



# Soziale Arbeit als massgebliche Kraft in der interprofessionellen Suchthilfe?

Gedanken zur Reflexion

*Peter Sommerfeld*<sup>1</sup>

Der Kontext, in dem das vorliegende Buch und somit auch dieser Beitrag steht, ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Einflüssen, welchen die Praxen der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe seit einiger Zeit bereits ausgesetzt sind. Diese Einflüsse werden im Beitrag der HerausgeberInnen sowie in dem von Savary et al. näher beschrieben. Deshalb ist es nicht nötig, hier im Detail noch einmal darauf einzugehen. Gleichwohl ist zumindest einmal als eine Art Ausgangsbedingung festzuhalten, dass die Soziale Arbeit über längere Zeit eine relativ unangefochtene Position in der Suchthilfe hatte, weil Sucht primär als soziales Problem angesehen wurde, und dass sowohl diese Leitorientierung als auch damit zusammenhängend die Position der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe unter Druck geraten sind. Die Stichworte sind Medizinalisierung, Ökonomisierung und neue Steuerungs- und Finanzierungsmodalitäten. Es geht deshalb um die Frage nach der Leitorientierung, die in der Suchthilfe herrscht. Ist es die medizinische, die ökonomische, die administrative oder ist es die sozialarbeiterische? Und worin würde diese sozialarbeiterische Leitorientierung denn eigentlich bestehen? Und wenn es heutzutage nicht mehr um die eine Leitorientierung gehen kann, sondern um interprofessionelle Kooperation, dann ist die Frage, wie diese sinnvoll gestaltet wird, also woraufhin diese interprofessionelle Kooperation ausgerichtet ist, wie die Leitorientierungen der einzelnen beteiligten Professionen zum Zwecke der Kooperation aufeinander bezogen werden, und wie der Beitrag der Sozialen Arbeit darin am besten zur Geltung gebracht werden kann. Die Strategie der «Multiprofessionalität» (vereinfacht: alle machen alles, Differenz und Qualifikation werden verwischt) führt zwar zu einer vordergründigen Befriedung der

---

<sup>1</sup> Professor am Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Nordwestschweiz.

interprofessionellen Auseinandersetzungen um Zuständigkeit, aber auch zu einer Verschleierung der Dominanz der medizinischen Lektorientierung, die sich hintergründig und unterstützt durch die Gesetzgebung und Finanzierungsmodalitäten durchsetzt, wie ich exemplarisch vor Kurzem einmal gezeigt habe (Sommerfeld 2016b).

Dieser Hintergrund ist der Sinnhorizont, in dem auch die Frage angesiedelt ist, ob die Soziale Arbeit (noch) eine massgebliche Profession sei. Es ist auch der Hintergrund, vor dem sich die Frage nach der Positionierung überhaupt in einer gewissen Dringlichkeit stellt. Je nach Einschätzung der aktuellen Trends kann man dies gelassen sehen oder aber als eine dramatische Bedrohung der Rolle und der Position der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe oder der ambulanten Suchthilfe insgesamt (vgl. z. B. GVS 2017). Mindestens aber ist festzuhalten, dass die Soziale Arbeit definitiv von diesen Entwicklungen betroffen ist, und dass sie dadurch aufgefordert sein müsste, darauf zu reagieren und ihr Profil in diesen Prozessen weiterzuentwickeln, zu schärfen und sich in unterschiedlichen Arenen, nicht zuletzt in den für die Finanzierung entscheidenden Arenen des politisch-administrativen Systems (Legislative und Exekutive) und der Öffentlichkeit als wichtige (kollektive) Akteurin zu behaupten (vgl. Abbott 1988). Das Kompetenzprofil, das die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (DGSAS 2016) unlängst erstellt hat, ist ein Beispiel, das als Reaktion auf diese Anforderung zu verstehen ist.

Das Ziel dieses Beitrags hier ist, Grundlagen für die Schärfung des Profils der Sozialen Arbeit zu liefern und damit unter anderem auch die Reflexion über den Stand der Dinge anzuregen, wie er sich beispielsweise in den im vorliegenden Band versammelten Beiträgen spiegelt.

## **1. Warum Sucht als soziales Problem?**

Es geht im Folgenden also zunächst einmal darum zu begründen und damit in einem ersten Schritt das Bewusstsein zu schärfen, warum die Lektorientierung der Sozialen Arbeit die interprofessionelle Kooperation in der Suchthilfe und darin das Behandlungsspektrum bereichert. Nicht im Konjunktiv oder im Futurum, denn sie ist ein wertvoller Teil der Suchthilfe faktisch jetzt schon und seit langem. Zumindest quantitativ und für

Deutschland kann belegt werden, dass die Soziale Arbeit nach wie vor die grösste Berufsgruppe in der Suchthilfe darstellt, was indirekt auf ihre Bedeutung und Zweckmässigkeit rückschliessen lässt (vgl. Schulte-Derne 2019).

Vor dem Hintergrund der genannten Tendenzen und im Hinblick auf die zu gestaltenden Herausforderungen, denen sich die Soziale Arbeit darauf bezogen ebenso faktisch ausgesetzt sieht, stellt sich die Frage, warum Sucht wieder vermehrt *auch als soziales Problem* angeschaut werden sollte, und warum dementsprechend die Soziale Arbeit als eine massgebliche Kraft auch weiterhin und wieder verstärkt in der interprofessionell organisierten Suchthilfe wirken sollte, und zwar *als eigenständige und über ihren ausgewiesenen Zuständigkeitsbereich erkennbare und insofern in ihrer Differenz komplementäre Profession mit spezifischen Beiträgen, Methoden und Kompetenzen*.

### 1.1 Die sozialepidemiologische Evidenz

Über die grosse Bedeutung sozialer Determinanten im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen kann es heute keinen Zweifel mehr geben. Im sogenannten Marmot-Report wurde z. B. der immense Einfluss sozialer Ungleichheit auf Mortalität und Morbidität nachgewiesen: 17 Lebensjahre weniger ohne schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung beträgt der Unterschied im Durchschnitt zwischen dem niedrigsten Einkommensquintil (unterste 20 %) und dem höchsten in Grossbritannien (Marmot 2013: 25; vgl. zu Gesundheit und soziale Ungleichheit für die Schweiz z. B. Obsan 2015). In Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen lässt sich festhalten, dass die Bedeutung sozialer Merkmale und Einflussfaktoren für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Wiedererlangung psychischer Gesundheit nachgewiesen ist (z. B. Baer et al. 2013).

Neben den sozialen Determinanten, also Faktoren, die als Ursachen für Sucht angesehen werden können, ist auch zu berücksichtigen, dass Sucht häufig schwerwiegende soziale Folgen hat, die im Hinblick auf die jahrelangen Verläufe von Suchterkrankungen unmittelbar zu sozialen Determinanten des weiteren Prozesses werden. Die sozialen Folgen sind jedenfalls markant: So hält das Bundesamt für Gesundheit der Schweiz in seinem vom Bundesrat verabschiedeten Strategiepapier fest: «Verglichen

mit der Gesamtbevölkerung sind abhängige Menschen häufiger arbeitslos, fürsorgeabhängig, verschuldet oder verfügen öfter über eine instabile Wohnsituation, wobei sich diese Faktoren gegenseitig bedingen und verstärken können» (BAG 2015: 40). Hinzu kommt der ganze Bereich der Kriminalität nicht nur im Hinblick auf die illegalen Drogen, sondern auch im Hinblick auf Gewalt und andere Straftaten, die unter Einfluss von Suchtmitteln begangen werden. Mit diesen Folgen ist im Grunde der *klassische Zuständigkeitsbereich der Sozialen Arbeit* (soziale Probleme im Sinne von Armut, Arbeitslosigkeit, Devianz und Desintegration) bereits umrissen.

Hinzu kommen die folgenden Fakten: Mit der Sucht sind Angehörige, ArbeitskollegInnen, Freunde und vor allem Kinder mitbetroffen. In der Schweiz sind ca. eine halbe Million nahe Angehörige allein in Bezug auf ein Alkoholproblem mitbetroffen (Marmet & Gmel 2015) und müssen die Beziehung entsprechend gestalten oder aushalten, oftmals begleitet von häuslicher Gewalt. Davon sind ca. 100 000 Kinder mitbetroffen, wieder nur in Bezug auf Alkohol,<sup>2</sup> deren Entwicklungsoptionen dadurch massiv beeinträchtigt werden. Eine messbare Folge davon ist, dass Kinder aus Familien, die von der Sucht mindestens eines Elternteils strukturiert werden, im Vergleich zu anderen Kindern ein sechsfach erhöhtes Risiko tragen, selbst süchtig zu werden (vgl. SFA 2007) und damit den Kreislauf von Armut, Devianz oder Desintegration eventuell fortzuführen.

### 1.2 Zur Komplexität psychosozialer Dynamik

Psychische und soziale Prozesse sind strukturell gekoppelt. Das heisst, das eine ist Voraussetzung für das andere. Wir haben diese strukturelle Kopplung und die damit in den Blick kommende komplexe Dynamik bei Re-Integrationsprozessen mit unserer eigenen Forschung nachgewiesen (vgl. Sommerfeld et al. 2011). Dieser Befund wird durch den Teil der neurowissenschaftlichen Forschung, der sich mit der menschlichen Sozialität befasst, breit und erdrückend bestätigt. Cozolino (vgl. 2007) z. B. bezeichnet das Gehirn als «soziales Organ». Damit bringt er zum Ausdruck, dass sich sowohl in phylo-, als auch ontogenetischer Hinsicht das Gehirn mit und in

---

<sup>2</sup> Vgl. Infoseite «Suchtbelastete Familien» von Sucht Schweiz: [www.suchtschweiz.ch/suchtbelastete-familien](http://www.suchtschweiz.ch/suchtbelastete-familien), Zugriff 31.12.2019.

sozialen Prozessen formt und zugleich die historisch je aktuelle Form menschlicher Sozialität (Gesellschaft) ebenso ermöglicht wie die individuelle Lebensführung in sozialen Verhältnissen.

Es gibt diverse gute Erklärungsmodelle, wie sich diese strukturelle Koppelung gestaltet, die hier nicht ausgeführt werden können. Zum Beispiel hat Thomas Fuchs die «Einheit von Organismus und Umwelt im Lebensvollzug» in dieser Hinsicht überzeugend beschrieben (vgl. Fuchs 2017; vgl. auch Sommerfeld 2019). Ein sehr bekanntes Erklärungsmodell stammt von Klaus Grawe, der aufgrund seiner Modellierung des Zusammenhangs im Hinblick auf die Reichweite von Psychotherapie zu folgendem Schluss kommt: Die sozialen Lebensbedingungen «sind Inkongruenzquellen, auf die die Psychotherapie in der Regel keinen oder sehr begrenzten Einfluss hat. Sind diese ungünstigen Lebensbedingungen sehr ausgeprägt, wird man den Zustand des Patienten alleine mit Psychotherapie kaum nachhaltig verbessern können» (Grawe 2004: 412).

Wir haben die Ausrichtung der Sozialen Arbeit an sozialen Problemen mit unserer Begrifflichkeit von Integration und Lebensführung im Hinblick auf diese hier nur kurz angerissene komplexe psychosoziale Dynamik theoretisch weiterentwickelt und mit dem Modell des Lebensführungssystems (LFS) operationalisiert (Sommerfeld et al. 2011). Dieses Modell wird weiter unten noch ausführlicher dargestellt. Hier lässt sich jedenfalls schon einmal festhalten, dass Sucht eine der Problematiken ist, die ein Lebensführungssystem mit all seinen darin gefassten sozialen Beziehungen und Interaktions- und Integrationsarrangements sozusagen in «Schräglage» bringen können, mit den oben ansatzweise skizzierten Folgen für die Integration und Lebensführung der Süchtigen und der signifikanten anderen AkteurInnen, mit denen die betroffene Person in Beziehung steht. Weil diese Modellierung nicht nur die Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft differenziert beschreibt, sondern auch den Wissensstand zu psychosozialen Prozessen verarbeitet, bildet es eine geeignete Grundlage, therapeutische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische ebenso wie sozialpädagogische Massnahmen fallbezogen aufeinander abzustimmen und zugleich mit dem klassischen Aufgabengebiet der Sozialen Arbeit zu verknüpfen.

### 1.3 *Handlungsbedarf*

Sowohl der oben genannte Marmot-Report als auch die Akademien der Wissenschaften Schweiz kommen zu dem Schluss, dass die zentralen Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitssystem auch und gerade in einem nicht-medizinischen Bereich liegen (vgl. AWS 2014). In der oben bereits zitierten «Nationalen Strategie Sucht» wird unter «Handlungsbedarf» festgehalten, dass u. a. zur Reduktion der hohen Folgekosten von Suchterkrankungen «sich die Herausforderung [stellt], Menschen gesundheitlich zu rehabilitieren und für ihre soziale (Wieder-) Eingliederung zu sorgen (...). Auf der Ebene der Suchthilfe gilt es zum einen, die eher medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringer und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen und eine effiziente Kooperation aufzubauen, damit trotz unterschiedlicher finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen die Qualität und Wirksamkeit des Suchthilfesystems und der Suchtprävention nachhaltig sichergestellt werden kann [sic!]. Hierfür muss zukünftig auch die Finanzierung dieser Koordinationsleistungen geklärt werden. Zum andern gilt es, die Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Leistungserbringern ausserhalb des Suchthilfesystems zu stärken und zu verbessern, damit die Betroffenen und ihr Umfeld gesundheitliche und soziale Unterstützung finden» (BAG 2015: 43). Im Grundsatz wird mit dieser impliziten Kritik an der bestehenden Suchthilfe und dem ausgewiesenen Handlungsbedarf auch ein strukturelles Problem angesprochen, nämlich, dass die Suchthilfe zwischen den Politikfeldern Gesundheit und Soziales angesiedelt ist, woraus u. a. die Frage nach der Finanzierung von Koordinationsleistungen resultiert, und weswegen sowohl die medizinisch-therapeutische Leitorientierung als auch die Orientierung an sozialen Problemen nach wie vor grundsätzlich bedeutsam sind.

### 1.4 *Handlungsoptionen: Zur Gestaltung der interprofessionellen Kooperation*

Die Soziale Arbeit ist traditionell im Bereich der Sozialpolitik angesiedelt, 20 bis 25 % aller Sozialarbeitenden arbeiten aber im Bereich des Gesundheitssystems (vgl. Homfeldt 2012 für Deutschland; ähnlich für die Schweiz

BFS 2013). Die Soziale Arbeit ist also rein schon auf der strukturellen Ebene prädestiniert, die Brücke zwischen Gesundheitssystem und dem System der sozialen Hilfen zu bauen und diese Schnittstelle professionell zu bedienen, und das heisst u. a. die notwendigen Koordinationsleistungen zu erbringen.

Es wurde eingangs erwähnt, dass die interprofessionelle Kooperation ein übergeordnetes Modell benötigt, auf das bezogen die Diskurse und die Kooperation organisiert werden können. Ansonsten genügt auch das Delegationsverfahren. Ein solches Modell existiert im Grundsatz, nicht aber in der praktischen Umsetzung: Die Rede ist vom sogenannten bio-psycho-sozialen Modell, das die WHO seit vielen Jahrzehnten propagiert und das als allgemein bekannt vorausgesetzt werden kann, wenngleich zumeist nur als Metapher, weil die strukturelle Koppelung zwischen den Ebenen ignoriert wird. Die praktische Umsetzung leidet daran, dass die soziale Dimension im Hinblick auf konkrete Interventionen systematisch unterbeleuchtet ist, ausserdem zumeist unterkomplex konzipiert wird (wegen der Dominanz der primär auf Biologie und Biochemie abstellenden medizinischen Lektorientierung). Wenn man die Soziale Arbeit als zuständig für die Bearbeitung von sozialen Problemen ansieht, und wenn Krankheit im Allgemeinen und Sucht im Speziellen soziale Determinanten (Stichwort soziale Ungleichheit) und soziale Folgeprobleme aufweisen, dann lässt sich daraus unschwer eine mögliche Zuständigkeit der Sozialen Arbeit für die Behandlung der sozialen Dimension begründen. Damit könnte die soziale Dimension des WHO-Modells systematisch professionell ausgebaut werden. Daraus speist sich die These, dass die Soziale Arbeit (wieder) eine massgebliche Kraft in der Suchthilfe werden kann bzw. sollte.

### 1.5 *Zwischenfazit: Wo stehen wir?*

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Soziale Arbeit nicht zufällig eine bedeutsame Kraft in der Suchthilfe war und ist und auch in Zukunft sein sollte und wahrscheinlich auch sein wird, weil Sucht faktisch in ihren Folgen und mindestens teilweise in ihrer Verursachung eine soziale Problematik darstellt. Die Perspektive der Sozialen Arbeit und ihre Ausrichtung auf die Bearbeitung von sozialen Problemen sind grundsätzlich komple-

mentär zur medizinisch-(psycho-)therapeutischen Orientierung und ergänzen sie sinnvoll. Die Differenz kann deutlich bezeichnet werden und sie eignet sich im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells, um eine eigene Zuständigkeit zu begründen, die im Kontext des zur Verfügung stehenden Wissensstandes und politischer Strategien eine bedeutende Rolle spielen kann. Die Soziale Arbeit kann diese Funktionalität aber nur realisieren, so die hier vertretene These, wenn sie die Differenz und die funktionale Komplementarität stark machen kann. Dazu muss sie eine massgebliche Kraft im Sinne einer eigenständigen Profession sein, die sich Gehör verschaffen kann und die Behandlungen anbietet, die ihrer Zuständigkeit entsprechen, die dem Stand ihrer fachlichen Entwicklung entsprechen und die ihr zugerechnet werden, und das heisst, dass sie nicht im Meer der medizinisch-therapeutisch strukturierten Multiprofessionalität oder ihrer eigenen Diffusität verschwimmen.

Ist nun also alles in Ordnung und können wir beruhigt zur Tagesordnung übergehen, nachdem nun ja gezeigt wurde, dass und warum die Soziale Arbeit eine wichtige Akteurin in der Suchthilfe ist? Nun, eine prinzipiell wichtige Akteurin ist noch keine massgebliche Profession. Der Professionssoziologe Andrew Abbott (vgl. 1988), auf den oben schon Bezug genommen wurde, zeigt dies deutlich: Professionen konkurrieren auch um Zuständigkeit und darüber vermittelt um Ressourcen. Die Zuständigkeit muss daher durchgesetzt werden. Wissen, selbstverständlich inklusive Handlungswissen, ist bei Abbott die «Währung», mit der die interprofessionellen Kämpfe um Zuständigkeit und damit um ihre Position zueinander in unterschiedlichen Arenen (Öffentlichkeit, Gesetzgebung, Arbeitsplatz) ausgefochten werden. Es gibt noch andere Machtquellen, die wir hier aber vernachlässigen können.

Wenn wir die in diesem Band versammelten Beiträge als Selbstbeschreibungen lesen und somit, wie sich die Praxen der Sozialen Arbeit darstellen und positionieren, dann fallen mir die folgenden Punkte auf, ohne hier auf die Beiträge im Einzelnen eingehen zu können, noch zu wollen:

- Es gibt eine grosse Bandbreite und Vielfalt, die in den Beiträgen sichtbar wird. Das heisst zum einen, dass die Soziale Arbeit in unterschiedlichen Feldern der Suchthilfe präsent ist, in unterschiedlichen Zuschnitten daherkommt, mit unterschiedlichen Zielpublika



und Zielsetzungen und daher auch mit unterschiedlichen Methoden arbeitet, unterschiedliche Nischen besetzt. Dies ist ein Beleg dafür, dass die Soziale Arbeit faktisch ein wichtiger Player in der Suchthilfe ist und ganz offenbar auch wichtige Angebote hervorgebracht hat, die nach wie vor nachgefragt werden, weil sie funktional für die Suchthilfe sind. Das ist ein erfreulicher Befund, der angesichts des oben dargelegten Gewichts der sozialen Dimension für den Verlauf einer Sucht auch nachvollziehbar ist.

- Die grosse Bandbreite gilt aber zum anderen auch im Hinblick auf den Grad der Ausarbeitung der einzelnen Beiträge. Vor dem Hintergrund der soeben noch einmal betonten Bedeutsamkeit von Wissen für die Durchsetzung professioneller Zuständigkeit fällt besonders auf, dass ein relativ grosser Teil der Beiträge ohne Bezug zur Literatur der Sozialen Arbeit zum Thema Sucht, ohne Bezug auf eine Theorie der Sozialen Arbeit, ohne Bezug auf Literatur zur Methodologie auskommt und viele Beiträge gerade in methodischer Hinsicht keine oder nur eine unzureichende Systematik oder systematische Begründung aufweisen. Ebenso fehlt fast immer irgendeine Thematisierung der Zuständigkeit oder der Funktion der Sozialen Arbeit sowie der Spezifität, welche die Soziale Arbeit in einem bestimmten Kontext auszeichnet. Stattdessen beziehen sich einige Beiträge auf eigene, organisationsinterne Dokumente wie z. B. Leitbilder oder auf gesetzliche Vorgaben oder auf Richtlinien bzw. Verlautbarungen von Amtsstellen oder im besseren Fall des Berufsverbands. Wie gesagt: Es gibt hier eine grosse Bandbreite, das heisst, dass es auch einige Beiträge gibt, für die alle soeben genannten Punkte nicht zutreffen. Auch das ist für sich genommen interessant.

Warum ist der Teil der Beiträge, die mehr oder weniger ohne Wissensbezug auskommen, aus meiner Sicht problematisch? Die Problematik besteht nicht darin, dass in den entsprechend beschriebenen Praxen keine gute Arbeit geleistet wird. Das kann zwar sein, das kann aber auch nicht sein, das kann jedenfalls auf dieser Grundlage gar nicht beurteilt werden. Der Punkt ist vielmehr, dass zu einer Profession, insbesondere zu einer massgeblichen Profession, ein systematischer Wissenskorpus gehört, auf den die einzelnen Organisationen und Berufsangehörigen abstellen und

sich dadurch als Teil dieses grösseren Zusammenhangs der Profession darstellen und kenntlich machen (können). Es ist eigentlich offensichtlich, dass dadurch die Durchsetzungschancen grundsätzlich gesteigert werden können, zum einen wegen des grösseren institutionellen Gewichts, das zur Geltung gebracht werden kann, vor allem aber weil eine Profession die Repräsentation des systematisch erarbeiteten Kompetenz- und Wissensstandes darstellt, aus dem das institutionelle Gewicht letztlich resultiert.

Die Tendenzen im Feld der Suchthilfe, die als Ausgangspunkt dieses Beitrags markiert wurden, wirken. Sie stellen die Praxen und die einzelnen Fachkräfte der Sozialen Arbeit vor Herausforderungen. Die Art und Weise, wie sie sich in Bezug auf diese Herausforderungen der Strukturierung des Feldes in der interprofessionellen Kooperation positionieren, wie sie ihre professionelle Zuständigkeit kenntlich machen und wie sie sodann ihrer Fachlichkeit Geltung verschaffen (können), wird die Entwicklung wesentlich beeinflussen. Und diese Entwicklung kann in verschiedene Richtungen laufen. Eine Alternative zu einer massgeblichen Profession könnte das Verschwinden der Sozialen Arbeit aus der Suchthilfe sein. Das ist sehr unwahrscheinlich, weil die soziale Dimension der Bearbeitung bedarf, und weil die traditionelle Kodierung der Sucht als soziales Problem ein gesellschaftliches Beharrungsvermögen hat, das der Sozialen Arbeit in die Karten spielt, ohne dass sie dafür viel tun muss. Eine andere, sehr viel wahrscheinlichere Alternative ist die Fortschreibung der jetzigen Tendenzen, nämlich, dass die Soziale Arbeit als Beteiligte im multiprofessionellen Setting zwar Bestand haben wird, aber in der Form einer Hilfsprofession oder einer «Semiprofession» (vgl. Etzioni 1969). Das Problematische daran ist nicht, dass damit ein geringerer Status einhergeht, sondern dass damit einhergeht, dass die Soziale Arbeit ihre Fachlichkeit nicht vollständig, sondern immer nur im Zuschnitt durch andere zur Geltung bringen kann, und dass die soziale Dimension in einem politökonomisch und medizinisch strukturierten Arbeitsfeld auch weiterhin nicht angemessen bearbeitet werden wird, zum Schaden vieler Betroffener und deren Angehöriger.

## 2. .... und wie kann es weitergehen?

Um nicht mit einem eher düsteren Szenario zu enden, was angesichts des strukturellen Gewichts der sozialen Dimension, angesichts der sich aktuell bietenden Chancen (siehe Strategie Sucht) und dem ausdifferenzierten Stand der Praxen auch völlig abwegig wäre, soll im zweiten Teil des Beitrags skizziert werden, wie der Weg hin zu einer vollständigen und massgeblichen Profession aussehen könnte.

Voraussetzung ist, dass diese Idee einer vollständigen und massgeblichen Profession überhaupt ein Ziel wäre, auf das wir uns einigen könnten, weil wir davon überzeugt wären, dass dadurch eine verbesserte Suchthilfe zum Wohle der Betroffenen realisiert werden kann. Wenn man der oben dargelegten Argumentation folgt, dann ist der Schlüssel das biopsychosoziale Modell und der darauf bezogene Zuständigkeitsanspruch der Sozialen Arbeit auf die Bearbeitung der sozialen Dimension. Die zweite Voraussetzung wäre daher, dass dieser Zuständigkeitsanspruch in ein mehr oder weniger stark geteiltes Verständnis der Aufgabe bzw. der Funktion der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe transformiert würde. Nur wenn diese Voraussetzung gegeben ist, kann etwas entstehen, das über die individuelle Handlungsroutine oder das Konzept einer einzelnen Organisation hinausgeht. Denn nur eine geteilte professionelle Perspektive, kann in den Aushandlungsprozessen in den verschiedenen Arenen (also nach aussen) auch effektiv zur Geltung gebracht werden. Gleichzeitig ist diese geteilte professionelle Perspektive notwendig dafür, dass intern die Entwicklung der Professionalität, also der fachlichen Standards, als gemeinsame Aufgabe verstanden und vorangetrieben werden kann. Und dazu – und das ist für manche vielleicht weniger nachvollziehbar – braucht es Theorie. Oder anders formuliert: Es braucht geteilte Modelle, auf die die Anstrengungen der Einzelnen bezogen werden können, sodass etwas Konsistentes, etwas Systematisches, etwas eben dieser Profession Zurechenbares entsteht, nämlich das, was man als konsolidierten professionellen Wissenskörper bezeichnen kann (vgl. Obrecht 2009, 2012; Sommerfeld 2016a; Sommerfeld et al. 2016). Senge (vgl. 1998) hat dies für die lernende Organisation wunderbar beschrieben und dasselbe gilt für Professionen, die überorganisational funktionieren und daher auch überorganisational lernen. Ohne geteilte Modelle (ohne geteilte Theorie) findet kein Lernen

statt und auch die (professionelle) Identitätsbildung steht dann auf wackligen Beinen. Wenn ich hier noch einmal auf die Beiträge in diesem Band Bezug nehme, dann ist einfach der Befund unvermeidlich, dass von diesen geteilten Modellen, dass von dieser gemeinsamen professionellen Perspektive, dass von einem eigenen Wissenskörper der Sozialen Arbeit, auf den Bezug genommen wird, wenig zu erkennen ist.

Da mit diesem Beitrag ja das Ziel verfolgt wird, Grundlagen für die Reflexion zu bieten, sollen nun abschliessend einige theoretische Modelle vorgestellt und damit zur Diskussion gestellt werden, die als Orientierung dienen können. Es handelt sich dabei ausschliesslich um die zentralen Modelle unseres eigenen theoretischen Ansatzes aus «Integration und Lebensführung» (vgl. Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016). Natürlich gibt es andere Theorieangebote (vgl. z. B. Lambers 2018). Es ist hier nicht das Ziel eine Debatte über diese Vielfalt zu führen oder gar einen systematischen Vergleich anzustellen. Hier geht es darum, den Wert der Theorie für den Aufbau eines professionellen Wissenskörpers exemplarisch zu zeigen. Nur so viel noch zum Thema der Vielfalt: Die Wahl der Theorie ist nicht beliebig oder sollte es zumindest nicht sein. Zum einen spielt die wissenschaftliche Qualität selbstverständlich eine entscheidende Rolle, u. a. geht es hier um die theoretische Konsistenz, um die Erklärungskraft und auch um den empirischen Gehalt. Zum anderen geht es aber auch um die Funktionalität der Theorie in Bezug auf das Fach, in dem sie angesiedelt ist. In unserem Fall und in Bezug auf den Aufbau eines professionellen Wissenskörpers wären insbesondere zwei Kriterien massgeblich. Erstens: Kann die Theorie das bio-psycho-soziale Modell und darin besonders die strukturelle Kopplung zwischen Individuen und sozialen Zusammenhängen so aufschliessen, dass darauf bezogenes Handeln und dessen Wirkungen erklärt werden können? Zweitens und damit zusammenhängend: Ist die Theorie geeignet, die verschiedenen Verfahren und methodischen Ansätze der Sozialen Arbeit (hier in der Suchthilfe) zu integrieren? Integrieren heisst hier, in einem konsistenten theoretischen Entwurf in ihrer Wirkungsweise erklären und somit als zusammenhängendes Ganzes darstellbar machen.

Eine sinnvolle Möglichkeit der Reflexion vor dem soeben geschilderten Hintergrund würde darin bestehen, die nun vorzustellenden Modelle in Bezug auf die in den Beiträgen in diesem Buch beschriebenen Praxen

gedanklich zu testen. Die reflexive Leitfrage wäre, ob die Modelle tragfähig und geeignet erscheinen, eine gemeinsame professionelle Perspektive und einen konsolidierten Wissenskorpus der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe aufzubauen? Kann die in den einzelnen Beiträgen dokumentierte Diversität als systematisch untereinander verbunden darstellbar gemacht werden? Und kann eine Bezugnahme auf die Modelle respektive die Theorie mehr Tiefe in die Darstellungen bringen und würden die Begründungen, z. B. der Methodenwahl, verbessert werden?

2.1 Das Grundmodell

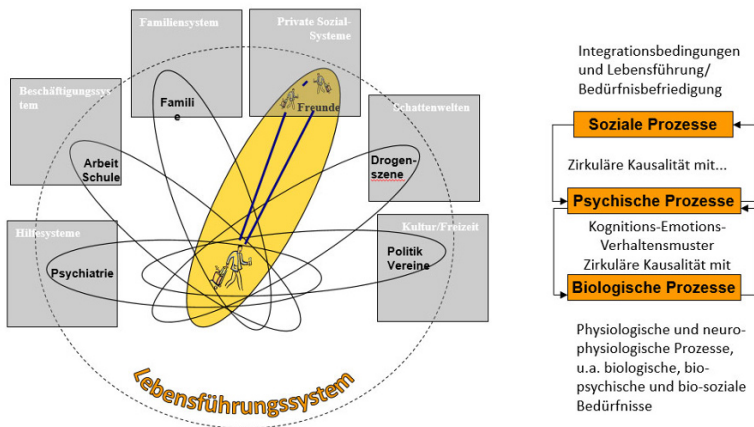


Abbildung 1: Das Lebensführungssystem

Das erste Modell ist das weiter oben bereits erwähnte Modell des Lebensführungssystems. Dieses Modell ist das Zentrum einer allgemeinen Theorie der Sozialen Arbeit, die hier nicht ausführlich dargestellt werden kann (vgl. Sommerfeld et al. 2011; Sommerfeld et al. 2016). Es ist der Versuch, den unmittelbaren Gegenstand der Sozialen Arbeit in einem Bild darzustellen. Es ist der Versuch, die allgemein geteilte Auffassung, dass Soziale Arbeit an der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft arbeitet, konsequent theoretisch zu modellieren. In der Grafik wird angedeutet, dass dazu strukturell gekoppelte Prozesse auf mindestens drei Ebenen mitgedacht werden müssen, nämlich auf der sozialen, der psychischen und der

biologischen. Deshalb eignet sich diese Theorie u. a. besonders für die Frage nach der Kooperation mit dem Gesundheitssystem, wenn dort das bio-psycho-soziale Modell gilt.

Die Soziale Arbeit befasst sich also nicht mit einem Individuum, das irgendwie mit einer Umwelt zusammenhängt, die dann oft genug aus dem Blick gerät (Stichwort: Individualisierung von sozialen Problemen durch die Soziale Arbeit), sondern sie arbeitet an und mit dem *gesamten* Lebensführungssystem, als dem systemisch beschreibbaren dynamischen Zusammenhang des Individuums mit seiner unmittelbaren sozialen und sozio-kulturell strukturierten Lebenswelt. Es kann daher an dieser Stelle schon einmal die Aussage gemacht werden, dass die Soziale Arbeit also sowohl am individuellen Vermögen (Bildung im weitesten Sinne), als auch an der aktualisierten Form der Integration (soziale Interventionen), als auch soweit möglich an den Integrationsbedingungen (sozial-strukturelle und sozio-kulturelle Interventionen) in dem Sinn arbeiten wird, dass Potenziale im Hinblick auf die Lebensführung und deren Konsequenzen für dieses Individuum und andere ausgelotet und erschlossen werden. In grundsätzlicher Übereinstimmung mit Thierschs «gelingenderem Alltag» (vgl. Thiersch 1986) und gleichwohl in Abwandlung von ihm kann an dieser Stelle die Zieldimension grob als «gelingendere» Lebensführung bezeichnet werden.

Der Zusammenhang zur Sucht kann grob folgendermassen beschrieben werden: Eine (schwere) Sucht erschüttert das Lebensführungssystem eines Menschen, und zwar rundherum, das heisst, sowohl die individuellen Muster der Lebensführung und Lebensbewältigung greifen unter Umständen nicht mehr, als auch die Interaktion mit anderen (z. B. Angehörige) und letztlich die Form der Integration in diverse Handlungssysteme werden davon betroffen. Bei ungünstigen Verläufen kann dies zu desintegrativen Prozessen führen (Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, Überforderung von Angehörigen etc.), die dann wiederum zu Determinanten für den weiteren Verlauf werden. Und umgekehrt wird der Verlauf positiv beeinflusst, wenn im Lebensführungssystem z. B. soziale Unterstützung, sozialer Einfluss, soziales Engagement und Zugang zu wichtigen Ressourcen erhalten oder (wieder) aktiviert werden können (vgl. Berkman & Krishna 2014).

Die Funktion der Sozialen Arbeit in diesem Zusammenhang besteht also darin, einen Beitrag zur möglichst vollständigen Teilhabe von süchtigen Menschen an der Gesellschaft zu leisten, indem sie diese Menschen in deren Lebenswelt und bei deren durch die Sucht herausgeforderten Lebensbewältigung unterstützt und begleitet. Diese Funktion führt die Soziale Arbeit dazu, dafür zu sorgen, dass sich die Sucht nicht in Formen der Lebensführung transformiert, die zusätzlich zu körperlichen oder psychischen Folgen durch eine starke soziale Problematik belastet werden. Es geht hier um die möglichst weitgehende Erhaltung der Funktionalität eines Lebensführungssystems trotz (schwerer) Sucht. Andererseits, auch in einem präventiven Sinn, sorgt die Soziale Arbeit dafür, dass die Potenziale des Lebensführungssystems aktiviert und ggf. neue erschlossen werden, um die Sucht sich möglichst gar nicht erst in problematischer Weise entwickeln zu lassen oder sie gut zu bewältigen und möglichst vollständig am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dieser letzte Punkt gilt insbesondere dann, wenn das Lebensführungssystem von süchtigen Menschen bereits vor deren Erkrankung durch Mangel oder ungünstige Formen der Integration gekennzeichnet war, sodass die soziale Dimension als ein ursächlicher Faktor für das Auftreten der Sucht angesehen werden muss.

Die Soziale Arbeit, wie wir sie verstehen, setzt an den sozialen Lebensbedingungen, an den sozialen Integrationsarrangements an, in und mit denen die Individuen ihr Leben führen. Es geht in der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe grundsätzlich um die Realisierung gesellschaftlicher Teilhabe unter den beeinträchtigenden Bedingungen einer schweren Sucht, heruntergebrochen auf die Formen der Integration in die konkreten Handlungssysteme und die psychosoziale Dynamik, die sich darin ereignen, die mehr oder weniger förderliche oder hinderliche Formen annehmen können. Und es geht immer auch um die Prävention, also die Verhinderung oder Eindämmung der schädlichen Auswirkungen einer Sucht im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe und die psychosozialen Dynamiken im sozialen Nahraum des Lebensführungssystems. Es geht darum, Integrationsoptionen zu erhalten, also Ausschlüsse zu vermeiden, eventuell neue oder alternative Integrationsoptionen zu eröffnen und ggf. die bisherigen Formen der Integration sowie die damit zusammenhängende Lebensführung zu verändern. Es geht um die Lebensbewältigung unter den

Bedingungen einer gravierenden Sucht, und das heisst ganz im Sinne von Böhnisch, es geht um die (Wieder-)Herstellung der subjektiven, biographisch und sozial rückgebundenen «Handlungsfähigkeit» (Böhnisch 2010). Es geht in diesem Sinn um die Schaffung von Capabilities, also um die Schaffung von «Verwirklichungschancen» und um die damit zusammenhängende Bildung von «Befähigungen» (Nussbaum 2011). Mit anderen Worten und unter Bezug auf das Konzept der funktionalen Gesundheit (die konzeptuelle Grundlage der ICF<sup>3</sup>) besteht das Ziel darin, eine Form der Lebensführung zu ermöglichen, die im Hinblick auf die gesellschaftliche Integration bzw. die Teilhabe an der Gesellschaft und ihrer Subsysteme als «funktional gesund» (Oberholzer 2013) gelten kann und dem körperlichen, psychischen und sozialen Wohlergehen dient, und zwar in einer Weise, die subjektiv als «gutes Leben» kodiert werden kann und objektiv ein Mindestmass an Lebensqualität gewährleistet.

## 2.2 *Die handlungswissenschaftliche Systematisierung*

In diesem nunmehr beschriebenen Sinn und auf der Grundlage ihrer allgemeinen gesellschaftlichen Funktion reklamiert die Soziale Arbeit in der Suchthilfe und in der gesundheitsbezogenen interprofessionellen Zusammenarbeit ihre Zuständigkeit für die spezialisierte Bearbeitung der sozialen Dimension von Sucht sowie generell von Krankheit und Gesundheit.

Um diesen Anspruch professionell auszugestalten, braucht es einen handlungsbezogenen Wissenskorpus, auf den die einzelnen Professionellen und die Organisationen der Suchthilfe abstellen können. Es bedarf also einer handlungswissenschaftlichen Ausarbeitung der allgemeinen theoretischen Aussagen zu Funktion und Aufgaben. Längerfristig wäre das Ziel, einen «konsolidierten professionellen Wissenskorpus» zu erstellen, mit dem die Soziale Arbeit in der Suchthilfe umfassend und systematisch dargestellt werden kann, der überprüfte und erklärte Verfahren (Methoden) beinhaltet und somit Grundlagen sowohl für die Aus- und Weiterbildung, als auch für die interprofessionelle Kommunikation bieten würde. Wir ha-

---

<sup>3</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

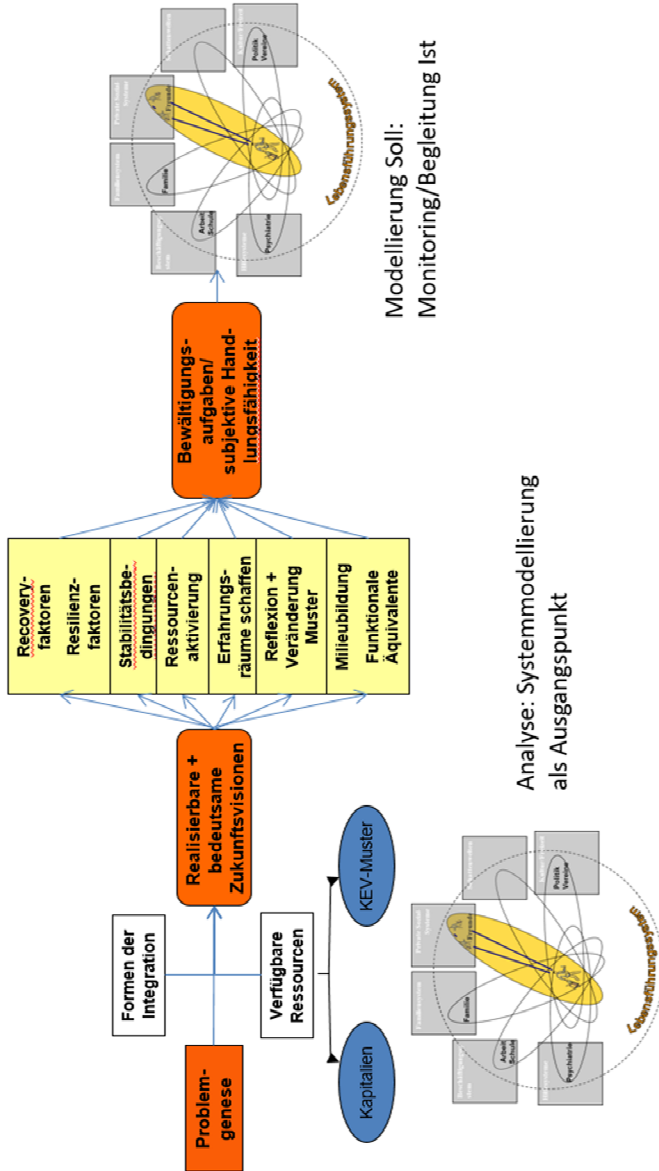


ben die Konturen eines solchen Wissenskorpus in «Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie» (Sommerfeld et al. 2016) herausgearbeitet. Hier kann nur eine sehr grobe Skizze der theoretischen, handlungswissenschaftlichen Gestalt und einiger ihrer wichtigsten Komponenten geliefert werden.

Eine Grundlage für die Ausarbeitung dieses Wissenskorpus bietet das Modell des idealtypischen Prozessverlaufs (vgl. Abb. 2): Wir verstehen Soziale Arbeit grundsätzlich als auf den Lebensverlauf von Menschen in ihrem sozialen Milieu bezogen. Der Gegenstand ist also noch einmal das Lebensführungssystem eines Menschen, das im Kontext hier durch eine Sucht beeinträchtigt wird. Dieses Lebensführungssystem hat zu einem bestimmten Zeitpunkt eine gewordene Gestalt, Struktur und Dynamik. Es beinhaltet spezifische Formen der Integration und das Individuum verfügt über ein spezifisches Vermögen, das in der Grafik noch mit dem Begriff der Ressourcen (Kapitalien und Kognitions-Emotions-Verhaltensmuster KEV) bezeichnet ist. Durch die Sucht wird das Lebensführungssystem herausgefordert, es stellen sich Bewältigungsaufgaben. Je nach Schwere der Erkrankung und nach Verfassung des Lebensführungssystems stellen sich mehr oder weniger weitreichende Herausforderungen, deren Bewältigung einen mehr oder weniger weitreichenden Wandel des Lebensführungssystems bedingen. Diesen Wandel zu begleiten und den betroffenen Menschen mit seinen/ihren Bewältigungsaufgaben zu unterstützen, ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit. Es hat sich in unserer Forschung, aber auch im internationalen Forschungsstand gezeigt, dass zur Strukturierung eines solchen Prozesses Zieldefinitionen hilfreich sind (Pauls & Reicherts 2010; Wüsten & Amann 2013). Bei weitreichenden Wandelprozessen, wie z. B. bei der Überwindung einer schweren Sucht und ihrer sozialen Folgen oder auch bei durch Unfall bedingter Querschnittlähmung, sind solche Zieldefinitionen in einem umfassenden Sinn als subjektiv bedeutsame Zukunftsvisionen zu verstehen. Die Zieldefinitionen oder Zukunftsvisionen modellieren in spezifischer Weise die Gestalt des Lebensführungssystems in der Zukunft ebenso wie die kurz-, mittel- und langfristigen Bewältigungsaufgaben, die der Realisierung dieser zukünftigen Gestalt ebenso wie der aktuellen Alltagsbewältigung dienen. Der Hilfeprozess wird daraufhin ausgerichtet. Die Soziale Arbeit kann auf ein breites Wissen über Faktoren zugreifen, die solche Wandelprozesse unterstützen können. In der Grafik sind einige stellvertretend genannt, ohne hier weiter ausgeführt werden

zu können, wie z. B. die Resilienz- und Recoveryfaktoren (Mahler et al. 2014; Onken et al. 2002), die Ressourcenaktivierung (Möbius & Friedrich 2010; Wüsten 2013) oder das Schaffen von Stabilitätsbedingungen und sozialen Erfahrungsräumen (vgl. Sommerfeld et al. 2011) zur Stabilisierung neu erworbener Muster.

Diese Grundstruktur kann nun im Hinblick auf die Interventionen der Sozialen Arbeit einerseits mit den diversen Verfahren der Praxis unterlegt werden und dann andererseits systematisch geordnet werden (vgl. Abb. 3). Beispielsweise ist es eine geradezu klassische Aufgabe, Stabilitätsbedingungen zu schaffen, indem Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt organisiert und die materielle Grundversorgung z. B. über das Erschliessen von Sozialversicherungsleistungen gesichert wird. Oder in der Suchtberatungsstelle wird mit z. B. «motivational interviewing» eine Zieldefinition erarbeitet. Oder im betreuten Wohnen werden mit psychisch Kranken neue Erfahrungsräume geschaffen. Oder mit Familienbegleitung wird in das soziale System Familie interveniert, um dort Reflexionsprozesse der familiären Muster zu befördern, mit dem Ziel, beeinträchtigende Dynamiken aufzulösen und brachliegende Ressourcen zu aktivieren. Oder mit indizierter Prävention wird mit Risikogruppen gearbeitet, um das Auftreten einer Sucht möglichst zu vermeiden oder Schäden zu vermeiden. Oder die Phase nach einem stationären Entzug wird im Sinne der Nachsorge längerfristig mit psychosozialer Beratung begleitet. Oder eine Bildungsmassnahme als Voraussetzung für eine berufliche Neu-Orientierung wird erschlossen. Oder der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt wird mittels «supported employment» unterstützt. Oder die Alltagsbewältigung wird mit einer Form von «intensivem Case Management» begleitet und überhaupt erst möglich gemacht. Oder eine Selbsthilfegruppe wird initiiert. Oder, oder oder... Die Beiträge in diesem Buch wären an der Stelle einzuordnen und zu reflektieren.



Modellierung/ Begleitung Ist

Analyse: Systemmodellierung als Ausgangspunkt

Abbildung 2: Idealtypische Gestalt einer lebensverlaufsbezogenen Sozialen Arbeit, Wandel des Lebensführungssystems als handlungsleitendes Ziel der Sozialen Arbeit

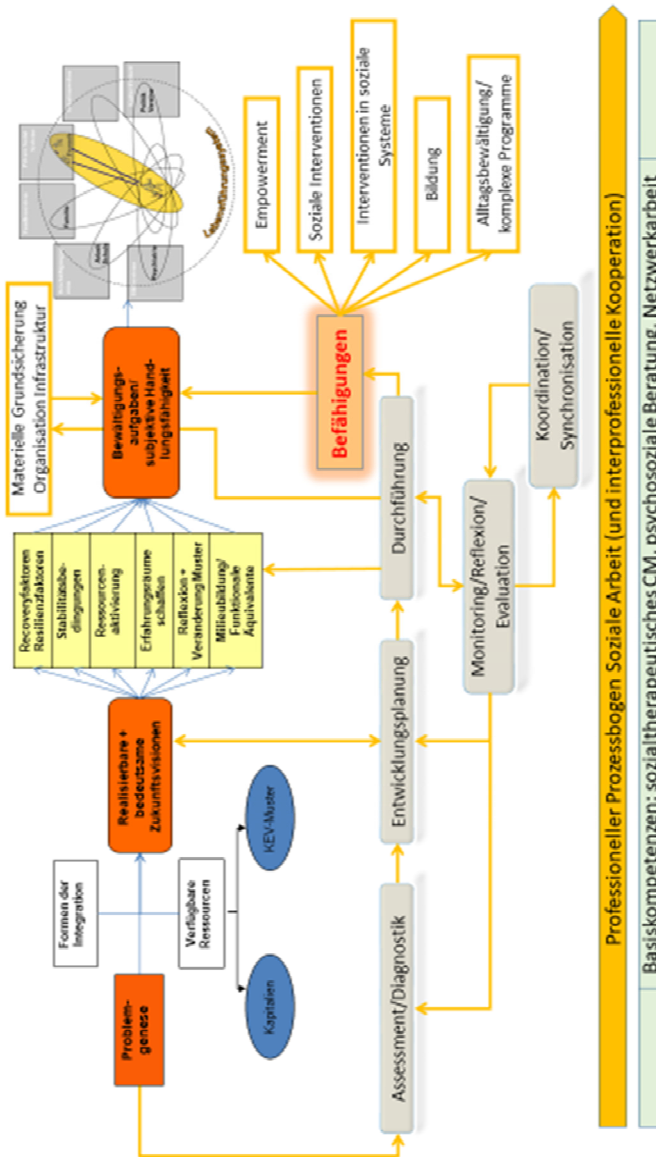


Abbildung 3: Systematik des Interventionsmethoden-Pools

Mit der beispielhaften Auflistung von einzelnen mehr oder weniger bekannten Massnahmen oder Interventionen der Sozialen Arbeit soll illustriert werden, wofür die Systematik des Interventionsmethoden-Pools in Abb. 3 steht. Für jedes der Elemente, die in der Grafik dem idealtypischen Verlauf unterlegt sind und systematisch rund um den Begriff der «Befähigungen» entwickelt wurden, können Listen von Methoden und Verfahren gebildet werden, die in der Praxis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bereits angewendet werden. Sie kommen nach meiner Einschätzung in der Praxis allerdings nicht systematisch zum Einsatz, sondern ausschnittshaft, punktuell, fremdbestimmt oder mehr oder weniger zufälligen Präferenzen folgend – und eben oftmals ohne einen systematischen Bezug zur Sozialen Arbeit und ihren theoretischen Grundlagen. Gleichwohl ist das Bild der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, welches mit dieser Systematik generiert werden kann, gar nicht mehr so uneinheitlich. Die Aufgabe, die in meiner Perspektive vor uns liegt, ist, diese Systematik wirklich inhaltlich auszuarbeiten und parallel dazu die Angebotsstruktur der Sozialen Arbeit systematisch aufzubauen und zu kommunizieren. Das Ergebnis wäre dann ein «konsolidierter Wissenskorpus» und eine erkennbare Identität der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe, die in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit eingefordert werden kann. Und es wäre relativ einfach unter Bezugnahme darauf eine Praxis der Sozialen Arbeit als Praxis der Sozialen Arbeit zu beschreiben.

### 3. Schlusswort

Eines sollte mit diesem Beitrag deutlich gemacht werden: Für den Anspruch, eine massgebliche oder überhaupt eine Profession zu sein, braucht es übergreifende Lernprozesse auf der Ebene der Profession, die nur über Systematik und Theoriebildung (allgemeine und integrative Modelle) strukturiert werden können, sich darin aber freilich nicht erschöpfen. Das Ganze ist auch hier ein sozialer Prozess. Wenn sich dieser selbstreferentiell jeweils auf die Ebene der eigenen Organisation bezieht und sich darin erschöpft, kann daraus nicht Professionalität entstehen und die notwendigen inhaltlichen Klärungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit werden tendenziell unscharf bleiben, was heisst, dass sie letztlich auf der

Machtebene statt auf der Sachebene strukturiert werden. Die strukturellen Bedingungen sind für die Soziale Arbeit herausfordernd, aber grundsätzlich günstig, weil sie ihren Zuständigkeitsbereich mit der sozialen Dimension strukturell hat, nicht vage oder künstlich konstruieren muss. Dies entbindet nicht von der berufspolitischen Arbeit der Durchsetzung der Zuständigkeit und nicht von der Arbeit an der Entwicklung von Formen professionellen Lernens und das beinhaltet die Konsolidierung des Wissens auf der Basis geteilter Modelle. Möge dieses Buch dazu beitragen, sich dieser Zusammenhänge bewusst zu werden und sie dann konstruktiv auszugestalten.

## Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago: The University of Chicago Press.
- AWS - Akademien der Wissenschaften (2014): *Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz.* Bern: AWS.
- Baer, N./Schuler, D./Füglister-Dousse, S./Moreau-Gruet, F. (2013): *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration.* Neuchâtel: Obsan.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2015): *Nationale Strategie Sucht 2017-2024.* [www.tinyurl.com/y3ys9crl](http://www.tinyurl.com/y3ys9crl), Zugriff 08.01.2020.
- Berkman, L.F./Krishna, A. (2014): *Social Network Epidemiology.* S. 234-289 in: L.F. Berkman/I. Kawachi, I./M.M. Glymour (Hrsg.), *Social epidemiology.* Oxford: Oxford University Press.
- BFS - Bundesamt für Statistik (2013): *Auswertung Erwerbstätige Berufsgruppe 831 und ausgewählten Branchen (Gesundheitswesen).* Bern: BFS.
- Böhnisch, L. (2010): *Lebensbewältigung. Ein sozialpolitisch inspiriertes Paradigma für die Soziale Arbeit.* S. 119-233 in: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit.* Wiesbaden: VS Verlag.
- Cozolino, L. (2007): *Die Neurobiologie menschlicher Beziehungen. Kirchzarten bei Freiburg:* VAK.
- DGSAS - Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und -prävention (2016): *Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention.* [www.tinyurl.com/yhaocprq](http://www.tinyurl.com/yhaocprq), Zugriff 08.01.2020.
- Etzioni, A. (Hrsg.) (1969). *The Semi-Professions and their Organizations. Teachers, Nurses, Social Workers.* New York: Free Press
- Fuchs, T. (2017): *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan: eine phänomenologisch-ökologische Konzeption.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie.* Göttingen u. Bern: Hogrefe.
- GVS - Gesamtverband für Suchthilfe (2017): *Positionspapier zur ambulanten Grundversorgung und deren Finanzierung.* [www.tinyurl.com/yjpmqbdp](http://www.tinyurl.com/yjpmqbdp), Zugriff 08.01.2020.

- Homfeldt, H.G. (2012): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. S. 489-504 in: W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Lambers, H. (2018): *Theorien der Sozialen Arbeit: ein Kompendium und Vergleich*. Opladen u. Toronto: Barbara Budrich.
- Mahler, L./Jarchov-Jadi, I./Montag, C./Gallinat, J. (2014): *Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Marmet, S./Gmel, G. (2015): *Suchtmonitoring Schweiz - Alkohol- und Drogenprobleme im Umfeld im Jahr 2013*. [www.tinyurl.com/qdp65ka](http://www.tinyurl.com/qdp65ka), Zugriff 08.01.2020.
- Marmot, M. (2013): *Fair society, healthy lives*. Firenze: Leo S. Olshcki.
- Möbius, T./Friedrich, S. (Hrsg.) (2010). *Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Nussbaum, M.C. (2011): *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. Cambridge u. London: Harvard University Press.
- Oberholzer, D. (2013): Möglichkeiten und Grenzen der ICF für die Soziale Diagnostik. S. 107-120 in: S. Gahleitner/G. Hahn/R. Glemser (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnostik*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Obrecht, W. (2009): Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. S. 47-72 in: R. Becker-Lenz/S. Busse/G. Ehlert/S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Obrecht, W. (2012): «Warendeclaration» zur Systematisierung von Wissen. Ein voraussetzungsarmes Verfahren der Systematisierung von handlungswissenschaftlichem Wissen im Rahmen von praxisorientierten Ausbildungsgängen. S. 145-160 in: R. Becker-Lenz/S. Busse/G. Ehlert/S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Obsan (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in der Schweiz - Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe.
- Onken, S.J./Dumont, J.M./Ridgway, P./Dorman, D.H./Ralph, R.O. (2002): *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders*. New York: Columbia University.
- Pauls, H./Reichert, M. (2010): *Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psychosozialen Fallarbeit*. Coburg: ZKS Verlag.
- Schulte-Derne, F. (2019): Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention. *SuchtMagazin* 45(3): 44–47.
- Senge, P.M. (1998): *Die fünfte Disziplin. Kunst und Praxis der lernenden Organisation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- SFA - Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2007): *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes*. [www.tinyurl.com/nu849xf](http://www.tinyurl.com/nu849xf), 08.01.2020.
- Sommerfeld, P. (2016a): Evidenzbasierung als ein Beitrag zum Aufbau eines professionellen Wissenskorpus in der Sozialen Arbeit. S. 21-41 in: S. Borrmann/B. Thiessen (Hrsg.), *Wirkungen Sozialer Arbeit. Potentiale und Grenzen der Evidenzbasierung für Profession und Disziplin*. Opladen u. Toronto: Barbara Budrich.
- Sommerfeld, P. (2016b): Sucht - ein medizinisches oder ein soziales Problem? *SuchtMagazin* 42(6): 27–31.
- Sommerfeld, P. (2019): Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe. *SuchtMagazin* 45(3): 4–13.

- Sommerfeld, P./Dällenbach, R./Rüegger, C./Hollenstein, L. (2016): *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2011): *Integration und Lebensführung. Ein forschungsgestützter Beitrag zur Theoriebildung der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sommerfeld, P./Hollenstein, L./Calzaferri, R. (2016): *Integration und Lebensführung - Forschungsbasierte Theoriebildung zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit*. S. 269-290 in: S. Borrmann/C. Spatscheck/S. Pankofer/J. Sagebiel/B. Michel-Schwartz (Hrsg.), *Die Wissenschaft Soziale Arbeit im Diskurs. Auseinandersetzungen mit den theoretischen Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen u. Toronto: Barbara Budrich.
- Thiersch, H. (1986): *Die Erfahrung der Wirklichkeit*. Weinheim u. München: Juventa.
- Wüsten, G. (2013): *Ressourcenorientierung*. S. 119-139 in: H. Pauls/P. Stockmann/M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Wüsten, G./Amann, M. (2013): *Mit Zielen arbeiten trotz widriger Umstände*. *Sozial Aktuell* 10: 37-38.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

