

HANDLUNGSKONZEPT

UMGANG MIT SUCHT- UND SUBSTANZBEZOGENEN STÖRUNGEN BEI MITARBEITERINNEN UND MITARBEITERN



verabschiedet vom
Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention
am 18. Juli 2001

beschlossen durch den
Vorstand des Universitätsklinikums Freiburg
am 09. Juli 2002

Inhalt

Vorwort	S. 3
Einleitung	S. 5
I Was ist Sucht?	S. 7
1. Alkoholismus ist eine Krankheit	S. 7
2. Von der Alkohol- zur Suchterkrankung	S. 8
3. Veränderungsmerkmale	S. 9
4. Entfernung vom Arbeitsplatz Unfallverhütungsvorschrift BGV A 1	S. 11
5. Weibliches Suchtverhalten	S. 13
6. Therapieziele Abstinenz und kontrolliertes Trinken	S. 14
II Wie können Vorgesetzte vorgehen?	S. 16
1. Co – abhängiges Verhalten	S. 16
2. Ambivalenz und konstruktiver Leidensdruck	S. 18
3. Interventionsgespräch	S. 19
4. KLAR – Regel	S. 21
III Verlaufsgesteuerter Stufenplan	S. 23
Anhang	
1. Der Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention	S. 26
2. Suchtberatungsstelle für Beschäftigte – So finden Sie uns	S. 28
3. Literaturempfehlungen	S. 29

Vorwort

Sucht ist eine Krankheit, die nie plötzlich auftritt. Vielmehr ist die Entwicklung dorthin ein länger andauernder Prozess, dem die Umgebung zunächst scheinbar hilflos gegenübersteht. Vor allem Sie als Vorgesetzte/r können den Anfang einer gegenläufigen Entwicklung setzen und betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Chance geben, diese Krankheit zu überwinden, indem Sie sie ansprechen und Ihnen Hilfe von Fachpersonal anbieten. Hilfe und Unterstützung für Betroffene soll dabei in einem gestuften Vorgehen immer vor disziplinierenden, arbeitsrechtlichen Maßnahmen stehen.

Leistungsabfall, Unzuverlässigkeit, Fehler, hohe Fehlzeiten und andere Ausfallerscheinungen führen in der Suchtentwicklung schließlich zu einer Gefährdung des Arbeitsplatzes. Als Vorgesetzte/r haben Sie besondere Verantwortung, betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern diese Gefahr vor Augen zu führen und zur Aufnahme fachlicher Hilfen zu motivieren. Je früher Sie die notwendigen Gespräche führen, umso kürzer ist der Leidensweg für alle Beteiligten. Wenn Sie ein erstes Gespräch planen und sich darauf vorbereiten wollen, wenden Sie sich bitte an das Fachpersonal unserer internen Suchtberatungsstelle (Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht).

Nach fünfzehn Jahren innerbetrieblicher Suchtprävention stellen wir nun ein aktualisiertes Handlungskonzept vor, welches ein flexibles – auf den Einzelfall abgestimmtes – Vorgehen ermöglicht. Es wurde von den Mitarbeitern der Kontaktstelle erarbeitet, von der Projektgruppe für Alkoholprobleme und Sucht verabschiedet und am 09.07.2002 im Klinikumsvorstand beschlossen.

Suchtprobleme stellen kein isoliertes Phänomen dar, sondern haben Auswirkungen auf die Umgebung, das Arbeitsklima, die Effektivität der Arbeitsabläufe bis hin zur Arbeitssicherheit. Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe ist für uns daher ein wesentlicher Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wir möchten an dieser Stelle allen danken, die sich für die Suchtprävention in der Vergangenheit eingesetzt haben und sich auch weiterhin einsetzen und so das Klinikum in dieser Arbeit unterstützen.

Freiburg im September 2002


Dr. von Podewils
Kaufmännischer Direktor


Ingo Busch
Vorsitzender des
Personalrates

E I N L E I T U N G

Es war eine Pionierleistung als die Projektgruppe für Alkohol- und Suchterkrankung¹ 1990 ein Handlungskonzept für das Universitätsklinikum vorlegte. Es war die erste Vereinbarung zur innerbetrieblichen Suchtkrankenhilfe sowohl in Freiburg als auch in den Uniklinika Baden-Württembergs.

12 Jahre lang war es die Grundlage unserer Tätigkeit, mit der wir erfolgreich arbeiten konnten. In der Auswertung der Behandlungsverläufe unserer Klientinnen und Klienten aus den Jahren 1992 – 1999 beträgt die Erfolgsquote 63%. Sie steigt auf 83% in den Fällen, in denen das Handlungskonzept konsequent angewandt wurde.²

Inzwischen haben sich weit reichende Veränderungen in der Suchtkrankenhilfe vollzogen, vieles ist in Bewegung und wird weiterentwickelt oder völlig neu überdacht:

Der Weg aus der Sucht führt schon längst nicht mehr durch das Nadelöhr einer halbjährigen stationären Rehabilitation. Die Therapiezeiten in den Fachkrankenhäusern haben sich generell verkürzt. Darüber hinaus werden spezielle Kurzzeittherapien (ca. 8 Wo.) durchgeführt. Die ambulante Behandlung in den öffentlichen Suchtberatungsstellen ist weiter auf dem Vormarsch. Es werden Kombinationstherapien mit ambulanten und stationären Behandlungsphasen angeboten. Im Mittelpunkt der Therapien steht nicht mehr primär das Suchtmittel, sondern die / der Einzelne mit ihrer / seiner individuellen Lebensgeschichte und eigenen Persönlichkeit. Dies erfordert unterschiedliche Therapiewege und eine Ausdifferenzierung des Angebotes, das dem Krankheitsverlauf, der persönlichen Situation und der unterschiedlichen Psychodynamik angemessen Rechnung trägt.

Neueste Entwicklungen brechen mit alten Dogmen und Traditionen der klassischen Suchtkrankenhilfe. So wird das Leidensprinzip und die Bedeutung einer so genannten Tiefpunkterfahrung für die Süchtigen zurückgedrängt durch den Einsatz geeigneter Motivationsstrategien (Motivational Interviewing³), die das Leiden verkürzen und weitere schmerzliche Tiefpunkte ersparen helfen.

Das Prinzip der Abstinenz als allein mögliches Therapieziel wird hinterfragt und ergänzt durch Programme zum kontrollierten Trinken.

1 Siehe auch Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention S.26

2 Hausinterne Veröffentlichung, G. Heiner, S. Höferlin (2000) Auswertung der Behandlungsverläufe aus den Jahren 1992 – 1999

3 Motivational Interviewing ist ein Beratungskonzept zur Förderung von Veränderungsbereitschaft bei Menschen mit problematischem Suchtmittelkonsum

Es wird ein breites Verständnis von Behandlung eingefordert, das weit vor der Manifestation einer chronischen Suchterkrankung beginnt und bereits Menschen mit substanzbezogenen Störungen, die noch keinen Krankheitscharakter aufweisen, einbezieht.

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen für diesen Personenkreis die hohe Wirksamkeit von Kurzinterventionen. Weiterhin wird versucht mit dem Ansatz gestufter Hilfen (Stepped Care) die Maßnahme mit dem geringsten Aufwand als erstes einzusetzen, um die Therapiemotivation zu verbessern. Schließlich wird das Rauchen immer stärker als Suchtverhalten thematisiert.

Der Innovationsprozess in der Suchtkrankenhilfe hat sich beschleunigt. Die effektive Umsetzung neuer Ansätze in betriebliche Strategien verlangt die organisatorische Einbindung von Suchtprogrammen und Prävention in die betriebliche Organisationsentwicklung und Gesundheitsförderung, sowie die kontinuierliche Weiterqualifizierung der Mitarbeiterinnen und der Mitarbeiter.

Das Handlungskonzept - die bisher einzige konzeptionell entwickelte Strategie zur Suchtkrankenhilfe im Klinikum - kommt nur bei auffälligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Anwendung, die von ihren Vorgesetzten zur Beratung in die Suchtberatungsstelle geschickt werden. Das war in den letzten acht Jahren bei 80% unserer Klientinnen und Klienten der Fall. Die Sensibilisierung für das Handlungskonzept und seine Verankerung bei den Führungskräften stand deshalb im Mittelpunkt unserer Arbeit der vergangenen 10 Jahre.

Die oben beschriebenen Ansätze bieten ergänzend zum Handlungskonzept eine breite Grundlage für neue methodische Wege, die die Hemmschwelle zur Suchtberatungsstelle senken und zur freiwilligen Kontaktaufnahme ermutigen können.

Der Stufenplan in diesem Handlungskonzept (vgl. S. 24 ff.) wurde von bisher 7 Stufen auf 3 Stufen reduziert. Er integriert die Entwicklung zur Ausdifferenzierung und Individualisierung der Behandlung. In der jetzigen Fassung lösen wir uns von den statisch linearen Festlegungen eines vorgegebenen Fahrplans zugunsten eines prozesshaften, verlaufsorientierten Modells. Natürlich mussten schon in der Vergangenheit die konkreten Handlungsschritte der jeweiligen Situation angepasst werden. Selten oder nie konnte exakt nach dem bisherigen Stufenplan vorgegangen werden. Dieser Realität kommt der verlaufsgesteuerte Stufenplan wesentlich näher.

I. Was ist Sucht ?

„Sucht ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Beziehungen und die sozialen Chancen eines Individuums.“⁴

1. Alkoholismus ist eine Krankheit

Alkoholismus ist in Deutschland seit 1968 durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes als Krankheit anerkannt. Der Wandel im Verständnis des Alkoholismus von der moralischen Charakterschwäche zur Krankheit im medizinischen Sinn begann in den USA der dreißiger Jahre nach der Aufhebung der Prohibition, des staatlichen Alkoholverbotes. Jellinek, Biometriker und erster Direktor des Center of Alcohol Studies an der Yale University, befragte 1946 und 1952 über 2000 Mitglieder der Anonymen Alkoholiker und entwickelte anhand der Ergebnisse sein Modell des Krankheitsverlaufes und der Alkoholikertypen⁵.

Als Grenze des Alkoholmissbrauchs zur Suchterkrankung erkannte er den

Kontrollverlust.

Der Kontrollverlust bezeichnet die Unfähigkeit des Alkoholikers oder der Alkoholikerin, nach dem Beginn des Alkoholkonsums diesen nach einer gewissen Menge willentlich wieder zu beenden. (Gamma-Alkoholismus)

In den Suchtverläufen entdeckte er als zweites Krankheitsmerkmal die

Unfähigkeit zur Abstinenz.

Die Unfähigkeit zur Abstinenz mit erhöhter Alkoholverträglichkeit besteht auch ohne Kontrollverlust. Das heißt: die Menge ist kontrollierbar. Ein gewisser Spiegel wird nicht überschritten. Allerdings kann der Konsum nicht beendet und muss der Spiegel immer wieder erneuert werden. (Delta-Alkoholismus)

Beide Verlaufsformen sind eher Prägnanztypen. Die Mehrzahl der Fälle sind Mischformen. Auch wird der Kontrollverlust durchaus unterschiedlich interpretiert, denn er tritt nicht in mechanischer Zwangsläufigkeit auf, sondern ist abhängig von situativen Bedingungen, der Stimmungslage und Stressfaktoren. Der Kontrollverlust wird inzwischen als die erhöhte Wahrscheinlichkeit zu unkontrolliertem Konsum verstanden.

4 K. Wanke, in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Süchtiges Verhalten, 1985, S. 20

5 Jellinek, E.M., The Disease Concept of Alcoholism, New Haven, Conn. 1960

2. Von der Alkohol- zur Suchterkrankung

Neben dem weit verbreiteten Alkohol waren noch andere suchtauslösende Mittel, wie z.B. Opium, Morphin und Heroin bekannt, so dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1957 eine noch heute aktuelle allgemeine Suchtdefinition veröffentlichte, die über Alkohol hinaus Geltung für alle Suchtmittel hat. Danach ist Sucht „ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch vier Kriterien:

1. Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels,
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung)
3. eine psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge,
4. die Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft.“

Im international anerkannten **ICD-10** (*International classification of diseases*) der WHO wurden diese vier Kriterien zu sechs diagnostischen Leitlinien erweitert. Die Diagnose der Abhängigkeit gilt danach als gesichert, wenn „irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen (oder Medikamente, ärztlich verordnet oder nicht) zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (...).
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanzen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (...).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, (...).
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen (...).“

Diese schädlichen Folgen werden in einer früheren Definition der WHO zum Alkoholismus als ausreichendes Kriterium beschrieben:

„Alkoholiker sind exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutlich geistige (*engl.: mental*) Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, in ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen - oder Vorzeichen einer solchen krankhaften Entwicklung – aufweisen.“ Unter den schädlichen Folgen sind also auch Störungen und Auffälligkeiten am Arbeitsplatz zu verstehen, die im folgenden Abschnitt „Veränderungsmerkmale“ beschrieben sind.

3. Veränderungsmerkmale

Suchtkranke verändern sich mit zunehmender Abhängigkeit. Da es kein einheitliches Erscheinungsbild gibt, können diese Veränderungen ganz unterschiedlich sein. Die folgende Liste von Auffälligkeiten wurde aus verschiedenen Beschreibungen in der Literatur und unserer eigenen Erfahrung zusammengestellt. Jedes einzelne Merkmal sagt isoliert betrachtet wenig über eine mögliche Suchtgefährdung bzw. Abhängigkeit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters aus. Erst die Häufung von Veränderungen und Auffälligkeiten ergibt genügend Anhaltspunkte für einen problematischen Suchtmittelkonsum.

Veränderungen im Arbeitsverhalten (Leistungsmängel):

- ⇒ unbeständige Arbeitsqualität und sinkende Produktivität, unregelmäßiger Arbeitsrhythmus
- ⇒ abnehmende Konzentration, Müdigkeitserscheinungen, mangelnder Arbeitseinsatz, Unzuverlässigkeit, Vergesslichkeit, Nervosität
- ⇒ nicht eingehaltene Vereinbarungen, verpasste Termine, plötzliche und häufige Arbeitsrückstände
- ⇒ nachlassendes Urteilsvermögen, Fehlentscheidungen
- ⇒ Mühe, Details von Anweisungen oder Arbeitsaufträgen zu behalten und auszuführen; Unachtsamkeit, Gleichgültigkeit, Nachlässigkeit, Unordnung, erhöhte Fehlerquote, Qualitätsmängel
- ⇒ Abwehrhaltung, wenn neue Aufgaben oder neue Arbeitsabläufe anstehen
- ⇒ aktive Phasen mit nachfolgendem deutlichen Leistungsabfall
- ⇒ häufige Kurzerkrankungen, Kurzurlaube, Verspätungen
- ⇒ Entschuldigung und Krankmeldung erfolgt durch Dritte, z.B. Ehepartner
- ⇒ Krankheiten sind unklar definiert, wie z.B. diffuse Schmerzen und Beschwerden im Bauch-, Hals-, Rücken- oder Kopfbereich, Kreislauf etc.
- ⇒ unentschuldigtes Fehlen, das nachträglich mit einem Urlaubstag abgegolten werden soll
- ⇒ unbegründete Abwesenheit vom Arbeitsplatz, „oft irgendwie unterwegs“, vorzeitiges Nachhausegehen und ausgedehnte, verlängerte Frühstücks- und Mittagspausen
- ⇒ mangelnde Sorgfalt im Umgang mit Patientinnen oder Patienten; Nachlässigkeit im Umgang mit technischem Gerät, Werkzeugen und Instrumenten

- ⇒ unnötige Risiken werden in Kauf genommen, um Arbeitsrückstand aufzuholen; Verantwortungslosigkeit gegenüber der eigenen Sicherheit und der der Kolleginnen und Kollegen, steigende Unfallgefahr
- ⇒ schlechteres Arbeitsklima, weil Kolleginnen und Kollegen immer wieder Fehl- und Minderleistungen ausbügeln müssen

Veränderungen im sozialen Verhalten:

- ⇒ verletzlich, oft verdeckt durch arrogantes, scheinbar überlegenes Auftreten
- ⇒ betroffene Person kann nicht mehr zwischen sachbezogener und persönlicher Kritik unterscheiden, bezieht zunehmend alles auf sich; eigene Fehler werden abgelehnt und geleugnet, rechthaberisch, überempfindlich bei Kritik
- ⇒ Schuld sind auf jeden Fall die anderen, entweder konkrete Personen oder die widrigen Umstände - die Eigenverantwortung lässt erheblich nach
- ⇒ extreme Stimmungsschwankungen (oft innerhalb kürzester Zeit) wie: Aggressivität und Unterwürfigkeit, Einsilbigkeit und extreme Gesprächigkeit, Niedergeschlagenheit und Überschwänglichkeit, Selbstmitleid und Großspurigkeit, Selbstüberschätzung und Unterschätzung, Verschlossenheit und Distanzlosigkeit
- ⇒ reizbar, gespannt, launisch, misstrauisch
- ⇒ erfinden von Alibis für den Alkoholkonsum
- ⇒ in Konfliktsituationen, in denen sich die oder der Betroffene in die Enge getrieben sieht, kann es zu erpresserischem Verhalten kommen – gelegentlich werden Selbstmordgedanken geäußert
- ⇒ sozialer Rückzug, meidet Kontakte, nimmt an gemeinsamen Pausen nicht mehr teil, vermeidet persönliche Themen
- ⇒ Vorratshaltung, Alkoholdepots

Veränderungen im Erscheinungsbild:

- ⇒ rote Gesichtsfärbung, aufgedunsenes Gesicht, rote oder glasige Augen
- ⇒ verlangsamte, verwässerte oder lallende Sprache
- ⇒ Händezittern, häufige Schweißausbrüche, ständiges Lüften
- ⇒ Vernachlässigung der Kleidung, ungepflegtes Erscheinungsbild oder im Gegenteil überkorrektes Äußeres
- ⇒ Alkoholgeruch (Atem, Körperausdünstung)

- ⇒ undefinierbare Düfte und Gerüche entstanden durch den Versuch die Alkoholfahne durch Parfüm, Rasierwasser, Mundsprays, Raumdüfte, Bonbons oder Kaugummis zu übertünchen
- ⇒ Vernachlässigung der Ernährung
- ⇒ extreme Geselligkeit oder auch häufige Anwesenheit bei Trinkanlässen, Verwahrlosungserscheinungen, schnelles Trinken des ersten Glases, Einschlafen, Verletzungen (besonders im Gesicht), körperlicher Abbau

Auftreten sozialer Probleme:

- ⇒ Ausgrenzung am Arbeitsplatz
- ⇒ Verlust des Führerscheins
- ⇒ Rechtsprobleme, Ehe- und Familienschwierigkeiten, finanzielle Probleme, Schulden
- ⇒ sozialer Abstieg

4. Entfernen vom Arbeitsplatz

[Unfallverhütungsvorschrift (UVV) Allgemeine Vorschriften GUV-V A1, § 7, 15]

Wenn eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter so stark unter Einfluss von Alkohol oder eines anderen Suchtmittels stehen, dass sie eine Gefahr für sich und/oder andere darstellen, sind Vorgesetzte gemäß GUV-V A 1, §7 (2) verpflichtet, sie vom Arbeitsplatz zu entfernen. Rechtlich sind die Beobachtungen der Vorgesetzten die Grundlage dieser Maßnahme.

GUV-V A1 Allgemeine Vorschriften

Pflichten des Unternehmers

§ 7 Befähigung für Tätigkeiten

(2) Der Unternehmer darf Versicherte, die erkennbar nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht beschäftigen.

Pflichten der Versicherten

§ 15 Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

(2) Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in den Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.

(3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

Wenn die Einschätzung der sichtbaren Auffälligkeiten die Vorgesetzten auf dem Hintergrund ihrer allgemeinen Lebenserfahrung zu der subjektiven Überzeugung führt, dass eine solche Gefährdung vorliegt, gilt dies juristisch als „Beweis des ersten Anscheins“ und verpflichtet sie die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter vom Arbeitsplatz zu entfernen.⁶

Entgegen verbreiteter Annahme haben die mit Augen und Nase gewonnenen Eindrücke der Vorgesetzten Beweiskraft.

Bei der Entfernung vom Arbeitsplatz sollten Vorgesetzte nach Möglichkeit eine dritte Person hinzuziehen, z.B. eine Vertreterin oder einen Vertreter des Personalrates, andere Vorgesetzte oder Mitarbeiter der Abteilung. In der schriftlichen Begründung der ergriffenen Maßnahme sollten die Auffälligkeiten konkret im Einzelnen (vgl. Veränderungsmerkmale) benannt sein. „Alkoholisiert“, „angetrunken“, „zu betrunken“ usw. sind unkonkrete Beschreibungen.

Eine Aufzählung der wahrgenommenen Einzelheiten könnte lauten: Er / sie ging schwankend, sprach undeutlich, gab abwegige Antworten, roch nach Alkohol, hatte gerötete Augen, seine / ihre gesamten Bewegungen wirkten unkoordiniert und stark verlangsamt. Er / sie war unfähig, weiter zu arbeiten.

Blut-, Urinprobe oder Röhrchentest sind überflüssig und scheiden aus, da sie in die Persönlichkeitssphäre eingreifen und das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit verletzen. Der oder dem Beschäftigten steht es selbstverständlich frei, den Gegenbeweis zu versuchen. Hierzu kann sich die / der Beschäftigte in der Betriebsärztlichen Dienststelle⁷ oder bei einem anderen Arzt / Ärztin seiner Wahl zwecks Blutprobe / Urinabgabe für eine Testung auf das betreffende Suchtmittel vorstellen. Die Testergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und können daher von dem Arzt / der Ärztin dritten Personen nicht mitgeteilt werden. Die Beschäftigten können jedoch das Testergebnis persönlich an Vorgesetzte weitergeben oder der ärztlichen Weitergabe an Vorgesetzte persönlich zustimmen. Gleiches gilt für eine Bestätigung über die Durchführung des Tests ohne Mitteilung über das Testergebnis.

Beim Entfernen vom Arbeitsplatz trägt der Arbeitgeber die Verantwortung für den sicheren Heimweg bis zur Wohnungstür. Die bzw. der Vorgesetzte hat den Heimtransport zu veranlassen. Dies kann geschehen durch den Transport mit einem Privat- oder Dienstfahrzeug auf dem Rücksitz des Wagens mit zusätzlicher Begleitperson oder durch ein Taxiunternehmen. Auch Angehörige können gebeten werden, die Betroffene / den Betroffenen abzuholen. Etwaige Kosten für den Transport hat die / der Beschäftigte zu tragen.

⁶ vgl. Urteil d. LAG Schleswig-Holstein vom Nov. 1988, Az: 4 Sa 382/88

⁷ **Betriebsärztlicher Dienst:** Außerdem kann im Betriebsärztlichen Dienst vom Beschäftigten selbstverständlich auch ein Hilfsangebot wahrgenommen werden.

5. Weibliches Suchtverhalten

Angesichts eines Frauenanteils von ca. 75% bei den Beschäftigten des Klinikums sei hier noch auf Besonderheiten weiblichen Suchtverhaltens hingewiesen:

Anders als bei abhängigen Männern, die überwiegend schon früh Alkohol mißbraucht haben und deren Suchterkrankung sich meist über Jahre und Jahrzehnte kontinuierlich entwickelte, tritt bei einem wesentlichen Teil der Frauen problematischer Suchtmittelkonsum mit substanzbezogenen Störungen erst in fortgeschrittenem Alter auf.

Die Trinkmuster von Frauen sind diskontinuierlicher und weit weniger gekennzeichnet durch eine Chronifizierung auf hohem Niveau mit hohem Konsum über lange Zeit. Vielmehr bestehen sie aus Phasen mit unterschiedlicher Konsumintensität, darunter auch mit Phasen von niedrigem Konsum oder Abstinenz.

Während bei Männern übermäßiger Alkoholkonsum gesellschaftlich durchaus zugebilligt, manchmal sogar verlangt wird, ist es für Frauen inadäquates Verhalten, das sie extremer Abwertung aussetzt. Das Umfeld reagiert mit Gefühlen von Peinlichkeit, Entsetzen, Abscheu, Unverständnis und Ablehnung. Leicht werden die betroffenen Frauen als „Schlampe“ abgestempelt und sind verbalen und erotischen Übergriffen ausgesetzt. In amerikanischen Untersuchungen wird die abhängige Krankenschwester als „gefallener Engel“ beschrieben, der aus der Idealisierung als Schwester im Sinne selbstlosen Helfens herausfällt und abstürzt in die Tiefen einer unmoralischen Existenz.

Für Frauen gilt noch immer uneingeschränkt das alte Selbstverschuldungsprinzip. Für sie ist eine Suchterkrankung noch viel weniger als Krankheit anerkannt, als für Männer. Sie trinken daher meist in den eigenen vier Wänden, alleine und heimlich. Intuitiv wissen sie um die gesellschaftliche Ächtung. Sie fallen aus der „Gemeinschaft der Tugendhaften“ heraus. Angst vor Ablehnung und Abwertung sowie ihre Schuld- und Schamgefühle schieben einem offenen Eingeständnis ihres Problems schnell einen Riegel vor.

Alkoholmissbrauch über 35 Jahren ist für Frauen charakteristischerweise ein Bewältigungsversuch einer aktuellen, unerträglich und ausweglos empfundenen Lebenssituation. Er kommt einer Selbstmedikation gleich, wie der unter Frauen vermehrt anzutreffende Konsum von (*ärztlich verordneten*) Psychopharmaka. Auslösend sind häufig die Doppelbelastung durch Beruf, Haushalt und Kindererziehung und auch traumatische Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in der Gegenwart und/oder Vergangenheit. Der Suchtmittelkonsum dient überwiegend dem Versuch, zu vergessen und in Beruf und Familie weiter Pflichten und Aufgaben zu erfüllen und zu funktionieren. Schichtdienst und der Umgang mit schwerkranken Patienten, Berufskrisen, Burn out, fortschreitende Komplexität und Arbeitsverdichtung sind zusätzliche Belastungsfaktoren speziell in der Pflege.

Im Gespräch mit suchtkranken oder gefährdeten Frauen ist darauf zu achten, innerlicher Selbstabwertung und Angst vor Verachtung durch eine wertschätzende, empathische Haltung und Gesprächsführung zu begegnen.

Im späteren Genesungsprozess sind besonders Frauen bleibendem Misstrauen, immer wieder kehrenden Andeutungen und Sticheleien, Aufwärmen der „alten Geschichte“ oder anderen Diskriminierungen ausgesetzt. Männern wird im Gegensatz eher Anerkennung entgegengebracht, wenn sie es „schaffen nicht mehr zu trinken“.

Gleichgültig wie Frauen es anstellen, werden sie kritisiert: Tragen sie z.B. gerne Schmuck, schminken sich und legen Wert auf ihr Äußeres, wird von „Maske auflegen“, „Fassade errichten“ und ähnlichem gesprochen. Verzichten sie auf derlei weibliche Attribute, werden sie als „sich selbst vernachlässigend“ oder „aus der Rolle fallend“ betrachtet. Was immer sie tun, sie können es einfach nicht recht machen. Oft wird ihnen über Jahre keine Chance gegeben sich wieder zugehörig und integriert zu fühlen. Die Ausgrenzung nach abgeschlossener Behandlung bzw. Therapie mündet immer wieder in schwerwiegenden Mobbingphänomenen.

Hier bedarf es des besonderen Schutzes und der öffentlichen Rückenstärkung für die betroffenen Mitarbeiterinnen durch ihre Vorgesetzten, wie Kolleginnen und Kollegen.

6. Therapieziele: Abstinenz und kontrolliertes Trinken

Jellineks Forschungen bei Mitgliedern der in den dreißiger Jahren neuen und überraschend erfolgreichen Anonymen Alkoholiker (AA) und seine gute Zusammenarbeit mit der WHO führten dazu, dass seine zunächst als Arbeitshypothesen formulierten Erkenntnisse sehr schnell zum neuen medizinischen Krankheitsmodell der Sucht genutzt wurden. Insbesondere sein Verständnis von Alkoholismus als eine progressive, irreversible Krankheit, die durch Kontrollverlust und tiefsitzendem Verlangen nach Alkohol charakterisiert ist, impliziert als notwendige Voraussetzung für die Heilung die totale Abstinenz.

In diesem medizinischen Modell gibt es einen generellen Unterschied zwischen „Normaltrinkenden“ und „Alkoholiker/innen“. Es geht davon aus, dass die oder der Alkoholranke somatisch bedingt abnorm auf Alkohol reagiert, und sie / er deshalb nie wieder zu einem mäßigen, kontrollierten Trinken zurückfinden kann. Für die meisten Forscherinnen und Forscher wie den in der Praxis stehenden Therapeutinnen und Therapeuten war Abstinenz somit das einzig vertretbare Behandlungsziel.

Wissenschaftliche Untersuchungen⁸ haben inzwischen nachgewiesen, dass

- ⇒ exzessiver Konsum keineswegs automatisch die Progression zur Folge hat, sondern der Alkoholkonsum sich durchaus wieder verringern kann und
- ⇒ ein Teil der behandelten Alkoholikerinnen und Alkoholiker durchaus zu kontrolliertem Trinken fähig ist.

⁸ wegen der zahlreichen Quellen wird auf Literaturangaben verzichtet, beispielhaft sei hier das Forscherehepaar Linda und Mark Sobell genannt

In die gleiche Richtung verweisen Schätzungen, die die Rate spontaner Remissionen (Selbstheilungen) mit ca. 20% angeben. Dies erscheint nicht unwahrscheinlich, wenn man weiß, dass nur ca. 5% der Personen mit der Diagnose Alkoholmissbrauch in Kontakt mit Institutionen der Suchtkrankenhilfe stehen.

Kritiker weisen deshalb seit langem darauf hin, dass das Abstinenzgebot nicht für alle Alkoholikerinnen und Alkoholiker gelten müsse und im übrigen die gleich zu Beginn der Behandlung geforderte Entscheidung zu einer lebenslangen Abstinenz ein zu hoch gestecktes Ziel sei, das sehr abschreckend wirke.

Man muss heute zur Kenntnis nehmen, dass es schon allein im Sinne der Früherkennung und eines möglichst präventiven Behandlungsansatzes erforderlich ist, attraktive Ziele und Programme zu entwickeln, so dass Menschen mit riskantem Suchtmittelkonsum auch bereit sind, Beratungs- und Behandlungsdienste aufzusuchen und sich auf deren Hilfsangebote einzulassen.

So kann die in der Ambivalenz gebundene Motivation handlungsbestimmend werden (vgl. Kapitel III Ambivalenz und konstruktiver Leidensdruck, S. 18 ff). Gerade die Motivation wird bei einer Wahlmöglichkeit zwischen kontrolliertem Trinken (kT) und Abstinenz gestärkt. Selbstgesetzte Ziele fördern die Motivation und die Einsatzbereitschaft ungleich mehr.

Programme zum kT gehören z.B. in Großbritannien, Norwegen und Australien zum Teil seit Jahrzehnten zum therapeutischen Angebot. Sie arbeiten mit überdurchschnittlichem Erfolg, wobei das Ziel kT sich bei vielen, die damit scheitern, als notwendiger Zwischenschritt zur Abstinenzentscheidung darstellt.

Kontrolliertes Trinken ist im Konzept der individualisierten und gestuften Hilfen (Stepped Care) ein wichtiges Ziel, vielleicht auch nur Zwischenziel, das unter keinen Umständen die Abstinenz ablösen kann, das aber eine Lücke im therapeutischen Netz der Suchtkrankenhilfe füllt.

II. Wie können Vorgesetzte vorgehen ?

„Der Alkoholiker hört erst dann auf zu trinken, wenn die Not aufgrund des Trinkens größer wird als die Qual des Nichttrinkens, während die Umgebung [d.h. auch die/der Vorgesetzte] erst eingreift, wenn die Probleme mit dem Abhängigen schlimmer werden, als die Angst vor dem Gespräch.“⁹

1. Co - abhängiges Verhalten

Gegenüber Abhängigen wird aus mitmenschlicher Hilfsbereitschaft sehr schnell eine Unterstützung der Sucht. Unzuverlässigkeit, Fehler und Minderleistungen werden von Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten übersehen und kaschiert. Das Problem mit dem Suchtmittel wird bagatellisiert und verheimlicht. Betroffene werden geschützt. Es entsteht für sie ein Schonraum. Gleichzeitig wird ihnen ein großer Teil ihrer Eigenverantwortlichkeit abgenommen.

Dieses so genannte co-abhängige Verhalten entsteht in der Umgebung fast jedes suchtkranken Menschen. Die nahen Bezugspersonen in der Familie und am Arbeitsplatz glauben, der betroffenen Person auf diese Art zu helfen und sie oder ihn so vor weiterem Schaden zu bewahren. Im Resultat verlängern sie damit den Krankheitsverlauf; denn sie fangen die negativen Folgen des Suchtmittelmissbrauchs auf und federn sie ab. Damit verhindern sie wichtige Erfahrungen für die / den Suchtkranke/n und verringern ihre / seine Chancen, das eigene Problem frühzeitig zu erkennen und eine eigene Motivation zur Veränderung zu entwickeln.

Co-abhängiges Verhalten hat meist drei Phasen, die hintereinander und auch wiederkehrend durchlaufen werden können:

Beschützer- und Erklärungsphase

Trinkverhalten, Minderleistungen und soziale Defizite werden entschuldigt. Fehlleistungen werden von Kolleginnen und Kollegen aufgefangen. Angehörige schirmen Betroffene von der Außenwelt ab und entschuldigen sie im Betrieb. Vorgesetzte suchen Erklärungen für unterlassenes Eingreifen, z.B. „Sie ist eine erfahrene Schwester und schon lange auf unserer Station. Kann ich ihr das antun und sie nach Jahrzehnten guter Arbeit wegen ein paar Auffälligkeiten verdächtigen, Alkoholikerin zu sein?“, „Er schafft betrunken immer noch besser als andere nüchtern!“ oder „Wenn er nichts getrunken hat, ist er der beste Mensch.“

Eine notwendige Konfrontation der Betroffenen durch die Vorgesetzten mit dem tatsächlichen Arbeitsverhalten wird durch diese Beschwichtigungen vermieden und dem allgemeinen Bedürfnis nach Harmonie am Arbeitsplatz geopfert.

⁹ Zitat, Quelle unbekannt

Kontrollphase

Da die Schwierigkeiten mit den Betroffenen bestehen bleiben, sich vergrößern und schließlich nicht mehr zu übersehen und zu ertragen sind, werden Kontrollmaßnahmen ergriffen, z.B. die betroffene Schwester darf nicht mehr alleine Dienst tun. Sie wird entweder aus Wochenend- und Nachtschichten herausgenommen, oder bekommt eine in das Problem eingeweihte zweite Schwester eng zur Seite gestellt. An anderen Arbeitsplätzen werden Rationierung und Kontrolle des Alkohols als geeignete Therapiemethoden angesehen. Trinkanlässe wie Feiern im Betrieb oder im Freundeskreis werden vermieden. Versprechen zur Mäßigung des Konsums werden eingefordert und von den Betroffenen selbstverständlich auch gegeben.

Vorgesetzte und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter verbringen einen großen Zeit- und Energieaufwand damit die oder den Abhängige/n zu kontrollieren und „trocken“ zu halten. Sie versuchen also die Kontrolle über die Trinkmenge auszuüben, die sie bzw. er verloren hat. Die abgegebenen Versprechen können Alkoholranke krankheitsbedingt nicht einhalten. Der Konsum setzt sich trotz aller Bemühungen fort. Sie unterlaufen die Kontrollen, worauf noch mehr Kontrolle folgt. Die Umgebung reagiert mit Enttäuschung, Ärger und wachsender Aggressionsbereitschaft.

Anklagephase

Wenn dann der Geduldsfaden reißt, fällt die/der Suchtkranke in Ungnade und die weiche Linie schlägt häufig abrupt um in eine überaus harte, unbarmherzige Haltung. Lange aufgestaute Wut und unterdrückter Ärger brechen nun über die/den Abhängigen herein. Betroffenen wird ihr Suchtverhalten als moralisches Versagen vorgeworfen. Sie werden zum hoffnungslosen, willensschwachen und charakterlosen Fall erklärt. Man droht nun mit Konsequenzen: auf privater Ebene z.B. mit Trennung, im Betrieb in Form einer Umsetzung oder Kündigung; meist ohne diese Konsequenzen wirklich zu ziehen.

Fazit:

Beide Extreme, die weiche wie die harte Linie, helfen den Betroffenen nicht weiter. Eine ängstlich-schonende Gesprächshaltung gibt ihnen keinen Anlass ernsthaft über eine Veränderung nachzudenken, und eine feindselig-aggressive Konfrontation führt zu vermehrter Verleugnung und erhöht den Widerstand.

Abhängige können sich zwar dem äußeren Druck anpassen, lehnen innerlich allerdings die Aussagen zu ihren Auffälligkeiten als übertriebene und unzulässige Beschuldigungen - mitunter verbunden mit dem Hinweis auf einen Komplott gegen sie - ab. Resultat des co-abhängigen Verhaltens ist die monate- und jahrelange Stabilisierung des Suchtmittelkonsums. Es fördert damit weiteres Abrutschen der Abhängigkeitskranken in die Sucht.

2. Ambivalenz und konstruktiver Leidensdruck

„Ziel einer Intervention sollte sein, dem Betroffenen zu helfen, sich wahrzunehmen und die Realität zu akzeptieren, um, wenn auch widerwillig, die Notwendigkeit zu erkennen, Hilfe anzunehmen.“¹⁰

Da das heikle Thema zunächst gemieden wird, werden Betroffene über ihren wahren Zustand hinweg getäuscht. Fehlende Kritik von außen und die selektive Wahrnehmung der Betroffenen führen zu ausgeprägter Selbsttäuschung, die einer realen Einschätzung ihres Zustandes zunächst im Wege steht und sie in ihren selbstzerstörerischen Verhaltensmustern gefangen hält.

Im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung werden die unangenehmen Folgen der Sucht für die Kranken allerdings immer spürbarer. Sie sind aber erst bereit, etwas gegen ihre Abhängigkeit zu unternehmen, wenn das Leiden an den negativen Folgen des Suchtmittelkonsums größer geworden ist, als die Erleichterung, die der Alkohol oder andere Suchtmittel ihnen versprechen. Abhängigen müssen deshalb die negativen Folgen der Sucht mit all ihren Auswirkungen, die sie am Arbeitsplatz haben, mitgeteilt werden.

Nur eindeutiges Ansprechen des Fehlverhaltens und der Fehlleistungen kann zu einer konstruktiven Lösung führen und co-abhängiges Verhalten verhindern. Vor allem darf die / der Vorgesetzte das Thema Alkohol (bzw. Medikamente, Drogen) nicht vermeiden oder bagatellisieren.

Die Betroffenen haben gegenüber ihrem Konsumverhalten eine grundlegende Ambivalenz. Die Selbsttäuschung und das Verlangen nach dem erlösenden Suchtmittel auf der einen Seite und der Wunsch sich aus dem Elend zu befreien, etwas zu tun, zu verändern, weniger zu konsumieren oder ganz mit dem Trinken aufzuhören auf der anderen Seite stehen in ständiger Spannung. Die Gesprächsführung der Vorgesetzten zielt darauf ab, den Wunsch zur Veränderung zu unterstützen und den Ausstieg aus der Abhängigkeit zu erleichtern. Dies sollte sich in einer Abfolge gut gestufter Interventionen entwickeln können.

Aus den Reaktionen der betroffenen Personen lassen sich nicht Erfolg oder Misserfolg der Gespräche ablesen. Mit Abwehr versuchen Betroffene Vorgesetzte zu irritieren und abzuschütteln. Jedes Gespräch, jede Rückmeldung ist allerdings ein wichtiger Schritt dazu, die Bereitschaft zur Veränderung zu vergrößern. Wie stark die einzelne Mitteilung die oder den Betroffenen berührt, erfahren die Beteiligten nur verschlüsselt z.B. durch aufkeimende Kooperationsbereitschaft, das Aufgreifen von Hilfsangeboten, oder sehr viel später nach der Rückkehr aus stationärer Therapie z.B. durch die überraschende Aussage: „Ihr hättet mich schon viel früher ansprechen sollen.“

¹⁰ übersetzt aus: Johnson, V.E. (1973). I'll quit tomorrow. New York Harper & Row

Ein umgehendes Eingeständnis der Suchterkrankung ist in der Motivationsphase nicht zu erwarten. Betroffene erleben das Ansprechen ihres Problems als Angriff auf ihre Identität. Das Etikett „Alkoholiker“ / „Alkoholikerin“ und die Forderung nach lebenslanger Abstinenz wirken abschreckend. Die Einsicht der eigenen Suchtmittelabhängigkeit und der damit verbundene Identitätswechsel vom „normalen“ zum „suchtkranken“ Menschen brauchen Zeit. Ein sofortiges Bekenntnis würde als Niederlage und Unterwerfung empfunden. Etikettierende und herabsetzende Begriffe sollten daher im Gespräch unbedingt vermieden werden.

Krankheitseinsicht ist also kein „Aha-Erlebnis“, sondern ein schrittweiser Prozess. Deshalb kommt es darauf an, in den Interventionsgesprächen kontinuierlich die innere Ambivalenz positiv zu beeinflussen und, falls keine Veränderung erzielt wird, den Leidensdruck durch die Einführung arbeitsrechtlicher Konsequenzen zu erhöhen.

3. Interventionsgespräch

Vor einem Gespräch sollten Vorgesetzte für sich folgende sechs Fragen klären:

1. Welches **Ziel** kann ich in diesem Gespräch erreichen?

Stecken Sie sich realistische Ziele; kein suchtkranker Mensch entwickelt im ersten Gespräch volle Krankheitseinsicht.

2. Wie können Sie gegenüber der bzw. dem Betroffenen Ihre **Wertschätzung** ausdrücken?

Probleme mit Alkohol oder anderen Suchtmitteln sind ein sehr sensibles Thema.

Wenn Sie sich vor dem Gespräch Klarheit über die positiven Eigenschaften und Leistungen der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters verschaffen, können Sie Anerkennung und Wertschätzung vermitteln. Sie beugen damit übertriebenen Angstreaktionen vor und bereiten einen positiven Boden für das weitere Gespräch.

3. Welche **Fakten** kann ich ansprechen?

Welche Auffälligkeiten sind aufgetreten?

Wo liegen eindeutig belegbare Abweichungen von konkreten betrieblichen Vorgaben, die Ihnen Sorge bereiten und Anlass zu Beanstandungen geben? Es ist wichtig, im Gesprächsverlauf die Fakten jederzeit konkret benennen zu können. Machen Sie sich deshalb schriftliche Notizen. Schildern Sie im Gespräch Ihre eigenen Beobachtungen und Wahrnehmungen und geben Sie Rückmeldung über alle Ihnen zur Verfügung stehenden Fakten.

4. Welche **Informationen** sind für die oder den Betroffenen wichtig?

Bringen Sie ihr / ihm gegenüber Ihre **Besorgnis zum Ausdruck**. Geben Sie ihr/ihm deutlich zu verstehen, dass es Ihnen darum geht zu **helfen**.

Tragen Sie dazu bei, Angst und Scham der / des Betroffenen zu verringern und klären Sie darüber auf, dass Probleme mit Alkohol (oder einem anderen Suchtmittel) keine Schande sind, sondern ein Zeichen dafür, dass jemand Verständnis und Unterstützung benötigt. Dabei bleibt die Verantwortung für das Trinken immer bei der / dem Betroffenen.

In weiterführenden Gesprächen sollten sie über den Stufenplan des Handlungskonzepts informieren, so dass das weitere **Vorgehen transparent** ist. Erklären Sie, dass Sie sie bzw. ihn **als Mitarbeiterin und Mitarbeiter behalten** wollen, dass sie sie / ihn und ihre / seine frühere Arbeitsleistung schätzen, und dass Sie diesen Zustand wieder erreichen möchten.

5. Welche **Hilfen** kann ich Betroffenen anbieten und zu welchen **Hilfsmaßnahmen** verpflichte ich sie?

Aktive Hilfe kann zum Beispiel darin bestehen, die Kontaktaufnahme zu erleichtern und einen Termin in der Kontaktstelle zu vereinbaren; möglicherweise verbunden mit dem Angebot, selbst an dem ersten Gespräch teilzunehmen. Neben der Kontaktstelle stehen in Freiburg und Umgebung zahlreiche Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen zur Verfügung. Nimmt die Mitarbeiterin / der Mitarbeiter ein externes Hilfsangebot an, sollten Sie Ihr weiteres Vorgehen mit der Kontaktstelle abstimmen.

6. Welche Auflagen und **Konsequenzen** sind erforderlich?

Besprechen Sie ggf. arbeitsrechtliche / disziplinarische Auflagen mit der Personalabteilung sowie dem Personalrat, z.B.:

- Urlaubsmeldungen nur noch vorher und schriftlich,
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vom ersten Tag an.

Die Konsequenzen für weiteres Fehlverhalten sollte Betroffenen mitgeteilt werden, um die Chance zur Änderung zu geben.

Konsequenzen sollten angemessen, realistisch und auf die aktuelle Situation zugeschnitten sein. Sie reichen im Falle einer alkoholisierten Mitarbeiterin oder eines unter Alkoholeinfluss stehenden Mitarbeiters z.B. von der Entfernung vom Arbeitsplatz bis zur Einschaltung der Personalabteilung (siehe auch: Verlaufsgesteuerter Stufenplan S.24).

Die beiden ersten Gespräche werden von der / dem direkten Vorgesetzten geführt. Im weiteren Vorgehen übernehmen die übergeordneten Vorgesetzten die Gesprächsleitung.

4. KLAR - Regel

Sie müssen am Anfang mit Widerstand und aggressiven Reaktionen rechnen. Damit versuchen sich Suchtkranke zu schützen und sich Ihrer Argumentation zu entziehen. Rechnen Sie auch mit Klagen über persönliche Schwierigkeiten. Nehmen Sie diese Klagen ernst, aber lassen Sie sie nicht als Entschuldigung gelten. Es muss ganz klar werden, dass die Probleme mit Alkohol (oder Medikamenten und Drogen) zuerst geklärt werden müssen, bevor mögliche andere Schwierigkeiten angegangen werden können.

Vermeiden Sie Begriffe, mit denen sich Ihre Mitarbeiterin oder Ihr Mitarbeiter abgestempelt fühlen kann, wie z.B. Alkoholismus, Alkoholiker, süchtig oder suchtkrank, denn dadurch erhöhen Sie die Abwehrhaltung. Sie brauchen keine „Diagnose“ zu stellen. Das ist Aufgabe der Fachleute. Bringen Sie die Auffälligkeiten, Fehler und Minderleistungen lediglich in den Zusammenhang mit Alkohol (oder Medikamenten, Drogen).

Geben Sie keine Ratschläge, wie z.B. „sich doch zusammenzureißen“ oder ähnliches und lassen Sie sich nicht von hochheiligen Versprechungen „einwickeln“. Bestehen Sie stattdessen darauf, dass sie oder er die Suchtberatungsstelle für Beschäftigte aufsucht oder ein anderes Hilfsangebot ergreift.

Beenden Sie das Gespräch mit einer Zusammenfassung der wichtigsten Punkte und einer festen Vereinbarung über Maßnahmen und Konsequenzen. Benennen Sie einen nächsten Gesprächstermin.

Wegen der zahlreichen Ablenkungsmanöver und Gesprächsfallen, die Suchtkranke als „Überlebenstechniken“ einsetzen, empfiehlt sich die Beachtung der KLAR-Regel¹¹

K onsequenz

L oslassen

A bgrenzen

R eden

Abb. 1: KLAR-Regel

11 vgl. Herbert Ziegler: Co-abhängigkeit am Arbeitsplatz, in: Guttempler 4/91, S. 4 f

KLAR bedeutet, dass Sie Ihre auf den Arbeitsplatz bezogene Funktion als Vorgesetzte und Vorgesetzter klar wahrnehmen.

Sie werden unklar, wenn Sie z.B.

- Versprechen zulassen, von denen Sie wissen, dass sie nicht eingehalten werden, *oder*
- wenn Sie sich von der / dem Betroffenen in die Rolle eines Helfers oder Mini-Therapeuten bringen lassen.

So können Sie selbst ein Teil des Problems werden.

Konsequenz bedeutet, ein Gespräch mit verbindlichen Absprachen und kontrollierbaren Abmachungen beenden, Termine setzen, Hilfsmaßnahmen vermitteln und Konsequenzen klar aufzeigen.

Versprechungen und Ehrenworte der / des Abhängigen allein nützen nichts. Sie sind Brücken zur eigenen Inkonsequenz und verlängern das Problem.

Loslassen heißt, sich nicht in die Gefahr co-abhängigen Verhaltens zu begeben; nicht die Verantwortung für etwas zu übernehmen, wofür die abhängige Person selbst die Verantwortung tragen muss.

Wenn Sie das Gefühl haben,

- Sie müssten nur mehr und besser helfen können, *oder*
- die Abhängige bzw. der Abhängige müssten nur noch schärfer kontrolliert werden, *oder*
- alle Beteiligten müssten nur noch mehr Willen zur Problemlösung einsetzen, dann glauben Sie noch immer, selbst eine Genesung herbeiführen zu können und lassen die Verantwortung dafür nicht bei der / dem Betroffenen.

Dieses Verantwortungsgefühl sollten Sie loslassen, denn die Genesung steht nicht in ihrer Macht. Sie dürfen also auch die Bewertung Ihrer Gespräche nicht von einer positiven Wirkung bei Ihrer Mitarbeiterin oder Ihrem Mitarbeiter abhängig machen; denn das bedeutet, dass nicht Sie steuern, sondern Sie gesteuert werden.

Abgrenzen ist schwer, bedeutet es doch die Umarmungsversuche der abhängigen Person zurückzuweisen und sich nicht durch Mitleid zu inkonsequentem Verhalten verleiden zu lassen. Die Probleme der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters dürfen nicht zu Ihren Problemen werden.

Reden heißt, nicht über die suchtkranke Person zu reden, sondern mit ihr/ihm zu reden.

Meist reden alle über die Betroffenen, aber niemand mit ihnen, so dass sich an der Situation nichts ändern kann.

Für direkte Vorgesetzte ist es empfehlenswert, die Kontaktstelle schon bei der Vorbereitung des Erstgesprächs einzubeziehen und das Vorgehen mit den eigenen Vorgesetzten abzustimmen.

III. Verlaufsgesteuerter Stufenplan

„Früherkennung von Problemfällen ist nur dort möglich, wo ein Problembewußtsein für die Thematik vorhanden ist und konfliktfähige Führungskräfte entsprechend gewürdigt werden.“¹²

Der Stufenplan (Abb.2) dient allen Beteiligten als Orientierung zur Einleitung der notwendigen Schritte und Maßnahmen. Die Gespräche auf der ersten Stufe führt die / der direkte Vorgesetzte. In der zweiten Stufe kommt die / der übergeordnete Vorgesetzte und eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle hinzu. Wurden die angebotenen Hilfsangebote nicht wahrgenommen und haben die bisher gezogenen Konsequenzen nicht ausgereicht, nehmen in der dritten Stufe ebenfalls Personalabteilung und Personalrat an den Gesprächen teil.

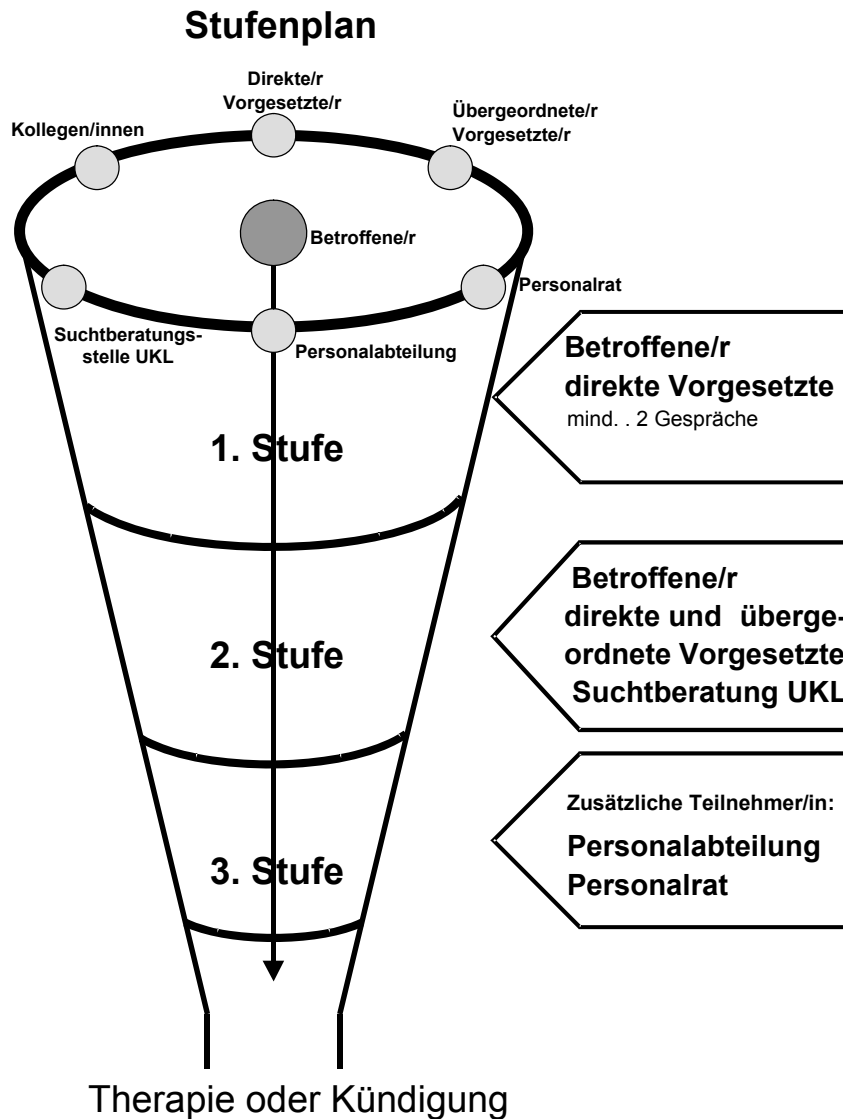


Abb. 2: Stufenplan

12 U. Pegel-Rimpl, Substanzbez. Störungen am Arbeitsplatz, in: DHS Info, Lensing Druck, Ahaus (2000) S. 17

Mit dem Durchlaufen der drei Stufen wird der Handlungsspielraum der / des Betroffenen gleich dem Abrutschen in einem Trichter immer enger und verdichtet sich in der 3. Stufe auf die Entscheidung: „Therapie oder Kündigung“.

Im *verlaufsgesteuerten* Stufenplan (Abb. 3) werden die Eckpfeiler zur Entwicklung von Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation durch drei Säulen in der abgebildeten Grafik dargestellt. Es sind: der Stufenplan, die Hilfsangebote und die Konsequenzen.

In der zweiten Säule sind die Hilfsmaßnahmen im Sinne eines gestuften Hilfeplanes und in der dritten Säule die möglichen arbeitsrechtlichen Konsequenzen nach ihrer Tragweite geordnet.

Verlaufsgesteuerter Stufenplan

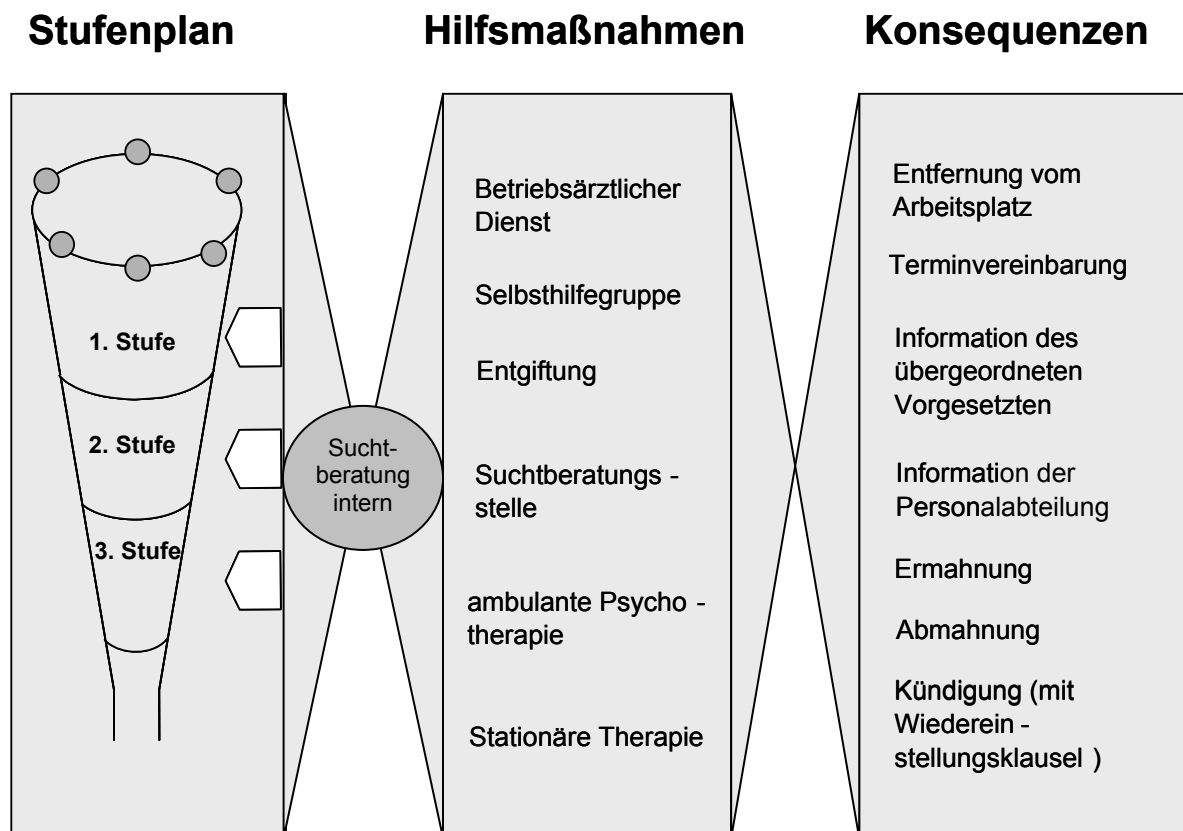


Abb. 3: Verlaufsgesteuerter Stufenplan

Im Vorgehen nach dem *verlaufsgesteuerten* Stufenplan soll die ambivalent bei Suchtkranken bestehende Bereitschaft, Hilfen anzunehmen, genutzt werden. Zur Erhaltung und Unterstützung dieser Eigenmotivation, müssen die ersten Maßnahmen eigene Spielräume und Handlungsalternativen zulassen. Motivation braucht ein Mindestmaß an Entscheidungsfreiheit und Wahlmöglichkeiten. Wird

das Korsett zu eng gezogen, besteht die Gefahr, dass die angeordneten Maßnahmen nicht akzeptiert werden und eine im Ansatz vorhandene Behandlungsbereitschaft durch Abwehr überlagert und verdrängt wird.

Die Suchtberatungsstelle für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat als Facheinrichtung die Aufgabe mit den Vorgesetzten einen auf den Einzelfall bezogenen Handlungsplan zu erstellen und die Betroffenen in deren Motivations- und Entscheidungsprozeß zu unterstützen. Sie berät die Beteiligten der Interventionsgespräche über geeignete Hilfsmaßnahmen und vermittelt die Betroffenen zu diesen Stellen.

Der *verlaufsgesteuerte* Stufenplan gibt also keinen starren Fahrplan vor, sondern ermöglicht ein bewegliches, auf die Einzelnen bezogenes Vorgehen, das eine ideale Anpassung der Maßnahmen an das Verhalten, die Motivation und die individuellen Reaktionen der Betroffenen zulässt. Darüber hinaus liegen Suchterkrankungen verschiedene Störungsgrade und Krankheitsbilder zugrunde, so dass es auch aus dieser Sicht darauf ankommt, die individuelle Lebensgeschichte, die aktuelle Lebenslage, die Behandlungsbedürfnisse und Ressourcen im jeweiligen Kontext einzuschätzen und für den Einzelfall ein geeignetes Angebot zu finden.

Das bedeutet, dass das Vorgehen nach dem verlaufsgesteuerten Stufenplan nicht lückenlos vorbestimmt ist, sondern dass die Wirkungen vorheriger Entscheidungen Einfluss bei der Auswahl der nächsten Maßnahmen haben. Dabei müssen Flexibilität und die gebotene Gradlinigkeit des Vorgehens in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

Anhang

1. Der Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention

Aufgrund einer Initiative des Personalrats im Arbeitsschutzausschuss wurde 1987 mit Zustimmung der Verwaltung eine Kommission mit interdisziplinärer Besetzung am Klinikum gegründet, die sich mit der Suchtproblematik am Arbeitsplatz auseinandersetzen und entsprechende Programme zur Lösung der Problemstellungen ausarbeiten sollte. Im Mai 1987 nahm dieser Ausschuss seine Arbeit auf und ist seit dem eine ständige Einrichtung des Universitätsklinikums geworden. Er gab sich den Namen Projektgruppe für Alkohol- und Suchterkrankungen.

Angesichts der Größe des zu bewältigenden Problems kamen die Mitglieder des Ausschusses schnell zu der Einsicht, dass ohne Einsatz von speziell in Suchtfragen ausgebildetem Fachpersonal eine erfolgversprechende Arbeit nicht möglich ist. Durch ihre Initiative wurde im Oktober 1987 die Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht, als innerbetriebliche Beratungsstelle mit zwei hauptamtlichen Halbtagskräften eingerichtet. Im Jahr 1990 stellte die Projektgruppe das erste Handlungskonzept zum „Umgang mit Alkoholproblemen und Sucht am Freiburger Universitätsklinikum“ vor, das im Juli 2002 vom Klinikumsvorstand in einer aktualisierten und erweiterten Fassung beschlossen wurde.

Heute begleitet er die Arbeit der Suchtberatungsstelle und bearbeitet ressortübergreifend Fragen.


Der Arbeitskreis setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern folgender

Bereiche zusammen:

Arbeitssicherheit	Geschäftsbereich Technik	Pflegedienst
Ärzeschaft	Personalabteilung	Psychosoziale Beratung
Betriebsärztlicher Dienst	Personalrat	Suchtberatungsstelle

Er tagt regelmäßig ca. zweimal jährlich und nach aktuellem Bedarf. Die Organisation wird von der Suchtberatungsstelle übernommen.

Derzeit hat der Arbeitskreis betriebliche Suchtprävention folgende Mitglieder:

<p>Angela Armbruster Kinderkrankenpfegerin Personalrat 270 – 6019 angela.armbruster@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Priska Beringer Dipl. Sozialpädagogin Suchtberatungsstelle für Beschäftigte 270 – 6028 priska.beringer@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Dr. Peter Deibert Oberarzt Abt. Sportmedizin 270 – 7461 peter.deibert@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Dr. Sabine Eppinger Ärztin Betriebsärztlicher Dienst 270 – 2051 sabine.eppinger@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Gerhard Heiner Dipl. Sozialarbeiter Suchtberatungsstelle für Beschäftigte 270 – 6018 gerhard.heiner@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Prof. Dr. Michael Henke Sektionsleiter Klinik für Strahlenheilkunde 270 – 9550 / 12 -9550 michael.henke@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Heidi Friedrich Teamleitern Geschäftsbereich 4 Personalabteilung 270 – 2180 heidi.friedrich@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Ingrid Kern Pflegedienstleiterin Psychiatrie, Psychosomatik und Hautklinik 270 – 6530 / 12-6530 ingrid.karin.kern@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Frank Kotterer Abteilungsleiter Geschäftsbereich Technik Elektro-, Nachrichten- und Fördertechnik 270 – 5507 frank.kotterer@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Martin Mühlich Technischer Mitarbeiter Arbeitssicherheit 270 – 2016 martin.muehlich@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Helmut Pötzsch Fachkrankenpfleger Personalrat 270 – 6069 helmut.potzsch@uniklinik-freiburg.de</p>	
<p>Dr. Irene Wernecke Ärztin, Mediatorin Psychosoziale Beratungsstelle für Beschäftigte 270 – 6017 irene.wernecke@uniklinik-freiburg.de</p>	

Stand November 2008

Kontakt

arbeitskreis.suchtpraevention@uniklinik-freiburg.de

2. Die Suchtberatungsstelle für Beschäftigte

Wir beraten Sie:

Gerhard Heiner
Dipl. Sozialarbeiter
Psychotherapie (BAPt)

☎ **0761 - 270-6018**
E-Mail: gerhard.heiner@uniklinik-freiburg.de
Fax: 0761 - 270-6018

Priska Beringer
Dipl. Sozialpädagogin
Gestalttherapeutin (IGW)

☎ **0761 - 270-6028**
E-Mail: priska.beringer@uniklinik-freiburg.de
Fax: 0761 - 270-6018

Sprechzeiten: montags bis freitags von **9.00 Uhr - 12.00 h**
nachmittags nach telefonischer Vereinbarung

Im Internet unter: www.uniklinik-freiburg.de/suchtberatung

Im Intranet unter: [Arbeitsplatz Klinikum - Suchtberatungsstelle](#)

So finden Sie uns:

Suchtberatungsstelle für Beschäftigte
Hartmannstr. 1 Seiteneingang, 1. OG
79106 Freiburg



3. Literaturempfehlungen:

Ziegler, Brandl (1999): Suchtprävention als Führungsaufgabe, Lösungsorientierte Strategien für den Betrieb, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden

Fuchs, Reinhard u.a. (1998): Betriebliche Suchtprävention, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.)(2000): Individuelle Hilfen für Suchtkranke, Lambertus-Verlag, Freiburg i. Br.

Kellermann, Gronau (1999): Suchtkrankheit überwinden, Basisinformation für Suchtkranke, Neuland-Verlagsgesellschaft mbH, Geesthacht

Vogt, Irmgard; Winkler, Klaudia (Hrsg.)(1996): Beratung süchtiger Frauen; Konzepte und Methoden, Lambertus-Verlag, Freiburg

Miller, Rollnick (1999): Motivierende Gesprächsführung, Lambertus-Verlag, Frbg

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg) (2000): Text: Ute Pegl-Rimpl,,: Substanzbezogene Störungen am Arbeitsplatz, Lensing Druck, Ahaus

Schanz, Gretz, Hanisch, Justus (1995): Alkohol in der Arbeitswelt; Fakten, Hintergründe, Maßnahmen, dtv 5879

Industriegewerkschaft Metall (Hrsg.) (1992): Das Suchtbuch für die Arbeitswelt; Ursachen, Folgen, Maßnahmen, überarb. Zweitaufgabe, Union-Druckerei, Frankfurt a. M.

Dietze, Klaus (1992): Alkohol und Arbeit; Erkennen, Vorbeugen, Behandeln, Orell Füssli Verlag, Zürich

