem zur Stärkung gemeinschaftlicher Potentiale (vgl. ebd., S.173)

Um diese Interventionen in die Wege zu leiten, muss das Netzwerk der Klient*innen zuerst erfasst und für die Sozialarbeiter*innen ersichtlich werden. Im folgenden Abschnitt wird eine Technik für diesen Vorgang vorgestellt.

3.2.2 ARBEIT MIT NETZWERKKARTEN

Eine einfache aber sehr hilfreiche Technik bietet die Arbeit mit einer Netzwerkkarte. Diese wird mit den Klient*innen der Sozialen Arbeit gemeinsam erstellt. Das gemeinsame Erstellen ist insofern wichtig, da der/die Klient*in in seinem/ihren Hilfeprozess partizipiert, allerdings dabei professionelle Unterstützung erfährt (vgl. Bullinger, Nowak, 1998, S.174)

Wie funktioniert also das Erstellen einer Netzwerkkarte? Am häufigsten vertreten ist hierbei die Vier-Felder-Netzwerkkarte. Die vorhandenen Kontakte der Person werden aufgelistet und in vier Bereiche eingeteilt. Die vier Bereiche sind die Kernfamilie, die weitere Verwandtschaft, Kontakte aus dem sekundären Netzwerk, also die Arbeitsstelle bzw. Schule, Universität etc. und als vierter Bereich alle weiteren Kontaktpersonen wie Freunde, Bekannte aber auch mögliche Kontakte aus dem professionellen Hilfesystem (vgl. ebd., S.174). Nach der Auflistung werden die Personen auf einer kreisförmigen Netzwerkkarte eingetragen, die in die eben genannten vier Sektoren unterteilt ist. Die Anordnung der Personen visualisiert die Intensivität und Erreichbar-

keit der Personen. Das heißt die näher stehenden Kontakte werden auch bildlich näher im Zentrum des Kreises angeordnet.

Gerade in einem längerfristigen Hilfeprozess ist die Arbeit mit Netzwerkkarten eine effiziente Technik, da in ihr der Ist-Zustand visualisiert werden kann, aus dem die Klient*innen dann einen Wunschzustand herausarbeiten können. Hilfreich sind dabei Fragen, ob es zum Beispiel eine gewünschte Intensivierung des Kontakts mit schon vorhandenen Personen auf der Netzwerkkarte gibt oder ob die Anzahl der Kontakte generell erweitert werden soll. Durch die zukunftsorientierte Perspektive können nun (Teil-) Ziele formuliert werden und Wege gefunden werden, wie der Wunschzustand realisiert werden kann.

In den Anfängen eines Beratungsprozesses bietet diese Technik eine gute Möglichkeit für die Sozialarbeiter*innen einen Überblick über das vorhandene Netzwerk zu gewinnen (vgl. ebd. S.174). Durch die Netzwerkkarte werden Problembereiche und eventuelle Ressourcen der Klient*innen sichtbar.

3.2.3 ANGEBOTE ZUM NETZWERKAUFBAU IN DER NACHSORGE

Die Rahmenbedingungen der stationären Nachsorge (Adaption) und ambulanten Nachsorge wurden in Kapitel 1.3 beleuchtet. Nun sollen genauere inhaltliche Vorgehensweisen sowie ihre Hintergründe vorgestellt werden. Die Nachsorge stellt eine Phase des Austestens und der Erprobung dar, in der die Ergebnisse der Entwöhnungstherapie in den Alltag transferiert werden sollen. Da das soziale Netzwerk ein wichtiger Indikator zur gelingenden Rehabilitation ist, sollen die Klient*innen beim Aufbau eines eigenen Netzes unterstützt werden. Während der Therapie (wenn es sich um eine stationäre Entwöhnung handelt) wird das Netz durch die dort arbeitenden Fachkräfte und die Mitklient*innen gestellt. Nun aber gilt es ein eigenes Netz zu erschaffen.

Um dies zu erreichen, sollen die Klient*innen dazu ermutigt werden Orte und Aktivitäten zu besuchen, an denen neue, drogenfreie Kontakte geknüpft werden können. Im Grunde handelt es sich dabei um „Hilfe zur sinnvollen Freizeitgestaltung“, wodurch die soziale Integration indirekt erleichtert wird (vgl. Fais, 2004, S.138). Es ist einfacher innerhalb einer Gruppe mit dem gleichen Interesse oder einem gemeinsamen Kontext Kontakte zu knüpfen, als bei zufälligen Begegnungen an Orten, wie in der Bahn oder auf der Straße. Die eigenverantwortliche Gestaltung der freien Zeit fällt

den meisten Klient*innen oft sehr schwer. Zum Teil kann es daran liegen, dass sie es nie in ihrem Leben erlernt haben.

Die Angebote der Nachsorge und Adaption beinhalten deshalb neben den therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, erlebnisorientierte Angebote. Diese werden in der Regel besser angenommen als die „reinen Gesprächstermine“ (vgl. Fais, 2004, S.138). Fais bezeichnet das aktive Handeln als Inszenierung eines Lernprozesses bei dem Ziele auf den drei folgenden Ebenen erreicht werden sollen (vgl. ebd. S.140):

1. persönlichkeitsbildende Ziele: Autonomie, Selbstvertrauen, Verantwortung, Selbstüberwindung
2. soziale und interaktive Ziele: Vertrauen, Kommunikation, Kritikfähigkeit
3. gesellschaftsintegrative Ziele: Wiederherstellung der Arbeits- und Sozialfähigkeit

Das von den Klient*innen erstrebte soziale Umfeld und die Realität bedürfen jedoch häufig eine lange Zeit der Entwicklung, um diese auf einen Nenner zubringen. Dies sollte in allen Phasen der Rehabilitation berücksichtigt werden: es wäre fatal die Klient*innen dabei zu unterstützen unrealistische Zukunftsvisionen aufzubauen, deren Scheitern dann zu einer starken Enttäuschung und einem eventuellen Rückfall führen könnten. Reschke schreibt diesbezüglich:

„Das heißt für die Gesundheitsbildung in der Rehabilitation, dass es nicht allein um eine quantitativ-strukturelle Reflexion der sozialen Einbettung eines Patienten gehen darf, sondern auch um realistische Bedürfnisse, Wünsche, Fähigkeiten und Möglichkeiten und deren Realisierbarkeit und die Akzeptanz, diese Betrachtungsebene im Prozess der Rehabilitation stärker zu thematisieren.“ (Reschke, 2000, S.37)

3.4 SELBSTHILFEGRUPPEN

Als letzte Stabilisierungsinstanz im Rehabilitationsprozess wird nun die Selbsthilfegruppe als eine wichtige Form der Hilfe vorgestellt werden. Selbsthilfegruppen stellen neben den (professionellen) ambulanten und stationären Suchtberatungs- und –behandlungsstellen die dritte Säule des Suchthilfesystems dar (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S.73). In Deutschland gibt es zurzeit ca. 8700 Sucht-Selbsthilfe Gruppen (vgl. Gross, 2016, S.145). Damit machen die Selbsthilfe-

gruppen, die zu dem Bereich Sucht und Abhängigkeitsproblematiken gezählt werden können ca. 10% der gesamten Selbsthilfegruppen aus (vgl. Stimmer, 2000, S.528). Selbsthilfegruppen treten verstärkt seit Beginn der 80er Jahre auf (vgl. ebd., S.527), es handelt sich dabei um freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen mit ähnlich belastenden Lebensumständen.

Die Selbstbetroffenheit der Mitglieder ist dabei ein ausschlaggebendes Merkmal und schafft einen Gruppenzusammenhalt. Ziel der Gruppenarbeit ist die gemeinsame Bewältigung sozialer, psychischer oder gesundheitlicher Probleme durch den Austausch mit anderen Betroffenen (vgl., Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006, S.74). Die Erkenntnis mit einem Problem nicht alleine dazustehen, bringt als solches Kraft und Mut eine Situation zu ändern. Zum einen bieten Selbsthilfegruppen eine Möglichkeit zum Erstkontakt, oftmals handelt es sich hierbei um anonyme Gruppen, wodurch die Hemmschwelle eine solche Gruppe aufzusuchen, gesenkt wird. Des Weiteren nimmt die Selbsthilfegruppe für viele Klient*innen eine wichtige Rolle nach abgeschlossener Entwöhnungsbehandlung ein.

Auch wenn während der stationären oder ambulanten Entwöhnungsbehandlung Trainingsmaßnahmen zur Förderung sozialer Kompetenzen erfolgen, ist der Aufbau eines drogenfreien Freundeskreises oft ein heikler, aber unabdinglich wichtiger Punkt des Rehabilitationsprozesses. Die Selbsthilfegruppe bietet hierbei eine gute Gelegenheit neue Kontakte zu knüpfen. Durch den gemeinsamen Schutzraum der Gruppe, in der Probleme offen dargelegt werden können, wird die Befürchtung für die Krankheit verurteilt zu werden, genommen. Dies erleichtert eine Kontaktherstellung, die sich bestenfalls auch auf Gespräche und Aktivitäten außerhalb der Selbsthilfegruppe ausweitet. Im Gegensatz zu professionellen Helfer*innen des tertiären Netzwerks besteht somit die Chance, Kontakte aus der Selbsthilfegruppe zu engeren Kontakten, also zu Mitgliedern des primären Netzwerks werden zu lassen.

4. EXEMPLARISCHE FALLDARSTELLUNG

Um die bisher erarbeiteten Ergebnisse zu veranschaulichen soll in diesem Kapitel eine exemplarische Falldarstellung geliefert werden. Die dargestellte Biographie und der Rehabilitationsprozess beziehen sich auf das Leben eines jungen Manns, den ich während meines Praxissemesters kennenlernte. Die verwendeten Informationen sind aus Gesprächen mit ihm während meiner Arbeit in einer Suchtberatungs- und –

behandlungsstelle generiert. Im Anschluss wird dieser beispielhafte Rehabilitationsprozess in Hinblick auf den Einfluss sozialer Netzwerke analysiert.

4.1 BIOGRAPHIE UND SUCHTVERLAUF

Anton¹ wuchs mit zwei Geschwistern bei seinen Eltern in einer großen Kreisstadt in Sachsen auf. Im Alter von fünf Jahren ließen sich seine Eltern scheiden. Aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten, lebte die Familie jedoch weiterhin zusammen in dem gleichen Haus. Kurz nach der Scheidung zog dann die neue Freundin des Vaters mit ihren beiden Kindern ein. Dies führte zu vielen Spannungen im Haus, sodass Anton mit seiner Mutter und seinen leiblichen Geschwistern nach einem Jahr letztendlich doch in eine eigene Wohnung zog. Die räumliche Trennung führte zu einem unregelmäßigen Kontakt zwischen den Kindern und ihrem Vater, worunter Anton sehr litt. Seine Mutter blieb alleinstehend und er vermisste eine männliche Bezugsperson, welche die Rolle des Vaters einnehmen konnte. Antons Mutter schien diese Entwicklung wahrzunehmen und entwickelte Schuldgefühle, dass sie keinen neuen Partner finden konnte.

Mit 13 Jahren entschloss sich Anton dann bei seinem Vater zu leben, woraufhin sich der Kontakt zu seiner Mutter verschlechterte. Nach einem Jahr zog sein jüngerer Bruder auch zum Vater. Doch auch bei seinem Vater fand Anton nicht die Geborgenheit, nach der er sich sehnte. Somit verbrachte er immer mehr Zeit mit seinen Freunden, einigen Punks, die er teilweise aus der Schule kannte und die sich im Laufe der Zeit als eine lockere Gruppe zusammengeschlossen hatten. Während dieser Zeit fing er an regelmäßig Bier zu trinken und verbrachte hauptsächlich Zeit mit seinen Freunden. Mit 16 Jahren lernte er durch den Freundeskreis seine erste Freundin kennen, bei der er dann die meiste Zeit verbrachte, da er sich im Haus seines Vaters nicht wohl fühlte. Die stetige Unzufriedenheit führte zu einem erhöhten Alkoholkonsum, kurze Zeit später kam auch vermehrt der Konsum von THC dazu. Nach der Trennung von seiner Freundin, entfiel die räumliche Ausweichmöglichkeit zu seinem Vater, sodass Anton entschied bei seinem Vater wieder auszuziehen. Seine Mutter unterstützte ihn bei der Suche nach einer eigenen Wohnung. Die Suche war erfolgreich und Anton bezog seine erste Wohnung. Die neuen finanziellen Umstände führten dazu, dass Antons Mutter die Wohnung in der sie mittlerweile nur noch mit ihrer

¹ Name aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert

Tochter wohnte, aufgeben musste und zu ihren Eltern in einen kleinen Ort, etwa 10 km von der Kreisstadt entfernt, zogen.

Anton gehörte nun zu einem der wenigen aus seinem Freundeskreis, der eine eigene Wohnung besaß. Schnell entwickelte sich seine Wohnung zum Treffpunkt seiner Clique. Es waren immer mindesten fünf Freunde zu Besuch. Zusammen wurde viel Alkohol getrunken und THC konsumiert. Die Schule hatte Anton mittlerweile mit einem Realschulabschluss abgeschlossen. Er machte ein Berufsgrundbildungsjahr (BGJ) mit Schwerpunkt Metall, an dem er allerdings kein wirkliches Interesse entwickelte. Während eines Orientierungsjahres hatte er anschließend eine Arbeitsgelegenheit bei der er etwas Geld verdiente. Während dieser Zeit fing er an Methamphetamin zu konsumieren, welches durch sein Einkommen finanzierbar war. Trotz des regelmäßigen Konsums, konnte Anton dennoch in dieser Zeit den „gesellschaftlichen Anforderungen“ gerecht werden. Er begann eine Lehre als Verkäufer und schloss diese auch erfolgreich ab. Ein Ende des Konsumierens war nicht in Sicht und da es mittlerweile wieder einen regelmäßigen Kontakt zu seiner Mutter gab und die sich um Antons Konsum sorgte, zog Anton mit 22 Jahren zurück zu seiner Mutter und seinen Großeltern. Dieser Schritt brachte ihn jedoch auch nicht dazu den Konsum aufzugeben, Antons Zustand war durch Orientierungslosigkeit und Unzufriedenheit geprägt. Was seine Wohnsituation anging, pendelte er stets zwischen seiner Mutter und seinem Vater.

Mit 26 Jahren fand Anton schließlich nach 10 Jahren erneut eine Freundin, sie lernten sich über den gemeinsamen Freundeskreis kennen. Die Beziehung dauerte allerdings nicht lange an. Seine neue Freundin konsumierte ebenfalls Methamphetamine und entschloss sich nach einer kurzen gemeinsamen Zeit eine Langzeittherapie anzutreten. Vor Antritt der Therapie beendete sie die Beziehung zu Anton, woraufhin er einen Zusammenbruch erlitt.

4.2 DARSTELLUNG DES REHABILITATIONSPROZESS

Durch den Zusammenbruch aufgrund der Trennung entwickelte sich auch bei Anton der Entschluss seine Situation zu ändern. Er durchlief eine 3-wöchige Entgiftung und blieb im Anschluss clean. Doch trotz mit seiner Abstinenz blieb seine Unzufriedenheit und Orientierungslosigkeit bestehen. Daraus resultierte die Entscheidung eine Langzeittherapie anzutreten, die er 4 Monate nach der Entgiftung in der Allgemeinen Hospitalgesellschaft Klinik Mecklenburg begann.

Zum Konzept der Klinik gehört die Teilung in zwei Therapiephasen. Die zweiwöchige Eingangsphase dient der Erarbeitung des Lebenslaufs und besteht hauptsächlich aus Einzel- und Gruppengesprächen. Nach dieser Eingangsphase kommen auch weitere Therapieformen wie beispielsweise Ergotherapie hinzu. Ferner bieten Wahlbereiche wie beispielsweise eine Holzwerkstatt eine Ausweitung des Angebots. Außerdem müssen die Klient*innen alltägliche Aufgaben wie etwa die Reinigung des Gebäudes übernehmen. Anton integrierte sich gut in den Klinikalltag und übernahm im Rahmen der Gruppengespräche besondere Aufgaben wie etwa das Amt des stellvertretenden Gruppenleiters. Hierbei lernte er, dass er auf andere Leute vertrauenswürdig wirkte und dass er andern Klient*innen mit Ratschlägen helfen konnte. Dies stärkte mit der Zeit sein Selbstvertrauen. Zusätzlich wurde er medikamentös mit Anti-Depressiva behandelt, die sich jedoch als nicht förderlich für seinen Therapieprozess erwiesen und daraufhin wieder abgesetzt wurden. Nach Abschluss der 6 Monate regulären Therapiezeit, fühlte sich Anton jedoch noch nicht bereit die Klinik zu verlassen, aus diesen Gründen entschloss er seinen Aufenthalt um zwei Monate zu verlängern. In diesen zwei Monaten wollte Anton eine Möglichkeit zur weiteren Lebensgestaltung für sich finden. Nach gemeinsamer Überlegung mit Unterstützung der Ansprechpartner*innen der AH Mecklenburg entschloss sich Anton dazu, die räumliche Trennung zu seiner Familie und zu seinem Freundeskreis auch nach der Entlassung beizubehalten. Die Entscheidung nach Leipzig zu gehen basierte auf einen früheren Besuch der Stadt, bei dem Anton die Stadt sehr gefiel. Für die Adaption von 4 Monaten entschloss sich Anton für die Soteria Klinik. Anlehnend an den Leitlinien der Rentenversicherung zur Rehabilitation im Suchtbereich decken sich die Anliegen der Maßnahmen während der Adaption. Die Soteria Klinik benennt drei Hauptziele für ihre Adaption: die Überprüfung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, die persönliche Stärkung bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen (Tagesstruktur, Haushalt, Umgang mit Behörden sowie die Freizeitgestaltung) und zuletzt das Aufzeigen einer neuen Lebensperspektive ohne Suchtmittel wobei das Gemeinschaftsgefühl gestärkt und gleichzeitig die Eigenverantwortlichkeit gefördert werden soll (vgl. Helios Kliniken GmbH, 2016).

Zur Überprüfung und Verbesserung der Erwerbsfähigkeit sieht die Soteria Klinik ein 10 wöchiges Praktikum vor, wenn möglich auf dem ersten Arbeitsmarkt. Antons bisherige berufliche Tätigkeit füllte ihn nie wirklich aus, somit probierte er während dieser Zeit einen neuen Bereich aus. Er absolvierte sein Praktikum beim Kommunalen

Verband Kinder- und Jugendhilfe in einer Wohngemeinschaft für Heimkinder. Dieses Praktikum gefiel Anton sehr gut, woraus der Entschluss entstand zukünftig im sozialen Bereich tätig zu werden.

Generell fühlte sich Anton in der Soteria Klinik sehr gut aufgehoben, er schloss viele Kontakte zu Mitklient*innen, die teilweise heute zu seinem festen Freundeskreis zählen. Dies führte zu dem Entschluss in Leipzig wohnen zu bleiben und dort auch noch weiterhin eine ambulante Nachsorge zu besuchen. Mit Abschluss der Adaptionszeit war die zukünftige Wohn- und Lebenssituation noch nicht geklärt, sodass Anton in eine betreute Wohngemeinschaft des SZL Suchtzentrum Leipzigs zog, da dort ein Zimmer frei wurde. Dieser eher unwillkürliche Schritt erwies sich als negativ, da Anton kurze Zeit später durch Zufall seine Exfreundin wiedertraf, die auch für die Adaption nach Leipzig gekommen war. Sein bis zu diesem Zeitpunkt wieder relativ geregeltes Leben geriet ins Wanken, da er auf eine zweite Chance für die Beziehung hoffte. Nachdem Anton viel Zeit und Kraft investierte, beschloss er letztendlich diese Beziehung aufzugeben, da er realisierte, dass sie ihn mehr Kraft kostet als sie ihm gäbe.

Seine Kraft wollte Anton von nun an in die Aufarbeitung seiner noch bestehenden Probleme und Themen, die ihn beschäftigten stecken. Seine Nachsorgegespräche boten ihm hierfür den Raum. Hinzu kam ein Projekt durch das Anton wieder einen geregelten Alltag fand. Bei diesem Projekt handelt es sich um ein Arbeitserprobungs- und Beschäftigungsprojekt für abstinent lebende Suchtkranke, welches gleichzeitig als therapeutische Gemeinschaft fungiert. Es wird durch einen Förderverein finanziert und fällt somit nicht in den klassischen Bereich der ambulanten Nachsorge. Allerdings findet das Projekt in den Räumlichkeiten einer Suchtberatungs- und – behandlungsstelle statt, wodurch gegebenenfalls immer mindestens ein*e Sozialarbeiter*in als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

4.3 ANALYSE DES SOZIALEN NETZWERKS ALS EINFLUSSFAKTOR

Untersucht man Antons Suchtverlauf und seinen Rehabilitationsprozess, lassen sich viele Beobachtungen aus der Literatur bestätigen. Sowohl bei den Ursachen seiner Suchterkrankung, als auch bei den Auswirkungen ist sein soziales Umfeld als ein bedeutender Faktor anzusehen.

Mit Blick auf Antons Biographie ist die Scheidung seiner Eltern als ein einschneidendes Erlebnis hervorzuheben. Die Trennung der Familie stellt einen typischen Indika-

tor einer broken-home Situation dar und kann zu den Risikofaktoren einer Suchtentstehung gezählt werden (siehe Kapitel 2.3.1). Durch sein Alter von fünf Jahren war Anton zu diesem Zeitpunkt auf eine Sozialisierungsinstanz, in diesem Fall auf seine Eltern, angewiesen. Die eigene Persönlichkeitsentwicklung ist im Kindesalter noch nicht weit genug fortgeschritten um ein ausreichendes Repertoire an Schutzfaktoren (siehe hierzu Kapitel 2.3.1 Ursachen) zu bieten, die dieser Situation entgegenwirken könnten. Gerade die Anfangszeit, direkt nach der Trennung der Eltern, ist als eine starke Belastungssituation anzusehen. Die Trennung als solches musste von Anton verarbeitet werden und die neue Lebenssituation, das Zusammenleben mit der neuen Freundin seines Vaters mit Kinderanhang verstärkte die Belastung weiterhin. Anton konnte aufgrund seines Alters die Beziehung zu seinem Vater nicht beenden um damit der Belastung auszuweichen. Außerdem besteht bei Anton das Bedürfnis nach dem Kontakt zu beiden Elternteilen. Um diesem gerecht zu werden, kann wohl der ständige Wechsel von Antons Wohnsituation (abwechselnd bei seiner Mutter und seinem Vater) als Antons persönliche Lösungsstrategie erfasst werden. Der ständige Wechsel begünstigte jedoch seine innere Zerrissenheit. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Antons Familie gestörte Beziehungs- und Kommunikationsprozesse vorhanden sind, die eine Suchtentstehung begünstigen (vgl. Schay, 2013, S.18).

Den Halt, den ein Jugendlicher für seine Entwicklung in dieser Zeit braucht, fand er in seiner Clique. Die Clique übernahm dadurch auch den Platz als Sozialisierungsinstanz und die Normen und Werte, die in dieser Konstellation Beachtung fanden und wichtig erschienen wurden dem Einfluss seiner Eltern entzogen. Durch die Tatsache, dass der Konsum von Alkohol und THC immer in der Gruppe stattfand und Anton nicht alleine konsumierte, rechtfertigte beziehungsweise ließ Anton sein Konsum „normaler“ erscheinen. Die Tatsache, dass er durch seine eigene Wohnung immer von Freunden, die ihn besuchten umgeben war und man somit sein Konsummuster nicht mehr als Gelegenheitskonsum beschreiben konnte, blendete Anton aus. Schon bald hatte er keine drogenfreien Kontakte mehr, dies erschwerte die Entstehung einer Problemeinsicht. Erst Jahre später, durch den trennungsbedingten Zusammenbruch, entwickelte sich der Gedanke an seiner Situation zu arbeiten. Das Verlassenwerden von seiner Freundin wirkte sich zwar akut negativ auf Anton aus, andererseits löste diese Handlung indirekt auch bei ihm den Anstoß zur Therapie aus. Somit kann dies als positiver Einflussfaktor erfasst werden.

Mit Beginn des Rehabilitationsprozesses dagegen nimmt Antons Familie wieder einen wichtigeren Platz ein. Er erfährt viel Unterstützung seitens seiner Familie, die seinen kompletten Suchtverlauf miterlebt hat. Auffällig ist hierbei, dass der Kontakt während seines stationären Aufenthalts nicht sehr intensiv war. Während der 8 Monate fuhr Anton nur zweimal nach Hause, Telefonate fanden sporadisch statt. Blickt man auf die Ergebnisse Bühlers Studie zu Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit, scheint es sich bei Antons Beziehung zu seinen Eltern ähnlich wie bei den Ergebnissen der Studie zu verhalten. Zwar gibt Anton an, während des stationären Aufenthalts keinen regelmäßigen Kontakt zu seinen Eltern zu pflegen, trotzdem fühlt er sich von ihnen unterstützt.

Im Laufe des Rehabilitationsprozesses kam es jedoch auch zu schwierigen Beziehungsverhältnissen. Antons Mutter belasteten zunehmend Schuldgefühle, sie sah die Trennung der Familie als eine Ursache für Antons Suchtentstehung und machte sie Vorwürfe, dass sie ihren Kindern keine heile Familiensituation bieten konnte. Aus diesem Grund versuchte sie Anton so gut sie konnte zu unterstützen und nahm ihre Rolle als beschützende Mutter während des Rehabilitationsprozesses verstärkt ein. Trotz positiver Absicht seitens Antons Mutter kann ihr Verhalten als ein Beispiel für einen belastenden Aspekt sozialer Unterstützung angesehen werden. Ihre Schuldgefühle wandelte sie in ein Übermaß an Unterstützung um, dass sich auf die Beziehung zu ihrem Sohn eher negativ auswirkte. Ihre Besorgtheit führte dazu, dass sie immer genau über alle Entwicklungen in Antons Leben Bescheid wissen wollte und sich indirekt dadurch in viele Angelegenheiten einmischte. Für Anton führte dies zu einem schwierigen Abnabelungsprozess, der in seinem Alter im Normalfall längst vollzogen wäre. Diese Missstände im Entwicklungsprozess wurden jedoch durch Einzelgespräche mit Antons Psychologin im Rahmen der Nachsorge aufgedeckt und konnten dann konstruktiv bearbeitet werden. Es fanden mehrere Gespräche zu dritt, in Anwesenheit seiner Mutter, statt. In diesen Gesprächen wurde die Wichtigkeit von Antons eigenständiger Lebensführung herausgearbeitet.

Die Kontakte die Anton während seiner Adaption knüpfte, hielten nach Abschluss der Adaption an und zum Teil entwickelten sich daraus Freundschaften. Der ähnliche Hintergrund, beziehungsweise die Selbstbetroffenheit, die bei diesen Kontakten aus der Adaption ebenfalls vorlag, schaffte eine Verbindung. In dem Arbeitserprobungs- und –beschäftigungsprojekt knüpfte Anton weitere Kontakte. Nach und nach baute er sich ein Netzwerk als eine sichere Basis auf.

Sein jetziger Bekannten- und Freundeskreis stellt für ihn einen sicheren Halt dar. Gemäß den Effekten der sozialen Unterstützung (siehe Kapitel 2.1.2 Soziale Unterstützung), steigert allein das Wissen darum Antons Wohlbefinden (Haupteffekt). Bei schwierigen Situationen setzt der Puffereffekt ein, Anton hat im Gegensatz zu früher nun Ansprechpartner*innen, die ihm konstruktiv weiterhelfen können und ihm bei der Überwindung einer Belastungssituation beistehen.

5. SCHLUSSBETRACHTUNG

Gegenstand der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung sozialer Netzwerke suchtkranker Menschen und die Frage welche Rolle sie in Rehabilitationsprozessen spielen. Hierzu erfolgte

zuerst eine Auseinandersetzung mit der Begrifflichkeit der Rehabilitation, wobei die gesetzlichen Vorgaben zur Rehabilitation in Deutschland erläutert wurden. Daraufhin wurde ein kurzer historischer Rückblick der Entwicklung des Suchthilfesystems der Bundesrepublik Deutschland geliefert. Bei diesem gilt es als entscheidend, dass Abhängigkeit erst in den 60er Jahren als Krankheit anerkannt wurde. Im Bereich des Suchthilfesystems ebnete diese Anerkennung den Weg für die Entwicklung eines differenzierten Angebotsspektrums. Die gesellschaftlichen Auswirkungen dagegen können nicht als weitreichend bezeichnet werden. Denn obwohl seitdem viel Zeit vergangen ist, werden Abhängigkeitserkrankungen auch heutzutage oft noch durch die Gesellschaft weniger anerkannt beziehungsweise anders bewertet. Diese Tatsache kann mit als Ursache herangezogen werden, dass suchtkranke Menschen im Laufe ihrer Abhängigkeitserkrankung sozial immer mehr vereinsamen. Doch genau das Gegenteil, also eine gute soziale Einbindung, wirkt sich präventiv und bei schon bestehender Abhängigkeitsproblematik rehabilitativ aus. Diesem Thema widmet sich der zweite Abschnitt der Arbeit, Themen sind soziale Netzwerke, insbesondere Netzwerke süchtiger Menschen und ferner die Wirkungsweise sozialer Unterstützung. Außerdem wurden die Angebote und Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit vorgestellt. Im letzten Teil wurde ein Fall aus der Praxis aufgezeigt, um die vorher gelieferten Thesen zu verdeutlichen und zu untersuchen. Hierfür wurde ein kurzer biographischer Überblick eines Klienten geliefert, sein Suchtverlauf sowie sein Rehabilitationsprozess wurden hierbei dargestellt. Im Anschluss wurden diese dann im Bezug auf den Einfluss von sozialen Netzwerken analysiert.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass soziale Netzwerke eine signifikante Rolle im Rehabilitationsprozess spielen. Besonders im Hinblick auf ein langfristig er-

fülltes Leben ist neben der anhaltenden Abstinenz die soziale Einbindung ein wichtiger Faktor. Im Fallbeispiel wird aufgezeigt, dass bestimmte Konstellationen und Ereignisse, die das soziale Netzwerk einer Person betreffen, zur Entstehung einer Suchterkrankung führen können. Hierbei lassen sich Indikatoren finden, wie zum Beispiel eine vorliegende broken-home Situation. Dieser und weitere Indikatoren können sich als Risikofaktoren generalisieren lassen. Das Vorhandensein eines festen sozialen Netzwerks und persönliche Stärken lassen sich dagegen als Schutzfaktoren zusammenfassen. Die Risiko- und Schutzfaktoren sind unterschiedlich verteilt und jede*r Rehabilitand*in bringt seine/ihre individuelle Biographie mit, die auf dem Weg zur Abstinenz Beachtung finden muss. Der Prozess der Rehabilitation ist demnach kein zu verallgemeinernder Produktionsablauf, vielmehr soll die individuelle Gestaltung des Prozesses den Erfolg der Rehabilitation sichern.

Doch auch wenn das Angebotsspektrum der Suchthilfelandtschaft heutzutage vielfältig gestaltet ist, kristallisierten sich bei der Bearbeitung der Fragestellung klare Grenzen der Sozialen Arbeit heraus. Trainingsmaßnahmen zur Förderung sozialer Kompetenzen sind fester Bestandteil der meisten Therapiekonzepte. Doch wenn es darum geht Kontakte zu knüpfen oder im besten Fall richtige Freundschaften zu schließen, gibt es leider kein Patentrezept. Die Angebote der Sozialen Arbeit können sich bestimmt als hilfreich erweisen, doch letztendlich sind die Klient*innen auf sich gestellt wenn es darum geht ein gesundes soziales Netzwerk aufzubauen oder wiederzuerlangen. In der Realität gelingt dies leider nicht immer wie gewünscht.

Aus diesem Grund und im Anbetracht der aktuellen Entwicklungen, dem erneuten Anstieg der Zahl der Drogentoten in Deutschland (vgl. Bundeskriminalamt, 2016), sollten mehr Gelder für den Bereich der Suchthilfe bereitgestellt werden. Die Forschung und die Entwicklung neuer Konzepte sollten vorangetrieben werden, um die Angebote der Suchthilfe weiter auszubauen und zu verbessern.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Bachmann, El-Akhras 2014: Lust auf Abstinenz – ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Berlin: Springer Verlag.
- Bachmeier et al. 2016: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2013 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Sucht aktuell 1 2016, S.5-20.
- Beise, Uwe; Heimes, Silke; Schwarz, Werner 2013: Gesundheitslehre und Krankheitslehre, Berlin: Springer-Verlag.
- Bruns, Wiebke 2013: Gesundheitsförderung durch Soziale Netzwerke – Möglichkeiten und Restriktionen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Bühler, Johannes 2007: Risiko- und Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Drogenabhängigkeit. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Bullinger, Hermann; Nowak, Jürgen 1998: Soziale Netzwerkarbeit – eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.) 2007: Fachlexikon der Sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Fais, Jürgen 2004: Soziale Integration: Hilfe zur sinnvollen Freizeitgestaltung, in: Bürkle, Stefan (Hrsg.): Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S.138-148.
- Franke, Karola; Wald, Andreas 2006: Möglichkeiten der Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden in der Netzwerkanalyse, in: Hollstein, Betina; Straus, Florian (Hrsg.): Qualitative Netzwerkanalyse – Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.153- 176.
- Gilles, Annelie 2004: Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, in: Fasshauer, Klaus; Schönle, Paul Walter (Hrsg.): Chancen und Möglichkeiten der Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen. Ulm: Universitätsverlag Ulm GmbH, S.153-163.
- Gross, Werner 2016: Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Laireiter, Anton; Lettner, Karin 1993: Belastende Aspekte Sozialer Netzwerke und Sozialer Unterstützung. Ein Überblick über den Phänomenbereich und die Methodik, in: Laireiter, Anton (Hrsg.): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung – Konzepte, Methoden und Befunde. Bern: Verlag Hans Huber, S.101-111.
- Leonhardt, H.-J.; Mühler, K. 2010: Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Nestmann, Frank 2000: Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken, in: Stingst, Stephan; Zurhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit – Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag, S.128-146.

- Hochgürtel, Gerda 2015: Soziale Netzwerkarbeit in der Suchthilfe: Case Management als Methode der Sozialen Arbeit. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.
- Perkonigg, Axel 1993: Soziale Unterstützung und Belastungsverarbeitung: ein Modell zur Verknüpfung der Konzepte und Analyse von Unterstützungsprozessen. In: Laireiter, Anton (Hrsg.): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung – Konzepte, Methoden und Befunde. Bern: Verlag Hans Huber, S.115-127.
- Reithmayr 2008: Soziale Unterstützung – Ein Erfolgsfaktor für den beruflichen Wiedereinstieg nach einer beruflichen Rehabilitation? Dissertation. Universität Köln
- Reschke, Konrad 2000: Netze häkeln kann man lernen: Netzwerkinderventionen für die Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Regensburg: Roderer
- Röhrle, Bernd 1994: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Scheiblich, Wolfgang 2004: Soziale Integration: Aufbau tragfähiger sozialer Netze/Förderung der Beziehungsfähigkeit. In: Bürkle, Stefan (Hrsg.): Nachsorge in der Suchthilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S.123-137.
- Scheiblich, Wolfgang 2000: Was wirkt bei der Überwindung von Abhängigkeit? In: Nickolai, Werner (Hrsg.): Jenseits von Therapie. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S.13-33
- Scheit, Imke 2015: Rückfälligkeit bei abstinenz-orientierten Drogenkonsumenten*innen Deutung und Faktoren. Bachelor-Thesis. Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
- Sickinger, Fridolin 2000: Empowerment: Wie lassen sich Selbstheilungskräfte und soziale Hilfen im Netzwerk verknüpfen? In: Nickolai, Werner (Hrsg.): Jenseits von Therapie. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag S.35-50.
- Stimmer, Franz (Hrsg.) 2000: Suchtlexikon. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Teeson, M.; Degenhardt, L.; Hall, W. 2008: Suchtmittel und Abhängigkeit, Formen – Wirkung – Interventionen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Uchtenhagen, Ambros 2000: Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit, in: Uchtenhagen, Zieglängsberger (Hrsg.): Suchtmedizin, Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München: Urban & Fischer, S.193-195
- Weinhold, Kathy; Nestmann, Frank 2012: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen, in: Gahleitner, Silke B.; Hahn, Gernot (Hrsg.): Übergänge gestalten - Lebenskrisen begleiten. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH, S.52-67
- Wiegand, Georg (2000): Die Aufgaben und der Stellenwert der Sozialen Arbeit bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, in: Stingst, Stephan; Zurhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit – Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag, S.157-162

QUELLENVERZEICHNIS

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. In:

http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Abhaengigkeit.pdf (Zugriff: 19.07.2016)

Bundeskriminalamt 2016: Pressemitteilung Rauschgifthandel und Zahl der Drogentoten nehmen zu. In:

http://www.bka.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse2016/160428_Rauschgiftlaege.html (Zugriff: 21.07.2016)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.. In:

<http://www.unabhaengig-im-alter.de/index.php?id=106> (Zugriff: 8.03.2016).

Deutsche Rentenversicherung 2014: Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. In:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf?blob=publicationFile&v=2 (Zugriff: 23.03.2016).

Deutsche Rentenversicherung 2015: Entwöhnungsbehandlung – ein Weg aus der Sucht. In:

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232574/publicationFile/51584/entwoehnungsbehandlung.pdf> (Zugriff: 23.03.2016).

Deutsche Rentenversicherung 2010: Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. In:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/begutachtung/leitlinie_sozialmed_beurteilung_abhaengigkeitserkrankungen.pdf?blob=publicationFile&v=4 (Zugriff: 23.03.2016).

WHO 2013: ICD-10-GM Version 2013. In:

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f10-f19.htm> (Zugriff: 23.03.2016).

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Tabelle 1: Merkmale sozialer Netzwerke. Röhrle, Bernd 1994: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlag Union, S.14

Abb. 1: Abhängigkeitserkrankungen unter Bezugnahme auf die ICF. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, S.23

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die in den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit habe ich in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt.“

Hamburg, den 28.07.2016