

Die Sucht im Kopf

Empfehlungen zum Umgang mit suchtmittelabhängigen Mitarbeitern

- Ein Seminar für Führungskräfte im öffentlichen Sektor -

Autorengemeinschaft:

Helena Berthold, Jana Brosch, Loris Cernuta, Hannah Draack, Christina Eirich, Carolin Fryges, Candy Huklowicz, Stephanie Jansen, Fabian Kleinherne, Said Koumbaz, Jonas Lammerding, Dennis Loos, Malina Nenig, Jennifer Rinne, Kirsten Schaefer, Isabel Schilly

Vorwort

Der Umgang mit Beschäftigten, die Schwierigkeiten mit oder durch Suchtmittel haben, stellt für Führungskräfte regelmäßig eine große Herausforderung dar. Oftmals haben Führungskräfte schlechte Erfahrungen mit derartigen Personalgesprächen gemacht und versuchen forthin, das Suchtproblem des Beschäftigten zu ignorieren oder „klein zu reden“. Die Passivität von Führungskräften führt jedoch dazu, dass der oder die betroffene Beschäftigte immer tiefer in den Strudel der Abhängigkeit gerät und dienstliche Probleme eskalieren.

Die Ursachen für gescheiterte Personalgespräche sind vielfältig. Sicherlich zählen mangelnde Kenntnis über Suchtmittel und –erkrankungen, Unkenntnis über rechtliche Handlungsmöglichkeiten und falsche Strategien im Umgang mit Suchtmittelabhängigen zu den wichtigsten Ursachen. Diese können durch Personalentwicklungsmaßnahmen behoben werden.

An diesem Punkt hat nun eine Lehrveranstaltung an der Fachhochschule für öffentliche Verwaltung NRW angesetzt. Die Studierenden des Wahlpflichtmoduls „Personalmanagement“ in Gelsenkirchen hatten die Aufgabe, ein Fortbildungsseminar für Führungskräfte zum Umgang mit Suchtmittelkonsumenten zu entwickeln. Zu diesem Fortbildungsseminar gehört das vorliegende Trainerhandbuch mit Hintergrundinformationen zu bedeutsamen Aspekten der Problemlage. Weiterhin haben die Studierenden aber auch einen didaktischen Ablaufplan und Lehrmaterialien erstellt (sowohl das Trainerhandbuch als auch Ablaufplan und Lehrmaterialien können Sie kostenfrei unter www.rehm-verlag.de/Suchthandbuch abrufen). Vor der Entwicklung des Seminars haben sich die Studierenden umfassend informiert, dabei haben sie z. B. mit trockenen Alkoholikern und mit Suchtexperten gesprochen. Sie haben auch bestehende Seminare zur Thematik analysiert.

Insgesamt sind Materialien entstanden, die eine/einen Trainer/in in die Lage versetzen sollten, wirksame Schulungen durchzuführen und Führungskräfte in die Lage zu versetzen, sinnvoll mit der Problematik „Sucht am Arbeitsplatz“ umzugehen. Das vorliegende Trainerhandbuch ist aber auch dazu geeignet, allen Interessierten (z. B. Führungskräfte, Kollegen, Angehörige, Studierende) als Informationsquelle zur Thematik zu dienen.

Die Studierenden haben eine herausragende Leistung erbracht – vor allem auch deswegen, weil beim Thema „Sucht am Arbeitsplatz“ nur ein interdisziplinärer Zugang erfolgreich sein kann. Es musste Wissen u.a. aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Statistik, Recht verarbeitet werden.

Die Studierenden haben sich dazu entschlossen, die erarbeiteten Materialien der Öffentlichkeit kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Die Namen der Studierenden findet der Leser unter dem Stichwort „Autorengemeinschaft“ (siehe Titelblatt) aufgelistet. Ich bin stolz darauf, dass ich mit diesen Studierenden zusammenarbeiten durfte. Für deren Berufsweg in den Kommunalverwaltungen des Ruhrgebiets wünsche ich ihnen von Herzen alles Gute!

Bei der Verlagsgruppe HJR bedanke ich mich dafür, dass sie bereit war, das vorliegende Werk verlagstechnisch zu bearbeiten und einer breiten Fachöffentlichkeit ohne Gewinnerzielungsabsicht weiterzuleiten. Besonders hervorzuheben ist das große Engagement von Frau Rita Cornmark.

Prof. Dr. Andreas Gourmelon, Gelsenkirchen im November 2017

Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung..... | 6 |
| 2 | Begriffserklärung | 7 |
| 2.1 | Abhängigkeit und Sucht..... | 8 |
| 2.2 | Konsum..... | 10 |
| 3 | Stoffgebundene Suchtmittel | 11 |
| 3.1 | Alkohol..... | 11 |
| 3.1.1 | Wirkung | 13 |
| 3.1.2 | Alkoholabhängigkeit..... | 15 |
| 3.1.3 | Folgen | 17 |
| 3.2 | Medikamentenabhängigkeit | 19 |
| 3.2.1 | Wirkung | 21 |
| 3.2.2 | Abhängigkeit..... | 22 |
| 3.2.3 | Folgen | 24 |
| 3.3 | Illegale Drogen..... | 27 |
| 3.3.1 | Wirkung | 28 |
| 3.3.2 | Abhängigkeit..... | 32 |
| 3.3.3 | Folgen | 34 |
| 3.4 | Exkurs: Der Epidemiologische Suchtsurvey..... | 35 |
| 4 | Risikogruppen und Gründe für Suchtmittelkonsum | 41 |
| 4.1 | Suchtfördernde Faktoren | 42 |
| 4.1.1 | Interne Faktoren..... | 42 |
| 4.1.2 | Externe Faktoren | 44 |
| 4.2 | Statistik | 47 |
| 5 | Co-Abhängigkeit | 48 |
| 5.1 | Verhaltensweisen und Phasen in der Co-Abhängigkeit | 48 |
| 5.2 | Folgen und Begleiterscheinungen | 49 |
| 5.3 | Der Co-Abhängigkeit entgegenwirken | 50 |
| 6 | Maßnahmen | 51 |
| 6.1 | Prävention | 51 |
| 6.1.1 | Bereiche suchtpreventiver Arbeit | 52 |
| 6.1.2 | Klassifizierung | 53 |
| 6.1.3 | Maßnahmen | 54 |
| 6.2 | Therapie..... | 55 |
| 6.2.1 | Kontakt-/ Motivationsphase..... | 57 |
| 6.2.2 | Entgiftungsphase | 58 |

| | | |
|-------|--|----|
| 6.2.3 | Entwöhnungsphase | 58 |
| 6.2.4 | Nachsorge-/ Rehabilitationsphase | 60 |
| 6.3 | Anlaufstellen..... | 61 |
| 7 | Rechtliche Perspektive | 63 |
| 7.1 | Arbeitsrecht..... | 64 |
| 7.2 | Beamtenrecht..... | 68 |
| 7.3 | Dienstvereinbarungen | 69 |
| 7.3.1 | Gründe für die Einführung von Dienstvereinbarungen zum Thema „Sucht“ | 70 |
| 7.3.2 | Aufbau von Dienstvereinbarungen | 70 |
| 8 | Gesprächstechniken | 72 |
| 9 | Literaturverzeichnis..... | 81 |
| 10 | Abbildungsverzeichnis | 89 |

1 Einleitung

Sucht ist kein Randproblem in Deutschland. Schätzungen zufolge waren 2015 über 10 Millionen Menschen alkohol-, tabak-, medikamenten-, drogen-, oder glücksspielsüchtig (Fachverband Sucht e. V. 2017). Für die Suchtmittelkonsumenten ergeben sich dadurch häufig Schwierigkeiten in privaten, aber auch in beruflichen Situationen.

Ein verändertes Leistungs- und Sozialverhalten kann auftreten, welches sich auch auf den Beruf auswirkt. So treten vermehrt Fehlzeiten auf oder die Arbeitsleistung kann bei sogenanntem Präsentismus, also an den "Arbeitstage[n], an denen Mitarbeiter zwar am Arbeitsplatz sind, durch gesundheitliche Probleme jedoch in ihrem Wohlbefinden und ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind" (Health Development Partners, HDP), nicht eingehalten werden. Für den Arbeitgeber besteht hier die Notwendigkeit zum Handeln.

In diesem Seminar sollen Führungskräfte auf den Umgang mit Suchtmittelabhängigen vorbereitet und im Gespräch geschult werden.

Insbesondere die stoffgebundenen Süchte, Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht, bieten dabei Handlungsspielraum. Nichtstoffgebundene Süchte dagegen sind für den Arbeitgeber schwerer festzustellen, da diese sich nicht oder nur geringfügig auf das Arbeitsverhalten auswirken und die Sucht selten während der Arbeitszeit befriedigt wird. Auch die Nikotinsucht bietet nur eingeschränkte Einflussmöglichkeiten für den Arbeitgeber, da diese gesellschaftlich größtenteils akzeptiert und ein Verbot nur schwer umsetzbar ist. Hier muss sich auf präventive Maßnahmen beschränkt werden.

Durch alle in diesem Handbuch behandelten Süchte, ergeben sich finanzielle Schäden für den Arbeitgeber. "Alkohol verursacht [jedoch] in Deutschland in allen Lebensbereichen weitaus größere Probleme als alle anderen Suchtmittel – auch in der Arbeitswelt." (DHS 2014a). Eine Bezifferung der Kosten liegt daher bislang lediglich für dieses Suchtmittel vor.

Die finanziellen Schäden durch Alkoholsucht für die Volkswirtschaft sind erheblich. Die Kosten für diese belaufen sich 2015 auf 40 Milliarden Euro (DHS 2017a; Effertz 2015).

Dabei werden neben den direkten Kosten, also dem tatsächlichen Ressourcenverbrauch, auch die indirekten Kosten, also der Ressourcenverlust, einberechnet. Die direkten Kosten umfassen unter anderem die Behandlungskosten oder die Sachschäden, die durch alkoholbedingte Unfälle entstehen. Beispiele für indirekte Kosten dagegen sind der Leistungsverlust durch Mortalität oder Frühberentung.

Zusätzlich zu diesen ökonomischen Kosten, werden in einer aktuelleren Studie von Dr. Tobias Effertz noch Schmerz und Leid der Betroffenen mit 18 Milliarden Euro beziffert, womit die volkswirtschaftlichen Kosten auf 58 Milliarden Euro steigen.

Auch die einzelnen Arbeitgeber müssen einen Teil dieser Kosten tragen.

Um die jeweiligen Kosten einschätzen zu können, hat die Schweizerische Fachstelle Sucht eine Formel zur Bestimmung des wirtschaftlichen Schadens eines Unternehmens entwickelt. Diese ist wie folgt definiert:

Wirtschaftlicher Schaden = (Anzahl der MA x 5 %) x (Durchschnittslohn x 25 %) eines Unternehmens

Hier wird davon ausgegangen, dass 5 % aller Arbeitnehmer unter einer Alkoholsucht leiden. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) geht für Deutschland ebenfalls davon aus, dass "5 % der Arbeitnehmer" (DHS 2014a) alkoholabhängig sind. Der Leistungsabfall und somit der Verlust für ein Unternehmen tritt mit 25 % ein. Es muss also eine verminderte Produktivität hingenommen werden oder neue Mitarbeiter müssen kostspielig eingearbeitet werden.

Der Arbeitgeber hat somit neben dem Fürsorgegedanken auch ein wirtschaftliches Interesse daran, Suchtmittelabhängigkeit im eigenen Betrieb zu verhindern oder zu verringern.

Durch die Schulung der Führungskräfte im Gespräch mit Suchtmittelkonsumenten findet eine Sensibilisierung der Führungskräfte statt. So lassen sich die erlernten Gesprächsführungsmethoden auch auf weitere schwierige Mitarbeitergespräche, wie beispielsweise auf "Mitarbeiterbeurteilungen, Fehlverhalten, Krankheit, Suchtprobleme, Versetzungen, Kündigungen, schlechter Leistungen oder Unpünktlichkeit" (RKW Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft e.V., abgerufen am 12.03.17), übertragen.

2 Begriffserklärung

Zum Einstieg in das Thema Umgang mit Suchtmittelkonsumenten, soll zunächst eine Abgrenzung der Termini Abhängigkeit, Sucht und Konsum vorgenommen werden. Dies dient ferner dazu, die Teilnehmer mit den Begrifflichkeiten vertraut zu machen und ein erstes Grundverständnis für das Seminar zu entwickeln.

2.1 Abhängigkeit und Sucht

Nach dem Dorsch Lexikon der Psychologie (2013, S. 88) wird Abhängigkeit als ein subjektiv erlebter Zwang oder die subjektiv erlebte Notwendigkeit zu einer wiederholten, periodischen oder andauernden Einnahme psychotroper Substanzen beschrieben. Dabei entwickelt sich dieser Zwang erst im Verlauf von mehreren Monaten oder Jahren der Einnahme. Zudem wird allerdings ebenfalls darauf verwiesen, dass beispielsweise Opiate schon nach wenigen Tagen eine psychische Abhängigkeit bewirken können (Wirtz, 2013, S. 88).

Physische und psychische Abhängigkeit

Weiterhin wird dieser Zwang als starkes und gelegentlich übermächtiges Verlangen definiert und zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit unterschieden (Pschyrembel et al., 2011, S. 5). Die **physische Abhängigkeit** äußert sich dabei zum einen in der Einnahme einer Substanz, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden und zum anderen in einer hohen Toleranz bezüglich der konsumierten Substanz (Pschyrembel et al., 2011, S. 5).

Die **psychische Abhängigkeit** wird als der zuvor beschriebene Zwang dargestellt, eine Substanz zu konsumieren, um positive Empfindungen zu verschaffen oder unangenehme zu beseitigen (Pschyrembel et al., 2011, S. 5). Außerdem wird auch die verminderte Kontrollfähigkeit über den Beginn und die Beendigung und Menge des Substanzgebrauchs, einschließlich erfolgloser Versuche diesen zu beenden, als ein Merkmal für eine psychische Abhängigkeit gewertet (Pschyrembel et al., 2011, S. 5). Darüber hinaus zeichnet sich eine körperliche Abhängigkeit nach Heckmann (1999, S. 753) darin aus, dass auch eine körperliche Toleranz bezüglich der eingenommenen Substanz entsteht und diese zu einer Dosissteigerung führt.

Das medizinische Diagnoseklassifikationssystem von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen ICD (International Classification of Diseases) (Dilling, 2014, S. 114) verwendet hingegen nicht den Terminus Abhängigkeit, sondern **Abhängigkeitssyndrom**, setzt diesen aber ebenfalls mit den zuvor genannten Verhaltensweisen einer Abhängigkeit gleich. Weiterhin führt das ICD (Dilling, 2014, S. 115) **diagnostische Leitlinien** auf, mit denen eine Abhängigkeit erkannt werden kann.

Die Diagnose kann insofern erfolgen, als irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden **Kriterien** gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen 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 ursprüngliche durch niedrige Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich. (Tagedosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen würden bei anderen zum Tode führen.)
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen nimmt der Konsument in Kauf.

Ferner kann sich das Abhängigkeitssyndrom

- auf einen einzelnen Stoff (Tabak),
- auf eine Gruppe von Substanzen (Opioide) oder
- auf den Konsum von unterschiedlichen Substanzen beziehen (Dilling, 2014, S. 116).

Zudem wird das Abhängigkeitssyndrom in sieben **Kategorien** unterteilt:

1. gegenwärtig abstinent
2. gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (Krankenhaus)
3. gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Drogenprogramm (= kontrollierte Abhängigkeit, z.B. Methadonprogramm)
4. gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (z.B. Naloxon)
5. gegenwärtiger Substanzgebrauch (= aktive Abhängigkeit)
6. ständiger Substanzgebrauch
7. episodischer Substanzgebrauch (= Dipsomanie) (ICD, 2014, S. 116)

Bei dem Versuch die Termini Sucht und Abhängigkeit voneinander abzugrenzen, wird schnell klar, dass die Definition von Sucht in der Literatur meist mit der von Abhängigkeit einhergeht. Somit soll auf den Versuch einer Abgrenzung an dieser Stelle verzichtet werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Begriff Sucht eine verbreitete Bezeichnung für die Abhängigkeit von einem bestimmten Stoff oder von bestimmten Verhaltensweisen ist (Gross, 2016, S. 6).

2.2 Konsum

Nach Gerginov (2013) wird der Begriff Konsum als allgegenwärtig beschrieben und ganz selbstverständlich in vielen verschiedenen Zusammenhängen benutzt. „Das Wort Konsum leitet sich vom lateinischen *consumere* ab, was für das Verbrauchen und Verwenden ebenso wie für Verzehren steht. Doch auch mit dem Wort Vergeuden kann der Begriff *consumere* übersetzt werden. Ganz allgemein betrachtet bezeichnet der Begriff Konsum den Verbrauch von Gütern“ (Gerginov, 2013).

Das ICD liefert keine Definition für Konsum. Allerdings wird der schädliche Gebrauch definiert (Dilling, 2014, S. 113). Sofern Konsum zunächst als Verbrauch von Gütern zusammengefasst wurde, kann dieser auch als Gebrauch von Gütern gleichgesetzt werden, womit der Terminus (schädlicher) Gebrauch für die Begriffsabgrenzung verwendet werden kann.

Nach dem ICD (Dilling, 2014, S. 113) handelt es sich bei schädlichem Gebrauch um ein „Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa eine Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massiven Alkoholkonsum.“

Somit kann festgehalten werden, dass Konsum zunächst als Ver- und Gebrauch von Gütern definiert wird und im Sinne des Seminars, welches inhaltlich auf Suchtmittelkonsumenten abzielt, zwischen normalem und abnormalem Konsum unterschieden werden kann.

Auch das in der Psychiatrie verwendete **Klassifikationssystem DSM** (*Diagnostic Statistic Manuel of Mental Disorders*) unterscheidet verschiedene **Formen des Konsums**:

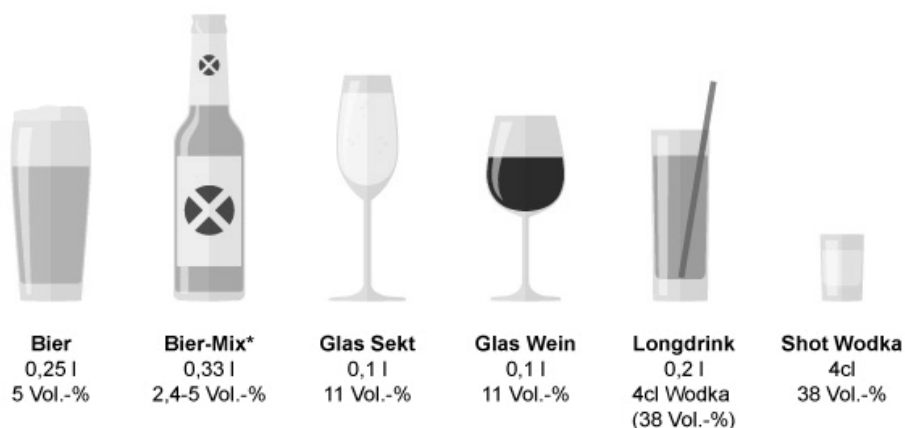
1. **der unerlaubte Gebrauch** (wird von der Gesellschaft nicht gebilligt)
2. **der gefährliche Gebrauch** (hat für den Konsumenten mit hoher Wahrscheinlichkeit schädliche Folgen)
3. **der dysfunktionale Gebrauch** (beeinträchtigt die Erfüllung psychischer oder sozialer Anforderungen, z.B. das Interesse an Mitmenschen oder der sozialen Umwelt mit der Folge der Isolation oder des Arbeitsplatzverlustes)
4. **der schädliche Gebrauch** (festgestellt durch eingetretene Schäden körperlicher oder seelischer Art) (Bell, 2014, S. 22)

3 Stoffgebundene Suchtmittel

3.1 Alkohol

Alkohol ist eine farblose, brennbare und brennend schmeckende Flüssigkeit. Die chemische Bezeichnung ist Äthanol (Ethanol), die Strukturformel lautet CH_5OH . Das spezifische Gewicht von Alkohol liegt bei etwa 0,8 g, sodass Alkohol damit leichter ist als Wasser. Alkohol wird nicht nur in Getränken, sondern auch in Chemikalien, Arzneimitteln und Parfüms verwendet. Hergestellt wird Alkohol durch Vergärung von Zucker. „Es handelt sich dabei um einen natürlichen Vorgang, wobei der Zucker durch Mikroorganismen, die wir Hefe nennen, in Äthanol und Kohlendioxyd umgewandelt wird.“ (Schneider, 2015, S. 38).

Alkohol gehört in Deutschland zu den am meisten konsumierten und akzeptierten psychotropen Substanzen (DHS, 2015a). Alkohol wird in Form von Getränken, wie etwa Bier oder Wein, konsumiert, wobei der Alkoholgehalt je nach Art des Getränks variiert. „So liegt der Alkoholgehalt beispielsweise von Bier je nach Sorte etwa zwischen 4,0 und 8,0 Vol.-%, von Rotwein zwischen 11,5 und 13,0 Vol.-% und von durchschnittlichem Weißwein zwischen 10,5 und 11,8 Vol.-%“ (DHS 2017a) Wein- und Obstbrände erreichen dagegen einen Alkoholgehalt von 45 und mehr Vol.-%. Ein Volumenprozent entspricht dabei etwa 0,8 g Alkohol.



Alkoholgehalt ausgewählter Getränke in Volumenprozent (Quelle: www.kenn-dein-limit.info/wie-viel-ist-drin.html. Aufgerufen am 01.02.2017)

Berechnung: Alkoholmenge in Gramm

Wie viel Gramm Alkohol ein Getränk enthält, lässt sich mit Hilfe einer einfachen Formel ermitteln (BZgA, 2017a). Benötigt werden dazu nur Angaben zur Menge des Getränkes in Millilitern (ml) sowie Angaben zum Alkoholgehalt in Volumenprozent (Vol.-%).

Diese Informationen erhält man in aller Regel bereits, wenn man einen Blick auf das Etikett des entsprechenden Getränkes wirft. Darüber hinaus muss in die Berechnung noch das spezifische Gewicht von Alkohol mit einfließen. Hierfür wird immer ein Wert von 0,8 Gramm/cm³ herangezogen. Aus diesen Informationen ergibt sich dann folgende Formel:

$$\text{Menge in Millilitern} \times (\text{Volumenprozent} / 100) \times 0,8 \text{ Gramm} = \text{Gramm reiner Alkohol}$$

Beispiele:

1 Flasche Bier (330 ml, 4,8 Vol.-%):

$330 \text{ ml} \times (4,8 \text{ Vol.-%} / 100) \times 0,8 = 12,7 \text{ Gramm reiner Alkohol.}$

1 Glas Wein (100 ml, 11 Vol.-%)

$100 \text{ ml} \times (11 \text{ Vol.-%} / 100) \times 0,8 = 8,8 \text{ Gramm reiner Alkohol.}$

Alkoholkonsum ist in Deutschland weit verbreitet und erfreut sich bei vielen Menschen großer Beliebtheit. Das liegt vor allem daran, dass Alkohol in geringer Menge stimmungsanregend wirkt und von den meisten als angenehm empfunden wird. So wird Alkohol als Genussmittel und erlaubtes Rauschmittel angesehen, sodass das Trinken von Alkohol weitgehend eine gesellschaftliche Anerkennung besitzt (DHS, 2016b). Die gelöste, heitere Stimmung kann jedoch bei höherer Dosierung in Gereiztheit oder Aggressivität umschlagen. So birgt ein missbräuchlicher Gebrauch von Alkohol jede Menge negativer Auswirkungen und Folgen, die im weiteren Verlauf dieses Kapitels näher beleuchtet werden.

Pro-Kopf Alkoholverbrauch (Fertigware)

Betrachtet man die Entwicklung des Pro-Kopf Alkoholverbrauchs in Deutschland seit dem Jahr 2000 im Hinblick auf die Fertigware, sprich das Endprodukt, fällt auf, dass der Konsum von Bier in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist. Der lediglich leichte Anstieg von 0,3 Litern pro Person, der im Jahr 2014 gegenüber dem Jahr 2013 zu verzeichnen ist, dürfte wohl durch die Fußball-Weltmeisterschaft in Brasilien verursacht worden sein. Durch das sehr gute Abschneiden der deutschen Nationalmannschaft wurde vor allen Dingen bei Großveranstaltungen (öffentliche Übertragung der Spiele) mehr konsumiert als sonst.

Der Konsum von Wein hingegen ist in den letzten Jahren etwas gestiegen. Waren es im Jahr 2000 noch 19 Liter pro Person, standen im Jahr 2014 bereits 20,7 Liter pro Person zu Buche.

Der Pro-Kopf Konsum von Schaumwein und anderen Spirituosen war in der Vergangenheit lediglich leichten Schwankungen unterworfen und blieb somit fast annähernd stabil.

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Bier | 125,5 | 115,3 | 107,4 | 107,3 | 106,6 | 106,9 |
| Wein | 19,0 | 19,9 | 20,5 | 20,8 | 21,1 | 20,7 |
| Schaumwein | 4,1 | 3,8 | 3,9 | 4,2 | 4,0 | 3,9 |
| Spirituosen | 5,8 | 5,7 | 5,4 | 5,5 | 5,5 | 5,4 |

Abbildung 1 – Pro-Kopf Alkoholverbrauch in Litern in Deutschland (Fertigware) seit 2000 (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2015); Daten aus der Alkoholkirtschaft. Bonn.)

Pro-Kopf-Verbrauch (reiner Alkohol)

Der Pro-Kopf Konsum von reinem Alkohol lag im Jahr 2014 bei 9,6 Litern. Dies entspricht in etwa dem Fassungsvermögen eines im Haushalt gebräuchlichen Putzeimers. Damit befindet sich der Verbrauch seit 2010 annähernd auf einem konstanten Niveau. Im Jahr 2000 wurde pro Bundesbürger noch knapp ein Liter mehr konsumiert. Damals lag der Wert bei 10,5 Litern.

| 2000 | 2005 | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------|------|------|------|------|------|
| 10,5 | 10,0 | 9,6 | 9,7 | 9,7 | 9,6 |

Abbildung 2: Pro-Kopf Alkohol Verbrauch in Litern in Deutschland (reiner Alkohol) seit 2000 (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2015); Daten aus der Alkoholkirtschaft. Bonn.)

3.1.1 Wirkung

Alkohol ist ein Zellgift mit hohem Suchtpotenzial und wird über die Schleimhaut des Verdauungstraktes innerhalb von 30 bis 60 Minuten ins Blut aufgenommen und über das Blut im gesamten Körper verteilt. „Die Blutalkoholkonzentration [BAK; Anm. d. Verf.] ist ein Maß für die Menge von Alkohol im Blut und wird üblicherweise in Promille angegeben“ (DHS, 2016c), was der Alkoholmenge in Gramm pro 1.000 g Blut entspricht. „Das bedeutet, dass auf einen Liter Blut ein Milliliter reiner (100-prozentiger) Alkohol kommt“ (Schneider, 2015, S. 53). Die konsumierte Menge

sowie das Körpergewicht bestimmen dabei den Alkoholgehalt des Blutes. Bei gleicher Alkoholmenge ist die Alkoholkonzentration bei Frauen um etwa ein Fünftel höher als bei Männern, was vor allem daran liegt, dass Männer meist schwerer und größer sind, sodass sich der zugeführte Alkohol besser verteilen kann. So ist die Wirkung von Alkohol stärker, je höher die Blutkonzentration ist.

Wie hoch der Promillewert im menschlichen Blut ist, lässt sich mit Hilfe der sogenannten **Widmark-Formel** berechnen. Diese lautet:

$$\text{BAK} = \text{Alkoholmenge in Gramm} / (\text{Körpergewicht in Kilogramm} \times \text{Verteilungsfaktor im Körper})$$

Wie die Alkoholmenge eines Getränkes in Gramm ermittelt werden kann, wurde an vorheriger Stelle bereits erklärt (siehe dazu **Berechnung: Alkoholmenge in Gramm**).

Wie hoch der sogenannte Verteilungsfaktor ist, ist von dem Geschlecht der betrachteten Person abhängig. Ausschlaggebend hierfür ist der unterschiedliche Anteil von Körperflüssigkeiten am Körpergewicht bei Männern und Frauen, der bei der Verteilung des Alkohols im Körper eine wichtige Rolle spielt. Bei Männern liegt dieser Anteil bei etwa 68 %. Bei Frauen hingegen nur bei circa 55 % (BZgA, 2017c).

Im Folgenden wird die Widmark-Formel anhand von Beispielen verdeutlicht.

Beispiel 1:

Ein 70 Kilogramm schwerer Mann trinkt eine 0,33 Liter Flasche Bier mit 12,7 Gramm Alkohol.

$$12,7 \text{ Gramm} / (70 \text{ Kilogramm} \times 0,68) = \text{ca. } 0,27 \text{ Promille BAK}$$

Beispiel 2:

Eine 50 Kilogramm schwere Frau trinkt ein 0,1 Liter Glas Wein mit 8,8 Gramm Alkohol.

$$8,8 \text{ Gramm} / (50 \text{ Kilogramm} \times 0,55) = 0,32 \text{ Promille BAK}$$

Die exakte Blutalkoholkonzentration wird sich mit dieser Formel auf Grund des sogenannten Resorptionsdefizites im Übrigen nicht ermitteln lassen. Denn nach dem Konsum eines alkoholischen Getränkes gelangen tatsächlich nur etwa 70 bis 90 Prozent des Alkohols in den Blutkreislauf. Die restlichen 10 bis 30 Prozent werden bereits im Magen abgebaut (Soyka et al., 2008). Daher wird die tatsächliche BAK immer etwas geringer sein, als es die Widmark-Formel angibt.

Bei der Wirkungsweise von Alkohol kommt es vor allem auf die Menge und Dosierung der alkoholischen Getränke, aber auch auf die individuelle Verfassung des Einzelnen an.

- **0,2 Promille** reichen bereits aus, um das subjektive Erleben und persönliche Verhalten zu verändern (DHS, 2016a, S. 8). Damit beeinträchtigt Alkohol schon in geringen Mengen einige Funktionen der Großhirnrinde, zu denen eben die Entscheidungsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit zählen (Schneider, 2015, S. 44). Hieraus ergibt sich eine erhöhte Unfallgefahr, die besonders im Straßenverkehr schwerwiegende Folgen für Konsumenten und Unbeteiligte haben kann (DHS, 2016b, S. 5).
- „Bei ca. **einem Promille** Blutalkoholkonzentration beginnt das Rauschstadium mit läppisch-heiterer oder depressiver Stimmung“ (DHS, 2016a, S. 9), sodass es zu Gleichgewichts- und Sprachstörungen kommt.
- Mit etwa **zwei Promille** wird ein Betäubungsstadium erreicht, sodass Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung auftreten (DHS, 2016a, S. 9).
- Lebensgefahr besteht indes erst ab **drei Promille**. Denn dort „beginnt die schwere, akute Alkoholvergiftung, die im schlimmsten Fall zum Tod durch Atemstillstand führen kann“ (DHS 2016a, S. 9).

Zu beachten ist jedoch, dass Kinder, Schwangere oder Personen, die selten oder gar keinen Alkohol trinken sowie Personen, die gleichzeitig Medikamente nehmen, besonders empfindlich auf Alkohol reagieren. Besonders gefährlich ist die Kombination von Alkohol und psychisch wirkenden Mitteln, vor allem Beruhigungsmitteln (BZgA, 2017d).

„Schädliche Auswirkungen auf den menschlichen Organismus sind bei gelegentlichem und geringem Konsum allerdings nicht zu erwarten“ (Schneider, 2015, S. 42). „Als mit Sicherheit unbedenklich für gesunde erwachsene Menschen gilt nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation die Menge von 7 Gramm Alkohol pro Tag“ (Schneider 2015, S. 51).

Der Abbau von Alkohol erfolgt zum großen Teil in der Leber. Nur ein sehr geringer Teil des Alkohols wird über Atemluft, Schweiß oder Urin ausgeschieden.

Stündlich können etwa 0,1-0,2 Promille Alkohol vom Körper abgebaut werden, das entspricht also in etwa 7 bis 14 Gramm.

3.1.2 Alkoholabhängigkeit

Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine chronische Verhaltensstörung, bei der der Alkoholkonsum über das soziale Maß hinausgeht und die Person die Kontrolle über den Konsum

verloren hat. Hierbei kann eine psychische und physische Abhängigkeit entstehen. Wenn die betroffene Person die Kontrolle über die konsumierte Menge verliert, spricht man von einer **psychischen Abhängigkeit**. Von einer **physischen Abhängigkeit** wird gesprochen, wenn sich eine Toleranzentwicklung beobachten lässt. Das bedeutet, dass zur Aufrechterhaltung der Wirkung immer größere Mengen konsumiert werden müssen.

Für eine Alkoholabhängigkeit gibt es klare **Anzeichen**:

- Das Leben dreht sich zunehmend um Alkohol, nach und nach funktioniert scheinbar immer weniger ohne den Suchtstoff und andere Interessen werden vernachlässigt.
- Zentrale Hinweise sind wiederholte, erfolglose Versuche, weniger zu trinken oder abstinenter zu bleiben (BZgA, 2017b).

Die Alkoholabhängigkeit entwickelt sich oftmals schleichend über mehrere Jahre hinweg und für viele erst einmal unmerklich. Seit 1968 wird die Alkoholabhängigkeit jedoch als Krankheit anerkannt. „Die Behandlung dieser Krankheit fällt seit 1978 in die Zuständigkeit der Krankenkassen und der Rentenversicherung“ (DHS 2017a). In Deutschland sind etwa 1,8 Millionen Menschen nach Angabe des Bundesgesundheitsministeriums alkoholabhängig (BMG, 2015).

Eine **beginnende Alkoholabhängigkeit** ist geprägt von

- häufigem Denken an Alkohol,
- steigendem Konsum,
- Streitigkeiten in der Familie,
- Nachlassen der Leistungsfähigkeit.

Diagnostiziert wird eine Alkoholabhängigkeit, wenn mindestens drei der Kriterien der „**Diagnostischen Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom**“ während des letzten Jahres erfüllt sind:

1. Es besteht ein starker Wunsch oder Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Das Auftreten eines körperlichen Entzugssyndroms.
4. Es kann eine Toleranz nachgewiesen werden, d.h. es sind zunehmend höhere Dosen erforderlich, um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen hervorzurufen.
5. Andere Vergnügungen oder Interessen werden zugunsten des Substanzkonsums zunehmend vernachlässigt.

6. Der Alkoholkonsum wird trotz nachweisbarer eindeutiger schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art fortgesetzt.

Erst mit bedeutsamen Veränderungen im familiären, beruflichen und/oder gesundheitlichen Bereich findet bei vielen Betroffenen ein Umdenken statt, sodass letztendlich die gezogenen Konsequenzen Wirkung zeigen und für die Abhängigen der Weg aus der Alkoholabhängigkeit beginnt. Die Trennung vom Lebenspartner, ein Unfall, der Führerscheinentzug oder die Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis sind einige Beispiele dafür.

3.1.3 Folgen

Regelmäßig erhöhter Alkoholkonsum steigert das Risiko zahlreicher schwerwiegender Folgeschäden erheblich. Dabei lassen sich die Folgeschäden in psychische, **körperliche** und **soziale** Folgen unterteilen. Die Schäden sind umso gravierender, je weiter die Alkoholabhängigkeit fortschreitet.

Alkohol als toxische Substanz kann nahezu alle menschlichen Organe schädigen und mehr als 60 verschiedene akute und chronische Krankheiten verursachen (BZpB, 2008, S.37). Zu diesen **Organschäden** gehören vor allem

- „die Veränderungen der Leber (Fettleber, Leberentzündung, Leberzirrhose),
- der Bauchspeicheldrüse,
- des Herzens (Erweiterung des Herzmuskels) sowie
- des zentralen und peripheren Nervensystems (Hirnatrophie, Polyneuropathie) und
- der Muskulatur (Muskelatrophie).

Forschungen zu den langfristigen Effekten von Alkohol belegen darüber hinaus, dass bei langfristigem massiven Alkoholkonsum ein **erhöhtes Krebsrisiko** besteht (Mund-, Rachen-, Speiseröhrenkrebs und bei Frauen Brustkrebs)“ (DHS 2017a). Diese Risiken und schweren gesundheitlichen Schäden betreffen allerdings längst nicht nur Abhängige. Auch ein hoher gewohnheitsmäßiger Konsum birgt große Risiken. Auch wenn in erster Linie die Leber Schaden nimmt, so ist gleichfalls das Gehirn besonders gefährdet, da jeder Rausch Millionen von Gehirnzellen tötet (DHS, 2016a S.13). Des Weiteren ist die Wahrscheinlichkeit für Herzmuskel-Erkrankungen und Bluthochdruck erhöht.

Infolge eines abrupten Absetzens des Alkohols können gefährliche **Entzugerscheinungen** auftreten. Möglich sind dabei Schlafstörungen, Schweißausbrüche, Zittern und Unruhe. Die Störungen des Nervensystems können dabei bis zum Delirium tremens führen.

Im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit kann es auch zu **psychischen Beeinträchtigungen** kommen, die sich beispielsweise in häufigen Stimmungsschwankungen, Angstzuständen, Depressionen bis hin zu einer Suizidgefährdung bemerkbar machen können (DHS 2016b, S. 6).

Häufig zieht eine Alkoholabhängigkeit auch soziale Folgen, also **Veränderungen im sozialen Umfeld** nach sich, wenn es dadurch oft zu sozialen Konflikten und Belastungen kommt. Zu diesen Veränderungen zählen etwa

- gestörte Beziehungen zu den Mitmenschen oder
- Distanzierung von ihnen,
- Ehescheidung,
- Fernbleiben von der Arbeit,
- Abstieg im Beruf,
- Verlust der Anerkennung sowie
- Wohnungsverlust (Schneider 2015, S. 259).

Bedingt durch Angst und Scham gelingt es vielen Betroffenen erst sehr spät oder teilweise gar nicht, sich das Problem einzugestehen und Hilfe anzunehmen.

Mortalität

In Deutschland gibt es bislang nur wenige Berechnungen, die sich mit der Anzahl alkoholbedingter Todesfälle auseinandersetzen. Erschwerend kommt hinzu, dass in diesen meist nur Todesursachen Beachtung finden, die mit extrem hoher Wahrscheinlichkeit auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind. Gemeint sind damit vor allen Dingen Todesfälle in Folge von Leberschädigungen, wie z.B. Leberzirrhose, oder jahrelanger Alkoholabhängigkeit (Hanke und John, 2002).

Die exakte Anzahl von Personen, die jährlich direkt oder indirekt an den Folgen von Alkoholkonsum sterben, lässt sich daher nicht feststellen.

Im Jahr 2012 versuchte das Statistische Bundesamt in Kooperation mit fachkundigen Experten und Ärzten erstmals konkrete Zahlen auf diesem Gebiet zu ermitteln. Dafür wurde im Vorfeld eine Liste mit sämtlichen in Betracht kommenden Todesursachen erarbeitet, die auf den Konsum von Alkohol zurückgeführt werden können.

Sie kamen zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2012 hierzulande 14.551 Menschen an den Auswirkungen eines Alkoholkonsums verstorben sind. Zum Vergleich sei gesagt, dass im gleichen Jahr die Zahl der Verkehrstoten mit 3.827 Personen deutlich darunterlag (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013).

Laut dem Statistischen Bundesamt starben von diesen 14.551 Menschen 7.812 Personen an den Folgen massiver Leberschädigungen. Dies war somit die häufigste durch Alkohol verursachte Todesart. Am zweithäufigsten war bei den Verstorbenen die Bauchspeicheldrüse betroffen. Auch Herzmuskel- und Lungenerkrankungen sowie Schädigungen des Nervensystems waren in vielen weiteren Fällen als alkoholbedingte Todesursache zu beobachten.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtmittelfragen (DHS) und die Universität Greifswald schätzen allerdings, dass die tatsächliche Anzahl alkoholbedingter Todesfälle noch deutlich über dem Wert liegt, den das Statistische Bundesamt im Jahr 2012 ermittelt hat (DHS 2017b). So kam eine Studie der Universität Greifswald aus dem Jahr 2002 zu dem Ergebnis, dass in Deutschland jährlich etwa 80.000 Todesfälle direkt oder indirekt auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückgeführt werden können.

Für das Jahr 2015, in dem etwa 925.000 Menschen in Deutschland verstarben (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013), würde dieser Wert bedeuten, dass etwa 8,65 % aller Todesfälle in einem unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol stehen würden.

3.2 Medikamentenabhängigkeit

„Die Risiken der Arzneimittelabhängigkeit bedürfen ebenso großer Aufmerksamkeit wie der Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen.“ (DHS, 2016d)

Im deutschen Handel befinden sich derzeit circa 50.000 verschiedene Arzneimittel (DHS, 2016d, S. 9). Sie bestimmen das Verhalten und Erleben von Menschen über das zentrale Nervensystem (Elsesser und Sartory, 2005, S. 15).

Eine niedrige Dosierung und eine kurze Einnahmezeit eines Medikaments sollten durch eine qualifizierte Verordnung geboten sein (DHS, 2016d, S. 9), da ein langjähriger Gebrauch von Arzneimitteln zu einer Abhängigkeit führen kann (Elsesser und Sartory, 2005, S. 9). Ebenso zählt das Abhängigkeitspotential mancher Medikamente zu deren Nebenwirkungen (DHS, 2016d, S. 3).

Statistiken zeigen, dass circa 4 bis 5 % der verordneten Arzneimittel ein sogenanntes Missbrauchs- und/ oder Abhängigkeitspotential aufweisen (DHS, 2016d, S. 3).

Medikamente mit erhöhtem Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential sollten nur zur akuten Krisenbewältigung eingenommen werden, denn im Vordergrund sollte für den Patienten die Lösung des Ausgangsproblems stehen (DHS, 2016f, S. 6 f.).

Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Schmerzmittel zählen zu den wichtigsten Medikamenten mit einem Missbrauchs- und/ oder Abhängigkeitspotential (DHS, 2016d, S. 8).

Im weiteren Verlauf wird sich deshalb ausschließlich mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Schmerzmitteln im Hinblick auf deren Wirkung, Abhängigkeit und Folgen auseinandergesetzt.

-

Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika und Sedativa) werden zur Bewältigung von Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen, Schlafstörungen, bei muskulären Verspannungen, psychischen Erkrankungen, Nervosität, Überbelastung, Narkose oder zur Vermeidung epileptischer Anfälle verordnet (DHS, 2016f; 2016d, S. 9).

Sie heilen keine Erkrankungen, sondern werden angewandt um dem Patienten zu helfen, temporäre Krisensituationen zu überstehen (DHS, 2016d, S. 13; Elsesser und Sartory 2005, S. 19). Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln erfolgt meist in Tablettenform (DHS, 2015b). Sie gehören zu den rezeptpflichtigen Arzneimitteln (DHS, 2015b), die teilweise nur durch ein Betäubungsmittel-Rezept verordnet werden dürfen (DHS, 2016d, S. 13).

Die Halbwertszeit, also wie lange die Substanz benötigt um zur Hälfte vom Körper abgebaut zu werden, unterscheidet sich je nach Art des Medikaments (DHS, 2016d, S. 13). Es kann sich hierbei um einen Prozess von mehreren Stunden bis hin zu mehreren Tagen handeln (DHS, 2015b).

Schmerzmittel (Analgetika) werden zur akuten und chronischen Behandlung von Schmerzen eingenommen. Die Einnahme kann in Form von Kapseln, Tabletten, Tropfen, Säften, Zäpfchen, Injektionslösungen oder Transdermalpflastern erfolgen (DHS, 2015c). Schmerzen können in fast allen Zellen des Körpers entstehen (DHS, 2016f, S. 27).

Exkurs

Opiate und Opioide haben ihren Ursprung im Schlafmohn, woraus Opium und später auch Heroin gewonnen wurde. Heroin zählt zu den illegalen Drogenarten und wird im Kapitel 3.3 behandelt (DHS, 2015c).

In der Regel wird der Wirkstoff von Schmerzmitteln über mehrere Stunden verteilt im Körper freigesetzt, um einen gleichbleibenden Substanzspiegel im Blut zu erzielen (DHS, 2015c).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ein **dreistufiges Vorgehen bei Schmerzpatienten** veröffentlicht:

- Stufe Behandlung mit Nicht-Opioidanalgetikum
- Stufe Behandlung mit schwachen Opioiden
- Stufe Behandlung mit starken Opioiden

(DHS, 2016d)

3.2.1 Wirkung

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Die Wirkung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln findet im Rückenmark und in den peripheren Organen statt (DHS, 2015b). Sie zeichnet sich durch ihre angstlösenden, schlafanstoßenden, krampflösenden, (muskel-)entspannenden, beruhigenden, erregungs- und aggressionsdämpfenden Effekte aus (DHS, 2015b). Schlaf- und Beruhigungsmittel enthalten vorwiegend Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine (Elsesser und Sartory 2005, S. 17).

Die Tiefschlaf- und Traumphase wird durch die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln beeinflusst. Der Schlaf an sich ist zwar ungestörter und länger, aber im Endeffekt weniger erholsam (DHS, 2016d, S. 11).

Schmerzmittel

Bei Schmerzmitteln wird zwischen peripher und zentral wirkenden Analgetika unterschieden.

Peripher wirkende Analgetika verhindern die Schmerzen am Entstehungsort. Sie wirken fiebersenkend und entzündungshemmend. Zur kurzfristigen Selbstmedikation (z.B.: bei gelegentlichen, schwachen bis mittleren Kopfschmerzen) sind die peripher wirkenden Analgetika rezeptfrei in der Apotheke erhältlich (DHS, 2016d, S. 19 ff.).

Zentral wirkende Analgetika verhindern die Weiterleitung der Schmerzen in Rückenmark oder Gehirn. Darunter sind stark wirkende Opiate zu verstehen, die rezeptpflichtig sind (DHS, 2016d, S. 19). Sie werden zur akuten Behandlung von starken oder chronischen Schmerzen angewandt.

Bei bestimmten Krankheiten werden auch Schmerzmittel verordnet, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BTMG) fallen (Elsesser und Sartory 2005, S. 21).

Neben der schmerzlindernden Wirkung können auch seelische Schmerzen wie Angst oder Unlust durch die Einnahme von Schmerzmitteln erstickt werden. So besitzen manche Schmerzmittel eine euphorisierende und stimmungshobende Wirkung (DHS, 2015c; Elsesser und Sartory 2005, S. 21).

3.2.2 Abhängigkeit

Unmittelbare medizinische Gründe sind nicht immer Grund der Verordnung von Arzneimitteln, denn häufig werden Medikamente zur Vermeidung von psychischen oder physischen Entzugerscheinungen verschrieben (DHS, 2016d, S. 9).

| | Männer | Frauen | Gesamt |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Missbrauch | 2,30 Mio. | 2,30 Mio. | 4,60 Mio. |
| Abhängigkeit | 1,04 Mio. | 1,27 Mio. | 2,31 Mio. |

Abbildung 3 - Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der deutschen Bevölkerung 2012 (18 bis 64 Jahre) (Gomes de Matos, E.; Kraus, L. Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59. Jahrgang, Heft 6.)

Benzodiazepine aus der Gruppe der **Schlaf- und Beruhigungsmittel** sollten eine Einnahmezeit von zwei bis vier Wochen nicht übersteigen (DHS, 2016d, S. 13).

Eine klar definierte Suchterkrankung bei Benzodiazepin-Konsumenten liegt oftmals gar nicht vor. Durch die dauerhafte, regelmäßige Verordnung der Medikamente verfügt der Patient stets über die gleiche Dosis an Medikamenten und erlebt dadurch eine so genannte primäre Niedrigdosisabhängigkeit. Bei dem Versuch den Zeitpunkt der Einnahme hinauszuzögern oder bei Beschaffungsschwierigkeiten erlebt der Patient quälende Entzugerscheinungen, die den Anfangsbeschwerden ähneln. Um diese zu unterdrücken werden die Medikamente weiter eingenommen (Elsesser und Sartory 2005, S. 18 ff.; DHS, 2015b).

Die **Niedrigdosisabhängigkeit** ist eine häufig auftretende Form der Abhängigkeit bei Schlafmittel-Konsumenten. Eine weitere häufige Form der Abhängigkeit ist die sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit, hierfür sind vor allem Menschen, die (illegale) Drogen konsumieren oder zu der Gruppe der (trockenen) Alkoholabhängigen zählen, anfällig (DHS, 2015b).

Eine eher seltene Abhängigkeitsform ist die primäre **Hochdosisabhängigkeit**, die „sich in einer starken körperlichen und psychischen Benzodiazepinabhängigkeit“ äußert. Sie zeichnet sich durch eine starke Dosissteigerung des Arzneimittels aus (DHS, 2015b).

Durch die bereits erwähnte **Toleranzbildung** gegenüber dem eingenommenen Arzneimittel erfolgt die Einnahme schließlich nicht mehr aufgrund des medizinischen Zwecks, sondern zur „individuellen Befindlichkeitsmanipulation“ (DHS, 2015b). Durch die stetige Einnahme einer bestimmten Dosis gestaltet sich auch das Absetzen eines Medikamentes schwierig, da häufig starke Entzugerscheinungen auftreten; deshalb sollte hier ein Entzug stets unter ärztlicher Aufsicht erfolgen (DHS, 2015b).

Das Abhängigkeitsrisiko bei **Schmerzmitteln** ist bei fachgerechter Therapie gering. Dennoch weist die Gruppe der stark wirkenden Schmerzmittel (Opiate und Opioide) ein hohes Suchtpotential auf (DHS, 2015c; Elsesser und Sartory 2005, S. 21). Schon nach wenigen Einnahmen kann der Körper sich an den Wirkstoff gewöhnen; bei einer Reduzierung der Dosis oder beim Versuch das Medikament abzusetzen treten Entzugerscheinungen auf (DHS, 2015c).

Eine Gefahr stellt sich ein, wenn der Ursprung der Schmerzen unbeachtet bleibt, die Schmerzen sich verselbstständigen und als eigenständige Krankheit gesehen werden (DHS, 2016d, S. 19). Ebenso kann der Körper ein so genanntes Schmerzgedächtnis entwickeln. Das bedeutet, dass Schmerzen über einen gewissen Zeitraum andauern und unbehandelt bleiben (DHS, 2016d, S. 19) und Medikamente weiter eingenommen werden.

Die DHS verweist in ihren Informationsmaterialien auf die sogenannte **4-K-Regel**, bei dessen Einhaltung die Entstehung einer Abhängigkeit vermeidbar ist.

Klare Indikation:

Verordnung des Arzneimittels nur aufgrund klarer Diagnose und Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen.

Konkrete Dosierung:

Kleinste Packungsgröße und geringste Dosierung verordnen.

Kurze Anwendung:

Therapiedauer vereinbaren und regelmäßige Überprüfung der Arzneimittelnotwendigkeit.

Kein abruptes Absetzen:

Langsames Reduzieren des Medikaments um Entzugerscheinungen zu vermeiden. (DHS, 2016e).

| | | Männer | Frauen | Gesamt |
|--------------------------|--------------|--------|--------|--------|
| Schmerzmittel | Missbrauch | 8,5 | 8,8 | 8,7 |
| | Abhängigkeit | 3,0 | 3,7 | 3,4 |
| Schlafmittel | Missbrauch | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| | Abhängigkeit | 0,8 | 0,9 | 0,8 |
| Beruhigungsmittel | Missbrauch | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| | Abhängigkeit | 1,4 | 1,3 | 1,4 |

Abbildung 4 - Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit 2012 in % nach Geschlecht (18 bis 64 Jahre) (Gomes de Matos, E.; Kraus, L.; Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59. Jahrgang, Heft 6.)

3.2.3 Folgen

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Grundsätzlich werden Schlaf- und Beruhigungsmittel zunächst gut vertragen (DHS, 2016d, S. 13). Neben der gewünschten Wirkung (s. Kapitel 3.2.1) können dennoch Nebenwirkungen auftreten, die sich in drei Stufen darstellen lassen:

Stufe 1:

Unruhe, Schlafstörungen, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Körpermissempfindungen, Reizüberempfindlichkeit, Benommenheit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Muskelschwäche, Kickgefühl sowie bei älteren Menschen Trittunsicherheit und Verwirrung

Stufe 2:

Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Abnahme der körperlichen Energie, geringe emotionale Beteiligung, Nachlassen sexueller Bedürfnisse, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit

Stufe 3:

Hier spricht man von einer tatsächlichen Suchterkrankung. Das Aufsuchen unterschiedlicher Ärzte oder die illegale Beschaffung von Medikamenten stehen für den Patienten im Vordergrund (DHS, 2015b).

Schmerzmittel

Je nach Dosis und Einnahmedauer variieren die Folgen eines Medikamentenmissbrauchs.

Zu den Folgen, die nach Abbau des Schmerzmittels im Körper abklingen, zählen motorische Hemmungen, diverse Bewusstseinsstörungen, akute psychische Veränderungen, Müdigkeit, Übelkeit und Atemnot. Aber auch Schwitzen, Frieren, Zittern, Fieber, Gliederschmerzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen oder Schlaflosigkeit können als Nebenwirkung nach Einnahme eines Medikaments auftreten (DHS, 2015c).

Gravierender wirken hier Magen-Darmstörungen, Hautausschläge, Potenzstörungen und körperliche Verwahrlosung (DHS, 2015c).

Ein missbräuchlicher Gebrauch von stark wirkenden Schmerzmitteln kann dauerhafte körperliche Folgen wie Hirnorganschäden oder Lähmungen des zentralen Nervensystems auslösen (DHS, 2015c).

Folgende Problematik stellt sich ein:

Viele Patienten kennen nicht die Gefahr einer Toleranzentwicklung gegenüber einem Medikament. Dadurch empfinden sie Nebenwirkungen, die sich ähnlich der Anfangsbeschwerden äußern, als Verschlechterung des Gesundheitszustandes und bekämpfen die Nebenwirkungen weiter mit dem Medikament (Elsesser und Sartory, 2005, S. 19).

| Name des Wirkstoffes | Handelsnamen | Risiken und Nebenwirkungen |
|-----------------------------|---|---|
| Alprazolam | - Alprazolam-ratiopharm® - Tafil® - Xanax® | - Benommenheit, Müdigkeit - verminderte Reaktionsfähigkeit/ Fahrtauglichkeit |
| Bromazepam | - Lexotanil® - Normoc® | - Konzentrations- und Gedächtnisprobleme - Lernschwierigkeiten |
| Diazepam | - Diazepam-STADA® - Valiquid® - Valium Roche® | - Sehstörungen - Artikulationsschwierigkeiten - Kopfschmerzen - Muskelschwäche |
| Flunitrazepam | - Fluninoc® - Rohypnol® | - Bewegungsstörungen - Schwindelgefühl - Verstimmungszustände |

| | | |
|-------------------|---|---|
| Lorazepam | - Laubeel® - Lorazepam-dura® - Tavor® | - Appetitstörungen - Gewichtsveränderungen |
| Nitrazepam | - Imeson® - Mogadan® | |
| Oxazepam | - Adumbran® - Praxiten® | |
| Temazepam | - Planum® - Remestan® | |

Abbildung 5 - Beispiele für benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel (DHS, 2015 A, S. 68-71; Elsesser & Sartory, 2005, S. 18).

| Name des Wirkstoffes | Handelsnamen | Risiken und Nebenwirkungen |
|----------------------|---|---|
| Codein | - Codi OPT® | - Benommenheit, Müdigkeit - Verstopfung, Übelkeit - Schwindel - Kopfschmerz - Kreislaufbeschwerden - Harnentleerungsstörungen - Verlangsamung der Atmung - Verwirrheitszustände - Gedächtnisstörungen |
| Dihydrocodein | - DHC Mundipharma® | |
| Morphin | - Morphin HEXAL® | |
| Tramadol | - Amadol® - Tramagit® - Tramal® - Tramundin® | |

Abbildung 6 - Beispiele für rezeptpflichtige Opiode (DHS, 2015 A, S. 85-91; Elsesser & Sartory, 2005, S.22)

| Name des Wirkstoffes | Handelsnamen | Risiken und Nebenwirkungen |
|--|--|---|
| Acetylsalicylsäure | - Aspirin® - ASS HEXAL® | - Nierenschädigungen - Dauerkopfschmerz/ Entzugsschmerzen - Schwindel - Leberschädigungen |
| Acetylsalicylsäure-Kombination (exkl. Psychoeleptika) | - Aspirincoffein/-forte® - Doppel Spalt Compact® | |

| | | |
|--|---|--|
| Acetylsalicylsäure-Kombination mit Paracetamol und Cofein | - Neuralgin® - Thomapyrin® | - Magen-Darm-Beschwerden (Geschwüre, Blutungen) - Schweißausbrüche |
| Diclofenac | - Voltaren Dolo® | bei kodeinhaltigen Mitteln zusätzlich: - Euphorie |
| Ibuprofen | - Dolormin® - Ibubeta® 400 akut - Ibuhexal® | - Schlafstörungen - Sehstörungen - Mundkontraktion - Verstopfung |
| Paracetamol | - Paracetamol-1A Pharma® | bei koffeinhaltigen Mitteln zusätzlich: - Zittern - Reizbarkeit - Schlaflosigkeit |

Abbildung 6 - Beispiele für Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel (DHS, 2016 B, S. 62-67; Elsesser & Sartory, 2005, S. 23).

3.3 Illegale Drogen

Illegale Drogen sind die Drogen, die per Gesetz als illegal eingestuft sind. Infrage kommen daher die Drogen bzw. Stoffe, die insbesondere nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten sind.

Die Zahl der illegalen Drogen ist jedoch stetig wachsend. Insbesondere die seit einigen Jahren bekannten „New Chemicals“, „Badesalze“ oder auch „Legal Highs“ stellen aufgrund ihrer Vielseitigkeit ein nahezu unüberschaubares Potenzial an Drogenvarianten dar (Kuntz, 2016, S. 169). Dabei handelt es sich um Mischungen verschiedener Substanzen deren Verbot sich immer nur auf genau eine festgeschriebene Zusammensetzung richtet, da die einzelnen Substanzen nicht verboten werden können. Verbote erfolgen hier also stets mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung.

In der folgenden Ausführung wird sich auf einige wesentliche Drogen beschränkt. Dabei sei an dieser Stelle ausdrücklich erwähnt, dass es sich nicht um eine abschließende Liste handelt.

Folgende Drogen werden ausführlich behandelt: Cannabis, Ecstasy, Amphetamin, GHB, Kokain, Crack, Heroin und Methamphetamin.

| 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------|------|------|-------|-------|
| 1.237 | 986 | 944 | 1.002 | 1.032 |

Abbildung 8 - Zahl der Rauschgifttodesfälle in Deutschland seit 2010 (Daten basieren auf der Falldatei Rauschgift des Bundeskriminalamtes; Kraus, C. (2016): Rauschgiftlage 2014. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtmittelfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2016, Lengerich)

| 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------|------|------|------|
|------|------|------|------|

| | | | | |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|
| Heroin | 3.201 | 2.742 | 2.090 | 1.789 |
| Kokain | 3.211 | 3.343 | 3.263 | 3.173 |
| Amphetamin | 12.043 | 14.402 | 13.728 | 10.975 |
| Crystal Meth | 642 | 693 | 556 | 746 |
| Ecstasy | 840 | 942 | 1.257 | 1.480 |

Abbildung 9 - Erstkonsumenten harter Drogen in Deutschland 2010 bis 2013 (Deutsche Hauptstelle für Suchtmittelfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015, Lengerich 2015)

3.3.1 Wirkung

Die Wirkungen von Drogen sind sehr verschieden und so zahlreich wie die Drogen selbst. Zu berücksichtigen ist hier auch, dass die nachstehend aufgezeigten Wirkungen auch in Abhängigkeit vom individuellen physischen und psychischen Zustand eines Konsumenten variieren können. Darüber hinaus ist zwischen der erwünschten Wirkung und den unerwünschten Nebenwirkungen zu unterscheiden (BZgA, 2017f).

Cannabis

Cannabis ist eine der wohl am weitesten verbreiteten Drogen. Der Wirkstoff Delta-9-Tetrahydrocannabinol, wohl besser bekannt als THC, wirkt im Körper auf spezielle Rezeptoren. Diese Cannabinoid- und Anandaminrezeptoren befinden sich im Körper, im Gehirn und im zentralen Nervensystem. Aufgrund dieser weiten Verbreitung der Rezeptoren kommt es zu den nachstehenden typischen Cannabiswirkungen (Kuntz, 2016, S. 124 f.).

Erwünschte Wirkung

Üblicherweise wird mit dem Konsum von Cannabis das Erreichen eines euphorisch, entspannten Zustandes bezweckt. Zudem werden oft die Steigerung der bildlichen Vorstellungskraft sowie die gesteigerte Einfühlsamkeit in Musik und Texte und die Befreiung von Ängsten erhofft (Kuntz, 2016, S. 125).

Nebenwirkungen

Übliche Nebenwirkungen beim Konsum von Cannabis sind ein erhöhter Puls, die Rötung der Augen, ein trockener Mund, Übelkeit sowie eine unlustvolle Körperwahrnehmung und Heißhungerattacken (Kuntz, 2016, S. 125).

Ecstasy

Ecstasy ist normalerweise als Partydroge bekannt und wird als solche Droge insbesondere der Techno-Szene zugeordnet. Das Problem ist, dass Ecstasy aus häufig wechselnden Substanzen mit unterschiedlicher Qualität und Wirkung hergestellt wird bzw. verschiedene Erzeugnisse unter dem Begriff verkauft werden. In der ursprünglichen Form sollte Ecstasy die Wirkstoffe MDMA oder MDA beinhalten.

Ecstasy wirkt dabei hauptsächlich auf das serotonerge System. Durch die Veränderung der Aufnahme und Verteilung von Serotonin kommt es zu einer Veränderung der Wahrnehmung von Gefühlen (Kuntz, 2016, S. 128 f.).

Erwünschte Wirkung

Infolge des Konsums von Ecstasy kommt es in der Regel zu einem enormen Glücksgefühl. Dieses Gefühl geht oft einher mit einer sehr lebensbejahenden Einstellung und führt bis hin zu Trancezuständen (Kuntz, 2016, S. 129).

Nebenwirkungen

Als Nebenwirkungen werden häufig Mundtrockenheit, höhere Herzfrequenz, Übelkeit, Schlafstörungen, stark erhöhte Körpertemperatur und ein „depressiver Kater“ beschrieben (Kuntz, 2016, S. 129).

Amphetamin

Amphetamine werden häufig auch als Pep oder Speed bezeichnet. Der Wirkstoff heißt (RS)-1-Phenylpropan-2-ylazan. Bei dem Konsum von Amphetamin wird insbesondere die Freisetzung der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin bewirkt. In dieser Folge kommt es zu einem starken Antrieb von Körper und Seele (Kuntz, 2016, S. 130 f.).

Erwünschte Wirkung

Ziel ist es in der Regel eine gesteigerte Leistungs- sowie Konzentrationsfähigkeit zu erreichen. Zudem wird das Selbstwertgefühl deutlich erhöht. In Folge des Konsums kommt es zu einem Gefühl der Sorgenfreiheit und zu einem gelassenen Wohlbefinden (Kuntz, 2016, S. 131).

Nebenwirkungen

Als Nebenwirkungen lassen sich häufig ein gewisser Rededrang, Pupillenerweiterung, eine nervöse Unruhe und erhebliche Schlafstörungen feststellen (Kuntz, 2016, S. 131 f.).

GHB

GHB oder auch „Liquid Ecstasy“ hat den Wirkstoff Gamma-Hydroxybuttersäure. Trotz der Bezeichnung „Liquid Ecstasy“ hat die Droge keine Ähnlichkeit mit der zuvor beschriebenen Droge Ecstasy.

GHB wirkt dabei auf den Neurotransmitter Gamma-Aminobuttersäure und führt somit zu einer erhöhten Dopaminausschüttung (Kuntz, 2016, S. 137 f.).

Erwünschte Wirkung

Ziel des Konsums ist regelmäßig eine antidepressive, angstlösende sowie leicht euphorische Wirkung hervorzurufen. Zudem wird der Kontakt zu anderen Menschen als sehr angenehm empfunden, der Konsument wird sexuell angeregt (Kuntz, 2016, S. 137 f.).

Nebenwirkungen

Bei einem kompetenten Gebrauch kommt es bei der Anwendung von GHB zu wenig bis keinen direkten Nebenwirkungen. Der „maßvolle“ Gebrauch ist jedoch sehr schwer einzuschätzen (Kuntz, 2016, S. 138).

Kokain

Kokain, auch bekannt als Koks, ist schon seit vielen Jahren sehr bekannt und wird üblicherweise, insbesondere aufgrund der hohen Kosten gerne mit der High-Society in Verbindung gebracht. Der Wirkstoff von Kokain heißt Methyl-Benzoyl-Ecgonine.

Bei dem Konsum von Kokain wird das Gehirn in einen „Dauerbelohnungszustand“ versetzt. Dies geschieht durch die intensivere Wirkung von Dopamin, Serotonin und Noradrenalin (Kuntz, 2016, S. 149 f.).

Gewünschte Wirkung

Ziel des Konsums ist eine aufputschende und antriebssteigernde Wirkung. Dabei soll die Konzentrations-, Denk und Leistungsfähigkeit erhöht werden. Zudem kann es zu einem Gefühl der Unbesiegbarkeit kommen und sexuell anregend wirken (Kuntz, 2016, S. 149).

Nebenwirkungen

In Folge des Konsums kommt es zur Erhöhung des Pulsschlages, zu geweiteten Pupillen und Kreislaufkomplikationen. Zudem können Krampanfälle sowie paranoide Reaktionen auftreten (Kuntz 2016, S. 149).

Heroin

Heroin ist üblicherweise als klassische Junkie-Droge bekannt. Der Wirkstoff Diacetylmorphin bindet sich an die Opioidrezeptoren im Gehirn und Rückenmark. Über die Aktivierung der Rezeptoren kommt es regelmäßig zu den folgenden Auswirkungen (Kuntz 2016, S. 153 f.).

Gewünschte Wirkung

Es kommt zu einer Überflutung euphorisierender Gefühle und einem absoluten Wohlbefinden. Zudem wird ein Gefühl der Sorglosigkeit hervorgerufen. Heroin hat auf die Konsumenten dabei eine beruhigende Wirkung und sorgt für ein träumerisches Versinken (Kuntz 2016, S. 153).

Nebenwirkungen

Die Nebenwirkungen sind Übelkeit und Erbrechen. Zudem kommt es zu Kreislaufstörungen, einer Engstellung der Pupillen und zur Herabsetzung des Stoffwechsels (Kuntz 2016, S. 154).

Methamphetamin

Methamphetamin ist eine der Drogen, die zuletzt immer wieder in den Fokus der Medien geraten ist. Besser bekannt unter den Bezeichnungen „Crystal“, „Meth“ oder „Ice“ wird Methamphetamin von vielen als eine der gefährlichsten Drogen überhaupt eingeschätzt. Der Wirkstoff heißt N-Methylamphetamin und bewirkt eine vermehrte Ausschüttung von Noradrenalin, Dopamin und Serotonin. Gleichzeitig wird die Wiederaufnahme dieser Botenstoffe gehemmt. Dadurch kommt es im Gehirn zur Schädigung des dopaminergen und serotonergen Systems (Kuntz 2016, S. 155 ff.).

Gewünschte Wirkung

Bezweckt wird hier eine starke körperliche und seelische Stimulation, in deren Folge es zur Steigerung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, Halluzinationen und einer sexuellen Stimulation kommt (Kuntz 2016, S. 156).

Nebenwirkung

Die wesentlichen Nebenwirkungen des Konsums sind Zittern, Unruhe, Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwitzen und ein trockener Mund. Zudem kann es zu einer unkontrollierten Aktivität der Kaumuskulatur kommen. Häufig kommt es infolge des Konsums zu aggressivem Verhalten mit Eigen- und Fremdgefährdung sowie Herzrhythmusstörungen (Kuntz 2016, S. 156).

3.3.2 Abhängigkeit

Grundsätzlich ist es möglich von jeder der genannten Drogen abhängig zu werden. Die **Wahrscheinlichkeit einer Abhängigkeit** wird dabei beeinflusst durch

- die Droge selbst sowie
- das Gebrauchsmuster.
-

Bei dem **Gebrauchsmuster** von Drogen kann eine Unterscheidung getroffen werden zwischen

- dem harten Konsum und
- dem weichen Konsum.

Der harte Konsum beschreibt dabei das häufige Konsumieren der Droge bzw. auch eine hohe Menge der konsumierten Droge. Der weiche Konsum beschreibt eher das gelegentliche Konsumieren einer Droge.

Die Einstufung in einen harten oder weichen Konsum ist dabei auch von der Droge an und für sich abhängig. So kann bei einigen Drogen nicht von einem weichen Konsum gesprochen werden (BZgA, 2017e).

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Rauschgiftdelikte (Verstöße gegen das BTMG) | 235.842 | 231.007 | 236.478 | 237.150 | 253.525 |
| davon: Konsumnahe De- likte (Besitz, Er- werb, Abgabe) | 169.689 | 165.880 | 170.297 | 173.337 | 189.783 |
| Handelsdelikte (Handel, Schmuggel etc.) | 50.965 | 49.622 | 50.791 | 47.667 | 46.834 |

Abbildung 7 - Rauschgiftdelikte in Deutschland von 2009 bis 2013 (Deutsche Hauptstelle für Suchtmittelfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015, Lengerich 2015)

Cannabis

Der Konsum von Cannabis kann sowohl in weichen als auch harten Gebrauchsmustern erfolgen. Je häufiger die Droge dabei konsumiert wird, desto eher kommt es zu einer Abhängigkeit. Dabei

kommt es in Folge des Konsums zu einer Toleranzbildung. Insbesondere die psychische Abhängigkeit wird jedoch häufig unterschätzt (Kuntz, 2016, S.124 f.).

Ecstasy

Der gelegentliche Gebrauch von Ecstasy kann durchaus als weiches Gebrauchsmuster eingestuft werden. Die Gefahr einer körperlichen Abhängigkeit ist eher gering. Aufgrund einer schnellen Toleranzbildung ist die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit jedoch relativ groß (Kuntz 2016, S. 128–192).

Amphetamin

Selbst bei einem gelegentlichen Konsum kann hier nicht mehr von weichen Gebrauchsmustern gesprochen werden.

Die Gefahr einer physischen Abhängigkeit wird häufig bestritten. Insbesondere aufgrund der Toleranzbildung und der enormen Auswirkungen auf den Körper, ist die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit jedoch eher als hoch einzustufen (Kuntz 2016, S. 130 f.).

GHB

Auch wenn GHB von erfahrenen Verwendern vergleichsweise sicher benutzt werden kann, ist die Gefahr insbesondere bei einem Mischkonsum mit Alkohol enorm hoch. Deswegen kann hier nicht von weichen Gebrauchsmustern gesprochen werden.

GHB erzeugt keine körperliche Abhängigkeit. Die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit ist bei einem regelmäßigen Konsum jedoch hoch (Kuntz, 2016, S. 137 f.).

Kokain

Kokain hat insgesamt ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial. Es ist daher nicht sinnvoll von weichen Gebrauchsmustern zu sprechen.

Die physische Abhängigkeit ist eher relativ zusehen, aufgrund der schnellen Toleranzbildung und den erheblichen körperlichen Nebenwirkungen, ist die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit jedoch extrem hoch (Kuntz, 2016, S. 149 f.).

Heroin

Die Gebrauchsmuster von Heroin können aufgrund der Droge nur als harte Gebrauchsmuster beschrieben werden.

Schon bei einmaligen Konsum kann es zu einer schweren körperlichen Abhängigkeit mit starken Entzugssymptomen kommen. Die sich schnell entwickelnde psychische Abhängigkeit geht einher mit einem enormen Suchtdruck (Kuntz, 2016, S. 153 f.).

Methamphetamin

Auch hier können die Gebrauchsmuster ausschließlich als hart eingestuft werden.

Durch die schnelle Toleranzbildung kommt es zu extremen Entzugssymptomen. Die körperliche und die psychische Abhängigkeit sind demnach als sehr hoch einzustufen (Kuntz, 2016, S. 155 ff.).

3.3.3 Folgen

Durch den Konsum von Drogen kommt es häufig nicht nur zu den unmittelbaren Wirkungen bzw. den Nebenwirkungen, sondern auch zu weitreichenden Folgen die mit dem Konsum einhergehen.

So kann es zu erheblichen körperlichen Schäden infolge des Konsums von Drogen kommen. Darüber hinaus sind auch die persönlichen/wirtschaftlichen Konsequenzen nicht zu verkennen. Insbesondere der Konsum von Kokain und Heroin erfordert erhebliche monetäre Mittel. Eine Abhängigkeit kann daher schnell in die Armut oder sogar in die Kriminalität oder Prostitution führen.

Im Folgenden sind die wesentlichen **Langzeitfolgen** tabellarisch dargestellt.

| | Cannabis | Ecstasy | Amphe- tamin | GH B | Koka- in | Hero- in | Methamphe tamin |
|--|-----------------|----------------|-------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|----------------------------|
| Schädigung der Lunge | X | | | | | | |
| Depressionen/ depressive Zustände | X | X | X | | X | | X |
| sinkende Konzentrationsfähigkeit | X | | | | | | |
| sinkende Lernfähigkeit | X | | | | | | |
| psychotische Zustände | X | X | X | | X | | X |
| Süchtige Abhängigkeit | X | X | X | X | X | X | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kreislaufkollaps | | X | | | | X | |
| Herzversagen | | X | | | | | |
| Organschäden | | X | | | X | | X |
| Realitätsverlust | | X | | | X | | |
| Sprachstörungen | | X | | | | | |
| Gehirnschädigungen | | X | | | | | X |
| Aggressivität | | | X | | X | | X |
| seelische Störungen | X | | X | | X | X | X |
| ausgeprägte Fehlhandlungen | | | X | | | | |
| Hautentzündungen | | | X | | | | X |
| Zahnverfall | | | X | | | | |
| Gliederschmerzen | | | X | | | | |
| Körperliche Auszehrung | | | X | | X | X | X |
| Übelkeit | | | | X | | | |
| Kopfschmerzen | | | | X | | | |
| Muskelzucken | | | | X | | | |
| Atemdepressionen | | | | X | | | |
| Bewusstlosigkeit | | | | X | | | X |
| Koma | | | | X | | X | X |
| Tod | | | | X | | X | X |
| Perforation der Nasenschleimhaut | | | | | X | | |
| Selbstüberschätzung | | | | | X | X | |

Abbildung 8 - Langzeitfolgen des Drogenkonsums (Kuntz 2016, S. 124–160; Eigene Darstellung)

3.4 Exkurs: Der Epidemiologische Suchtsurvey

Bei dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) handelt es sich um eine Datenerhebung, die das Konsumverhalten der deutschen Allgemeinbevölkerung im Hinblick auf Alkohol, Medikamente,

illegale Drogen und Tabak abbildet. Ferner sollen auch (neue) Konsumtrends und daraus resultierende Folgen näher betrachtet und untersucht werden.

Seit den 1980er Jahren führt das Institut für Therapieforschung München (IFT) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit diesbezüglich in regelmäßigen Abständen von jeweils drei Jahren Befragungen im gesamten Bundesgebiet durch.

Zu diesem Zweck werden insgesamt etwa 9.000 Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 64 Jahren aus den verschiedensten sozialen Schichten kontaktiert. Die Teilnahme an der Umfrage erfolgt stets freiwillig und anonym. Die Daten werden mit Hilfe eines mehrseitigen Fragebogens, der in gedruckter Form oder digital (online) ausgefüllt werden kann, erhoben.

Zudem wendet sich das IFT an einige Teilnehmer auch telefonisch und führt mit diesen direkte Interviews durch. Die gestellten Fragen werden in unterschiedliche Kategorien eingeteilt. Neben Fragen zur Person (Alter, Geschlecht etc.) werden auch Fragen zur gesundheitlichen Verfassung und dem Konsumverhalten von Alkohol, Medikamenten, Drogen und Tabak gestellt.

Abschließend folgen statistische Fragen auf deren Grundlage eventuelle Rückschlüsse auf das Konsumverhalten von Personengruppen mit bestimmten Merkmalen (Schulabschluss, Erwerbstätigkeit usw.) gezogen werden können.

Im Folgenden werden einige ausgewählte Ergebnisse dieser Erhebung abgebildet.

Ergebnisse zum Konsumverhalten in Bezug auf das Suchtmittel Alkohol

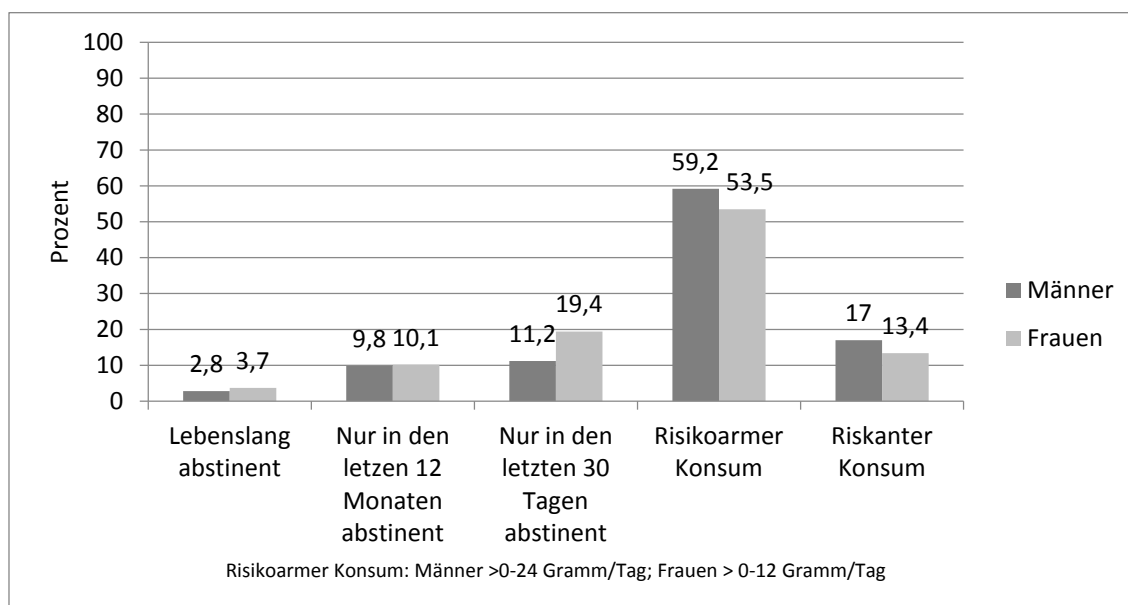


Abbildung 9 - Prävalenz des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmenge pro Tag) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey)

Kommentar zur Abbildung:

Lediglich ein sehr geringer Anteil der insgesamt über 9.000 befragten Männer (2,8%) und Frauen (3,7%) gaben an, dass sie in ihrem gesamten bisherigen Leben noch keinen Alkohol konsumiert hätten.

Knapp 10 % der Männer und auch ungefähr 10 % der Frauen haben laut eigener Aussage seit einem Jahr keinen Kontakt mehr mit alkoholischen Getränken gehabt. Die Gründe dafür können relativ vielfältig sein. In Zeiten, in denen eine gesunde und bewusste Ernährung bei vielen Menschen eine wachsende Rolle spielt, könnte Alkohol beispielsweise keinen Platz mehr haben. Es könnte allerdings auch sein, dass den befragten Personen Alkohol generell nicht besonders zusagt und daher nur zu besonderen Anlässen getrunken wird.

Der Anteil der Frauen, die in den vergangenen 30-Tagen (zum Zeitpunkt der Befragung) keinen Alkohol getrunken haben, ist mit 19,4 % um über 8 % höher als der Anteil der Männer, die innerhalb des gleichen Zeitraumes nichts Alkoholisches konsumiert haben.

Zudem gaben fast 60 % der Männer und auch über die Hälfte der Frauen (53,5 %) an, einen risikoarmen Alkoholkonsum zu betreiben. Von einem risikoarmen Alkoholkonsum bei Männern ist die Rede, wenn diese am Tag nicht mehr als 24 Gramm Alkohol zu sich nehmen. In der Regel ist dieser Grenzwert allerdings auch mit einer Konsumpause von zwei Tagen pro Woche verbunden. Bei Frauen liegt der Grenzwert bei 12 Gramm Alkohol pro Tag in Kombination mit zwei Ruhetagen pro Woche.

Werden diese Werte überschritten, dann ist von einem riskanten Konsum die Rede. Laut eigener Aussage betreiben immerhin 13,4 % der befragten Frauen und sogar 17 % der Männer einen solchen Konsum, der kurz- oder langfristig gesundheitliche Schäden zur Folge haben wird.

Ergebnisse zum Konsumverhalten von Medikamenten

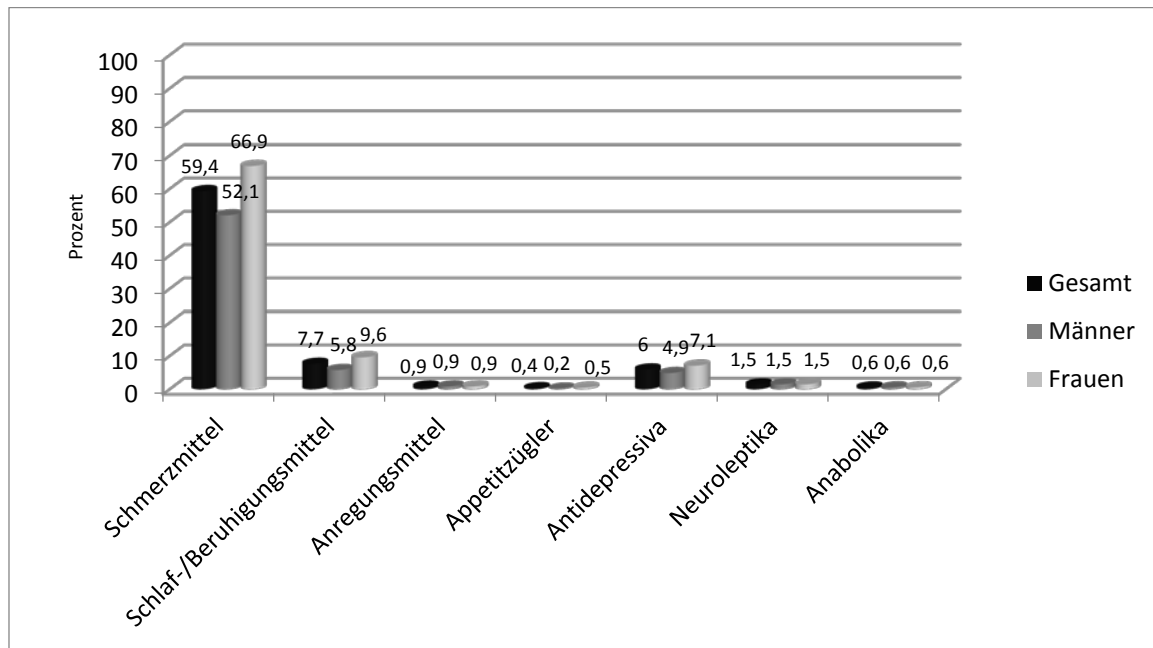


Abbildung 10 - Einnahme von Medikamenten in den vergangenen 12 Monaten (ausgehend vom Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)

Kommentar zur Abbildung:

Da hier lediglich gefragt wurde, welche Medikamente die Personen innerhalb des vergangenen Jahres konsumiert haben und nicht näher darauf eingegangen wurde, über welchen Zeitraum sich die Einnahme erstreckte und welche Mengen dabei verbraucht wurden, lassen sich kaum Schlüsse über eine Medikamentenabhängigkeit ziehen.

Allerdings ist es sehr auffällig, dass knapp 60 % der befragten Personen angaben, innerhalb des vergangenen Jahres Schmerzmittel genommen zu haben. Der Anteil der Frauen an dieser Gesamtprozentzahl ist dabei mit fast 67 % bedeutend höher, als der der Männer (52,1 %).

Gerade Schmerzmittel besitzen ein hohes Maß an Suchtpotenzial und das bereits nach wenigen Einnahmen.

Auch Schlaf- und Beruhigungsmittel sind im Hinblick auf eine Abhängigkeit nicht minder gefährlich. Zwar werden diese nicht in so einem starken Ausmaß konsumiert wie die Schmerzmittel, trotzdem gaben immerhin 7,7 % der Befragten zu, solche Mittel genommen zu haben.

Die Einnahme von Antidepressiva gaben 6 % der Befragten an. Mit 7,1 % lagen die Frauen hier vor den Männern (4,9 %).

Anregungsmittel, Appetitzügler, Neuroleptika und auch Anabolika wurden von den über 9.000 Befragten nur sehr selten konsumiert.

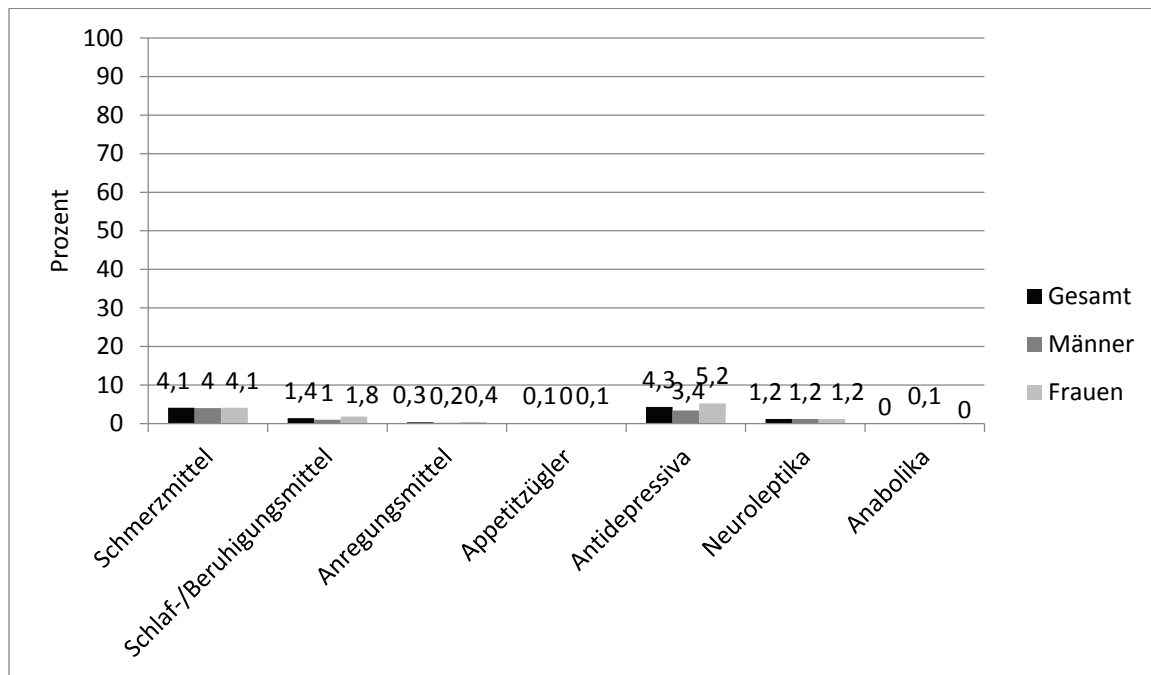


Abbildung 11 - Tägliche Einnahme von Medikament innerhalb der vergangenen 30 Tage (ab Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)

Kommentar zur Abbildung:

Aus dieser Grafik lassen sich bereits eher Rückschlüsse auf mögliche Abhängigkeiten der Befragten ziehen, da die tägliche Einnahme von Medikamenten über den Zeitraum eines Monats dargestellt wird.

Allerdings kann eine solche Konsumdauer auch auf eine schwerwiegende Erkrankung hindeuten. In diesem Fall handelt es sich dann zwar ebenfalls um eine Form der Abhängigkeit, die allerdings notwendig, eventuell sogar lebenserhaltend, ist. Die Gründe für den Konsum werden also nicht offensichtlich.

Über 4 % der befragten Personen gaben an, dass sie im vergangenen Monat täglich Schmerzmittel oder Antidepressiva eingenommen haben.

1,4 % gaben an, dass sie täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel benötigten. Im Vergleich zu der Personengruppe, die in den vergangenen 12 Monaten mindestens einmal ein Medikament dieser Art genommen haben (7,7 %) erscheint dieser Wert verhältnismäßig gering.

Neuroleptika, die hauptsächlich bei der Behandlung von Wahnvorstellungen und Halluzinationen eingesetzt werden, zu denen es in Folge von psychischen Störungen kommen kann, wurden von 1,2 % aller Befragten täglich über den Zeitraum eines Monats konsumiert.

Anregungsmittel, Appetitzügler und Anabolika wurden nur von einer sehr kleinen Personengruppe jeden Tag konsumiert.

Ergebnisse zum Konsumverhalten von illegalen Drogen:

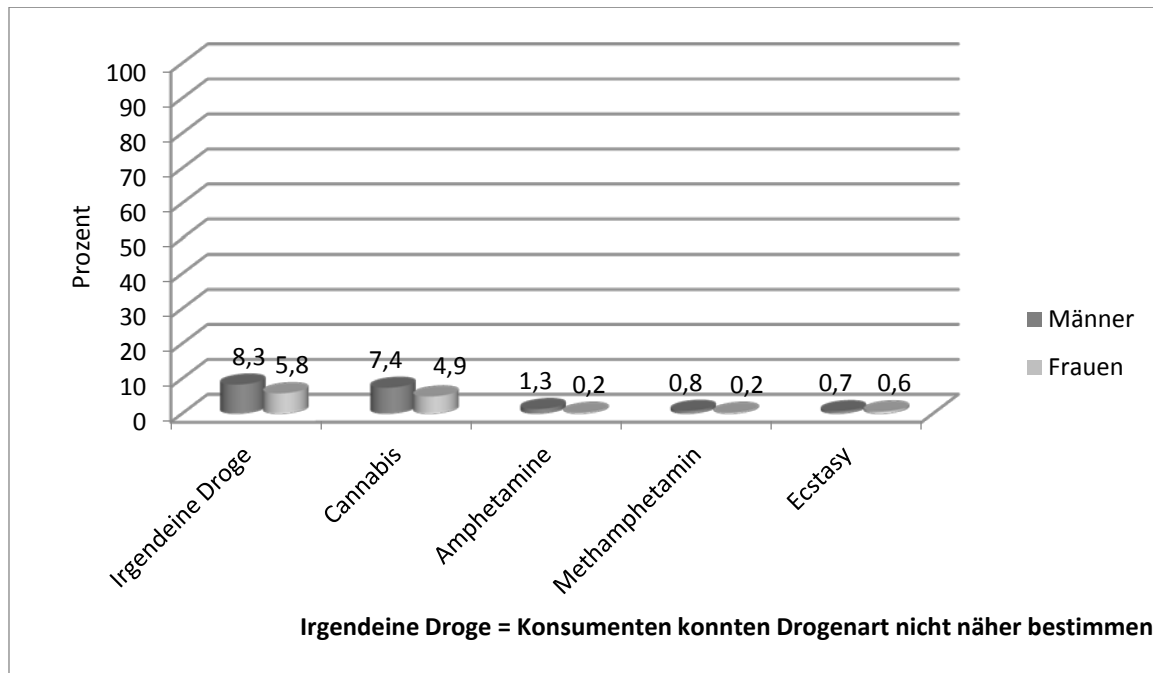


Abbildung 12 - Einnahme von illegalen Drogen innerhalb der vergangenen 12 Monate (ab Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)

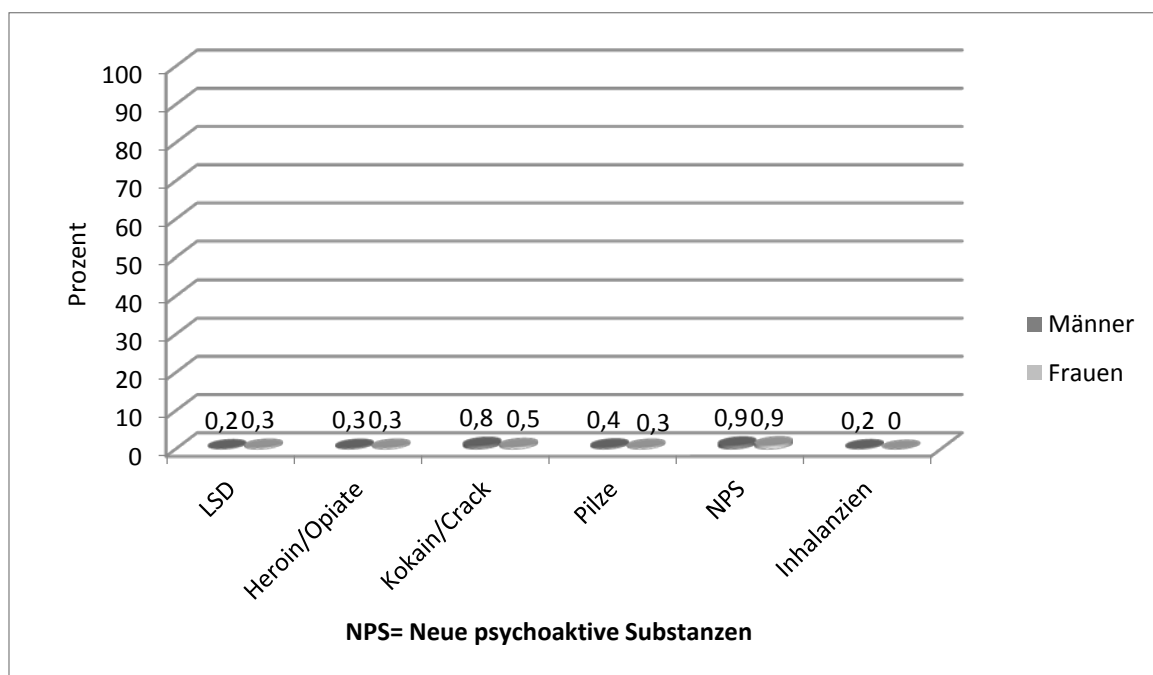


Abbildung 13 - Einnahme von illegalen Drogen innerhalb der vergangenen 12 Monate (ab Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)

Kommentar zu diesen Abbildungen:

Auch bei dieser Befragung ist es schwer, Rückschlüsse auf eine eventuelle Abhängigkeit zu ziehen, da erneut nur nach einem Konsum in den zurückliegenden 12 Monaten gefragt wurde. Die Häufigkeit der Einnahme innerhalb dieses Zeitraumes wird nicht erfasst.

Darüber hinaus ist es fraglich, ob die Teilnehmer der Datenerhebung auf diese Frage wahrheitsgemäß geantwortet haben. Selbst wenn alle Befragten freiwillig an der Umfrage teilgenommen haben und Anonymität gewährleistet wurde, könnten einige Personen doch Angst vor strafrechtlichen Verfolgungen gehabt haben.

8,3 % der befragten Männer und 5,8 % der Frauen gaben an, dass sie innerhalb des vergangenen Jahres (ausgehend vom Befragungszeitpunkt) irgendeine Droge konsumiert haben. Darunter fallen alle möglichen Drogenarten, die es gibt. Zum Teil wussten die Konsumenten selbst nicht, was sie überhaupt zu sich genommen haben oder sie wollten es nicht preisgeben.

Die meisten Befragten gaben an, in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Dies gilt sowohl für Männer (7,4 %) als auch für Frauen (4,9%).

Die übrigen angeführten Drogenarten kommen, mit Ausnahme des Amphetaminkonsums bei Männern (1,3%), nicht über die Ein-Prozent-Hürde hinaus.

Demzufolge wäre der Kreis der Konsumenten dieser Drogen relativ klein.

4 Risikogruppen und Gründe für Suchtmittelkonsum

„Wer Suchtmittelkonsum in einer missbräuchlichen Art und Weise betreibt, der ist schwach, willenlos und hat psychische Probleme. Warum hört er nicht einfach auf zu trinken?“

Diese Aussage (die natürlich überspitzt ist) könnte von jemandem stammen, der ein gesundes Verhältnis zu Suchtmitteln hat und der nicht von einem Suchtmittelmissbrauch betroffen ist. Als Nichtbetroffener fällt es oft schwer, nachzuvollziehen, warum jemand in die Fänge einer Sucht gerät. Man neigt dazu, Verallgemeinerungen und Klischees zu nutzen, um sich die Entstehung einer Sucht zu erklären.

Wer aber wirklich verstehen will, wie es zu diesem Suchtverhalten kommen konnte, der kann sich nicht auf solche Oberflächlichkeiten verlassen. Er muss sich mit den Hintergründen und der Vergangenheit der Person beschäftigen.

Im Folgenden werden verschiedene Faktoren, die einen Suchtmittelmissbrauch begünstigen können, beleuchtet. Anschließend wird anhand von statistischen Ergebnissen aufgezeigt, welche Gruppen hinsichtlich der Entstehung einer Sucht als besonders gefährdet erscheinen.

4.1 Suchtfördernde Faktoren

Einem Schema des Suchtexperten Professor Feuerlein zufolge, gibt es drei große Gruppen, die bei der Entstehung einer Sucht eine Rolle spielen. Dies ist erstens die Gruppe der Faktoren, die in dem suchtgefährdeten Menschen selbst liegen. Die zweite Gruppe umfasst alle Faktoren, die sich in der Umwelt des Betroffenen wiederfinden. Die dritte und letzte Gruppe schließt alle Faktoren, die ihren Ursprung in der Droge selber haben, ein (Heinze et al., 2009, S. 14).

Im Folgenden wird lediglich auf die ersten beiden Gruppen eingegangen, da die Wirkung und damit die suchtbegründenden Faktoren der verschiedenen Drogen bereits ausführlich in Kapitel 3 erläutert wurden.

4.1.1 Interne Faktoren

Zunächst zum wohl tiefsten im Menschen liegenden Faktor: den Genen. Ob es eine genetische Veranlagung für die Entstehung einer Sucht gibt, war schon häufiger Gegenstand von wissenschaftlichen Forschungen.

Nachweisen ließ sich durch Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien die **„mögliche Existenz einer genetischen Komponente [...], welche die Wahrscheinlichkeit dafür erhöht, dass jemand abhängig wird“** (Darke und Pelzer, 2013, S. 41).

„Konkret bewiesen“ ist, dass bei Kindern alkoholkranker Eltern auf Grund ihrer genetischen Vorbelastung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, ebenfalls an Alkoholismus zu erkranken (im Gegensatz zu Kindern von nicht alkoholabhängigen Eltern) (Heinze et al., 2009, S. 56).

Möglich ist auch, dass eine Kombination von „teilgenetisch determinierten Personenmerkmalen“ zu einer stärkeren Neigung der „Lernfähigkeit süchtigen Verhaltens“ beitragen (Batthyány, 2009, S. 58)

Von der Genetik abgesehen, besteht auch ein Zusammenhang zwischen einer Sucht und der Persönlichkeit des Betroffenen. So unterscheidet Heinz-Peter Röhr, tätig an einer Fachklinik für Suchtmittelabhängige, Betroffene in sechs unterschiedliche Charaktere, die die Patienten in Therapien für Suchtkranke innehaben. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um die Beschreibung von idealen Persönlichkeiten handelt, die in „der Realität in reiner Form nur selten auftreten.“ (Röhr, 2011, S. 76).

Den größten Anteil an Suchtkranken in einer Therapie machen **Patienten mit einer abhängigen Persönlichkeitsstruktur** aus (Röhr, 2011, S. 76). Typisch für sie ist übertriebene Anpassungsfähigkeit, ein Leben in der sog. „Opferrolle“, ein dominanter Partner und große Ängstlichkeit (Röhr, 2011, S. 76 f.). Diese Menschen ‚schlucken‘ ihren Ärger oft runter und wirken äußerlich völlig

sanftmütig (Röhr, 2011, S. 77). Sie nutzen Drogen idealtypischer Weise um Trost und Mut zu finden sowie Wut und Neid zu betäuben (Röhr, 2011, S. 78).

Eine idealtypische Rolle aus Film und Fernsehen bietet beispielsweise Millhouse aus „The Simpsons“.

Im Vergleich zu den anderen Persönlichkeitsstrukturen sind Menschen mit einer abhängigen Persönlichkeit auf Grund ihrer ohnehin schon vorhandenen Schuldgefühle am ehesten bereit, ihre Krankheit einzusehen und Besserung zumindest zu geloben (Röhr, 2011, S. 78).

Die am zweithäufigsten in Suchttherapien anzutreffende Persönlichkeitsstruktur ist laut Röhr der **Narzisst**. Dieser zeichnet sich äußerlich durch ein übertriebenes Selbstwertgefühl aus, ist jedoch innerlich von Egoismus, Neid und großer Unzufriedenheit „zerfressen“ (Röhr, 2011, S. 81 f.). Kritik kann bei ihm zu Wut und Hass führen (Röhr, 2011, S. 82). Er verfügt über wenig Empathie und möchte mit Hilfe von Drogen seinen inneren Hass besänftigen sowie Kränkungen erträglicher machen (Röhr, 2011, S. 83 f.). Ein filmisches Beispiel hierfür bietet Frank Underwood aus der Serie „House of Cards“.

Des Weiteren existiert an dritter Stelle die Gruppe der Menschen mit einer **Borderline-Persönlichkeitsstruktur** (Röhr, 2011, S. 87). Diese Menschen sind auf der Suche nach Grenzen, sie sind in jeglichen Lebensbereichen extrem (bspw. im Finanziellen, im Sport oder der Partnerschaft) und neigen zu Stimmungsschwankungen (Röhr, 2011, S. 87 ff.). Drogen sollen ihre innere Leere und Langeweile bekämpfen (Röhr, 2011, S. 89).

Ein ideales Rollenbild vermittelt Will Hunting aus dem Film „Good Will Hunting“.

Im Umgang mit diesen Menschen ist es wichtig, Struktur und Regeln zu schaffen (Röhr, 2011, S. 91).

„Relativ häufig findet sich bei Suchtkranken eine **hysterische Persönlichkeitsstörung**.“ (Röhr, 2011, S. 92). Sie dramatisieren, stehen gerne im Mittelpunkt, neigen zur Selbstdarstellung und zum Perfektionismus und sind Egoisten mit wenig Empathie (Röhr, 2011, S. 92 f.). Drogen werden zur Manipulation der Mitmenschen eingesetzt und um Wut und Trotzgefühle „herunter zu spülen“ (Röhr, 2011, S. 94).

Eine idealisierte filmische Rolle bietet „Jack Sparrow“ aus der Filmreihe „Fluch der Karibik“.

Menschen mit einer **zwanghaften Persönlichkeit** machen „[...] etwa 10 Prozent der Suchtkranken aus.“ (Röhr, 2011, S. 96). Sie leiden unter diversen Ängsten und Zwängen, neigen zu Pedanterie und übermäßiger Gewissenhaftigkeit und vernachlässigen den Kontakt zu ihren Mitmenschen

(Röhr, 2011, S. 96 f.). Von Drogen erhoffen sie sich eine beruhigende, Angst abbauende und enthemmende Wirkung (Röhr, 2011, S. 97).

Filmische Ideal-Beispiele hierfür bieten Sheldon Cooper aus „The Big Bang Theory“ und Adrian Monk aus der Serie „Monk“.

Die letzte Gruppe bilden Patienten mit einer **schizoiden Persönlichkeitsstruktur** (Röhr, 2011, S. 98). Hierbei handelt es sich um Einzelgänger, die Angst vor Nähe haben und Anderen gegenüber als schroff auftreten (Röhr, 2011, S. 98 f.). Sie wirken unterkühlt und verfügen über keine Empathie (Röhr, 2011, S. 99). Drogen sollen die Sehnsucht nach Berührung stillen und Hemmungen abbauen, um mit anderen Menschen in Kontakt kommen zu können (Röhr, 2011, S. 100). Die Schaffung einer warmen und freundlichen Atmosphäre erleichtert es diesen Menschen, sich Anderen gegenüber zu öffnen (Röhr 2011, S. 101). Ein passendes Beispiel aus der Literatur bietet Edward Rochester aus dem Roman „Jane Eyre“.

Damit die Therapie eines Suchtkranken mit einem guten Ansatz beginnen kann, ist es wichtig, auf die Besonderheiten der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur des Patienten einzugehen. So wäre es kaum hilfreich, einen zu Zwängen neigenden Patienten so zu behandeln, als wäre er ein Hysteriker.

4.1.2 Externe Faktoren

Einen ganz entscheidenden (externen) Faktor bietet das **Milieu**, in dem die Suchtkranken aufwachsen. Naheliegender wäre es, soziale Benachteiligung für die Entwicklung einer Suchterkrankung (mit-) verantwortlich zu machen. Doch ist diese „Schuldzuweisung“ berechtigt?

In Gegenden, in denen sich vermehrt Familien oder Gruppen mit einem sozialökonomisch geringen Status angesiedelt haben, finden sich „[...] Ballungen von Risikofaktoren [...]“ für den Konsum von Drogen (Darke und Pelzer, 2013, S. 34). Diese Risikofaktoren sind eine erhöhte Verbrechensrate, eingeschränkte Bildungsmöglichkeiten, eine erhöhte Zahl an Kindesmisshandlungen und eine erhöhte Sterblichkeitsrate (Darke und Pelzer, 2013, S. 34).

Auch die **soziale Veranlagung** spielt bei der Entwicklung einer Sucht eine ganz enorme Rolle. So wird beispielsweise das Trinkverhalten der Eltern von deren Kindern adaptiert, weil Eltern eine Vorbildfunktion einnehmen (Heinze et al., 2009, S. 57). Diese Funktion wird im späteren Lebenslauf von Freunden und Kollegen ersetzt (Heinze et al., 2009, S. 57).

Insbesondere bei Männern wird durch die Trinkfestigkeit auch die Rangordnung einer Gruppe bestimmt – je trinkfester, desto höher der Rang (Heinze et al., 2009, S. 57).

Ebenso können **Schicksalsschläge** – besonders, wenn sie sich innerhalb kürzester Zeit häufen – zu einer Suchtproblematik führen, wenn der Betroffene versucht, durch Alkohol, Heroin und Co. seine Trauer über den Verlust eines Angehörigen etc. zu überwinden (Heinze et al. 2009, S. 57).

Stadien der Entwicklung eines Drogenmissbrauchs

Teilt man die Entwicklung eines Drogenmissbrauchs in vier idealisierte Phasen ein, so verdeutlichen sich einige Faktoren, die eine Sucht zu begünstigen scheinen.

- **Das erste Stadium** beginnt im Pubertätsalter mit einem ersten Drogenkontakt (Heinze et al., 2009, S. 54). Grund hierfür ist die Unsicherheit, die sich bei vielen Teenagern während des Erwachsenwerdens bildet (Heinze et al., 2009, S. 54). Der Verlust des Geborgenheitsgefühls soll durch einen Platz innerhalb der Peer-Group ersetzt werden (Heinze et al., 2009, S. 54). Diese baut auf den ‚Neuling‘ einen sozialen Druck auf, frei nach dem Motto: „Alle trinken, wenn du es nicht tust, bist du ein Feigling“ (Heinze et al., 2009, S. 54). Weniger dramatisch können es auch jugendliche Neugierde und Abenteuerlust sein, die zu einem ersten Drogenkontakt führen (Heinze et al., 2009, S. 54).
- **Im zweiten Stadium** werden Drogen als Verstärker für Gefühle und Sinneswahrnehmungen eingesetzt. „Hierbei werden vor allem Haschisch und LSD bevorzugt.“ (Heinze et al., 2009, S. 55). Der wachsende Konkurrenzkampf in der Schule oder während der beruflichen Ausbildung begünstigt den Beginn einer Drogenabhängigkeit (Heinze et al., 2009, S. 55).
- Auch soll das gemeinsame Beschaffen, Konsumieren und die Furcht vor den Konsequenzen zusammenschweißen und ein „Wir-Gefühl“ erschaffen, mit dem die Einsamkeit, unter der der junge Erwachsene leidet, überdeckt werden soll (Heinze et al., 2009, S. 55).
- **Im dritten Stadium** haben sich die Probleme, die durch den Drogenkonsum im ersten und zweiten Stadium entstanden sind, angehäuft (Heinze et al., 2009, S. 55). Drogen werden nun nicht mehr als Verstärker für Sinneswahrnehmungen und Gefühle eingesetzt, sondern lediglich um Konflikte zu bewältigen (Heinze et al., 2009, S. 55). Weiche Drogen wie Cannabis (genaue Differenzierung zwischen „harten“ und „weichen“ Drogen: siehe Kapitel 3) werden durch harte Drogen, beispielsweise Heroin, ersetzt (Heinze et al., 2009, S. 55). Ein Wunsch nach Gemeinschaft und dem alten „Wir-Gefühl“ besteht nicht mehr, die Abhängigen wollen beim „Fixen“ alleine sein, wodurch eine schleichende Vereinsamung beginnt (Heinze et al., 2009, S. 55).
- **Im vierten und letzten Stadium** konsumieren die Betroffenen nur noch, um die mit dem Entzug verbundenen Schmerzen zu vermeiden (Heinze et al., 2009, S. 55). Jegliches Handeln und Denken ist auf die Stoffbeschaffung gerichtet (Heinze et al., 2009, S. 55).

Die Beschreibung dieser vier Stadien durch Heinze und Reuß zeigt auf, wie sehr gerade Jugendliche in der Phase zwischen Kind- und Erwachsensein von dem Beginn einer Drogenabhängigkeit gefährdet sind. Unsicherheit in Bezug auf die neuen Aufgaben, die einen als Erwachsenen erwarten, schulischer Stress und ständige Veränderungen im Leben des jungen Menschen führen zu einer Angreifbarkeit, die Suchtmitteln den Weg ebnen können.

Eine weitere Auffälligkeit ergibt sich auch in Hinblick auf die Verbindung zwischen einer Drogenabhängigkeit (hier: von Heroin) und **Missbrauch im Kindesalter**.

So sind Studien zufolge ein Drittel bis über die Hälfte der teilnehmenden Heroinabhängigen Opfer sexuellem Missbrauchs geworden, wobei heroinabhängige Frauen hiervon circa doppelt so häufig betroffen sind wie heroinabhängige Männer (Darke und Pelzer, 2013, S. 47). Beispielhaft hierfür ist eine Studie von Conroy et al., die 2009 in Australien durchgeführt wurde, wonach drei Viertel aller heroinabhängigen Frauen als Kinder sexuell missbraucht wurden. Bei Männern lag der Anteil bei einem Drittel (Darke und Pelzer, 2013, S. 47).

Der Anteil der Heroinkonsumenten, die als Kinder Opfer physischer Gewalt wurden, ist zahlenmäßig vergleichbar mit dem, der unter sexuellem Missbrauch leiden musste (Darke und Pelzer, 2013, S. 47). Hierbei gibt es jedoch keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (Darke und Pelzer, 2013, S. 48)

Mindestens die Hälfte der in Studien befragten Heroinabhängigen gab außerdem an, unter emotionalem Missbrauch gelitten zu haben (Darke und Pelzer, 2013, S. 48).

In der Fachwelt besteht zudem die Annahme, dass ein **verfrüht einsetzendes Sexualleben** unter anderem kausal für einen Drogenkonsum sein kann (Darke und Pelzer, 2013, S. 75).

Ein weiterer externer Faktor, der bei der Entstehung einer Sucht eine Rolle spielen kann, ist der **Beruf**, den man wählt. So gibt es einige Berufsgruppen, die ein erhöhtes Suchtrisiko (hier: in Bezug auf Alkohol) mit sich bringen.

Von einem erhöhten Risiko sind Mitarbeiter des Gastronomiegewerbes, des Seefahrt- und Hafen-gewerbes und des Dienstleistungsgewerbes betroffen (DHS, 2014). Gründe hierfür könnten die leichte Verfügbarkeit von Alkohol, eine lange Abwesenheit von der Familie und wenig kontrollierte Arbeitsplätze sein (DHS, 2014).

Ein unterdurchschnittliches Risiko ‚berufsbedingt‘ an Alkoholismus zu erkranken, haben Mitarbeiter des Transportwesens, Landwirte und Berufe mit traditionell überwiegend weiblichem Personal wie Pädagogen und Krankenschwestern (DHS, 2014).

Ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung (z.B. Einkommen) steht außerdem in Zusammenhang mit riskantem Alkoholkonsum oder einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Alkoholabhängigkeit (DHS, 2014).

4.2 Statistik

Mithilfe einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2015 lässt sich sehr gut rekapitulieren, welche Personengruppen welches Suchtmittel in welchem Ausmaß konsumieren. In der Untersuchung wurden über 7.000 12- bis 25-Jährige über ihr Verhältnis und ihre Erfahrungen bezüglich Rauchens, Alkoholkonsums und illegaler Drogen befragt. Einige herausragende Erkenntnisse werden hier im Folgenden angeführt, um ein Gefühl dafür zu vermitteln, welche Personengruppen bereits als junge Menschen welche und wie viele Suchtmittel konsumieren und, um darauf basierend Risikogruppen ermitteln zu können.

Den **Alkoholkonsum** betreffend kann gesagt werden, dass 14,9% aller männlichen 12- bis 17-Jährigen regelmäßig (also mindestens einmal pro Woche) Alkohol konsumierten (Orth, 2016, S. 43). Bei den gleichaltrigen Mädchen waren es nicht einmal halb so viele (Orth, 2016, S. 43). Dieses Bild setzt sich bei den 18- bis 25-Jährigen fort: hier tranken im Jahr 2015 46,3% der Männer regelmäßig Alkohol, während es bei den Frauen nur 20,2% waren (Orth, 2016, S. 43). Was den Konsum von riskanten Alkoholmengen angeht, so war der Geschlechterunterschied deutlich schwächer ausgeprägt (Orth, 2016, S. 43).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es bei den Befragten der Gruppe der 18- bis 25-Jährigen keine auffälligen Zusammenhänge zwischen ihrem Alkoholkonsum und den sozialen Merkmalen wie Bildungsweg, Erwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit gab (Orth, 2016, S. 45). Erwähnenswert ist allerdings, dass der regelmäßige Alkoholkonsum unter Studierenden „am weitesten verbreitet“ war (Orth, 2016, S. 45).

Zum **Konsum illegaler Drogen** ergab sich anhand der Befragten für das Jahr 2015, dass Cannabis eindeutig „den Markt“ dominierte (Orth, 2016, S. 55).

Die Erfahrungen der jungen Erwachsenen mit anderen illegalen Drogen waren äußerst begrenzt (Orth, 2016, S. 55). So hatten weniger als ein Prozent von ihnen Erfahrungen mit Crystal Meth, Crack oder Heroin gemacht (Orth, 2016, S. 55). Alles in allem lag der Anteil derer, die schon einmal illegale Drogen konsumiert hatten, bei den Männern höher als bei den Frauen (Orth, 2016, S. 55).

5 Co-Abhängigkeit

Die Abhängigkeit eines Menschen wirkt sich nicht selten auch auf sein soziales Umfeld aus. Wie schwerwiegend diese Auswirkungen sind, kann jedoch sehr unterschiedlich sein.

In eine Co-Abhängigkeit zu verfallen ist eine mögliche Auswirkung. Diese lässt sich folgendermaßen definieren:

„Von Co-Abhängigkeit spricht man, wenn der Angehörige eines Suchtkranken zum Komplizen wird. Der/die Co-Abhängige unterstützt den Süchtigen in seinem Suchtverhalten, indem er/sie

dessen Suchtmittelkonsum und eventuell dessen auffälliges Verhalten vertuscht oder deckt, Fehler bagatellisiert oder entschuldigt. Indem der Co-Abhängige den Süchtigen vor anderen – Arbeitgeber, Nachbarn, Freunden, der Polizei – in Schutz nimmt, verhindert er, dass der Abhängige die problematischen Auswirkungen seiner Sucht und die damit verbundenen negativen Konsequenzen direkt zu spüren bekommt. Dadurch kann sich beim Betroffenen nicht genug „Leidensdruck“ aufbauen, damit dieser etwas gegen seine Sucht unternimmt. Der/die Co-Abhängige zögert damit den Zeitpunkt heraus, an dem der Abhängige zu der Einsicht kommt, dass er sich therapeutische Hilfe suchen muss. Dadurch verlängert sich das Suchtproblem, oft verstärkt es sich im Laufe der Zeit – mitunter massiv.“ (Gross, 2016, S. 130)

Nach Gross (2016, S. 130–134) können allerdings nicht nur Partner und Kinder, sowie Freunde von Co-Abhängigkeit betroffen sein. Auch Kollegen können co-abhängig werden, indem sie ihren abhängigen Kollegen vor Konsequenzen schützen. Im weitesten Sinne kann laut Gross (2016, S. 134) sogar die Gesellschaft als co-abhängig bezeichnet werden, da diese unter anderem durch Werbung, beispielsweise für alkoholische Getränke, die Akzeptanz von Abhängigkeiten fördert.

5.1 Verhaltensweisen und Phasen in der Co-Abhängigkeit

Die Co-Abhängigkeit lässt sich grundsätzlich in drei Phasen unterteilen (Striesenow, 2014, S. 15f). Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass die Phasen nicht in einer bestimmten Reihenfolge durchlaufen werden müssen. Darüber hinaus kann es sogar dazu kommen, dass der Co-Abhängige eine Phase auslöst oder in einer Phase stagniert (BKE, 2017b).

Erste Phase - die „Entschuldigungs- und Beschützerphase“

Hier „beginnen [Co-Abhängige] Verantwortung für den Suchtkranken zu übernehmen und bewahren diesen vor den Konsequenzen seines Handelns“ (BKE, 2017b). Die Co-Abhängigkeit eines Kol-

legen könnte sich in dieser Phase beispielsweise dadurch bemerkbar machen, dass dieser Arbeitsaufgaben für den Suchtmittelkonsumenten übernimmt, diesen vor Vorgesetzten schützt oder bewusst Abhängigkeitsanzeichen übersieht (Gross, 2016, S. 134).

Zweite Phase - die „Kontrollphase“ (BKE, 2017b)

Diese Phase ist gekennzeichnet davon, dass die Co-Abhängigen versuchen, den Abhängigen möglichst viel zu überwachen. Die stetige Überwachung kann sich unterschiedlich äußern, zum Beispiel durch Kontrolle von Ausgaben, aber auch durch das Vernichten oder Verstecken des Suchtmittels (BKE, 2017b). Anders als in der ersten Phase würde ein co-abhängiger Kollege hier nicht mehr die Abhängigkeitsanzeichen des Suchtmittelkonsumenten bewusst übersehen, sondern vor allem Anzeichen, wie häufige Fehlzeiten, stärker kontrollieren.

Dritte Phase – die „Anklagephase“ (BKE, 2017b)

Die Co-Abhängigen „sprechen Drohungen aus, die sie dann aber nicht einhalten“ (BKE 2017b). Zwischen zwei Partnern wird in dieser Phase nicht selten sogar eine Trennung angekündigt (Striesenow, 2014, S. 16).

Unabhängig von einer Phase bagatellisieren Co-Abhängige meist die Abhängigkeit des Suchtmittelkonsumenten, entwickeln häufig Schuldgefühle und passen ihr eigenes Leben an die Abhängigkeit des Gegenübers an (BKE, 2017a).

5.2 Folgen und Begleitscheinungen

Durch eine Co-Abhängigkeit kommt es bei Betroffenen häufig zu Veränderungen im Alltagsverhalten.

Die Co-Abhängigen können ständig angst- oder schamerfüllt sein, unterdrücken jedoch jegliche Emotionen und haben eine „erhöhte Wachsamkeit“ (Gross, 2016, S. 135). Auch die „völlige Selbstaufgabe“ (Gross, 2016, S. 135) ist im Rahmen einer Co-Abhängigkeit denkbar. Weiterhin sind Veränderungen im sozialen Umfeld möglich, da sich die Betroffenen nicht selten ganz oder teilweise von ihrem ursprünglichen Umfeld abwenden (BKE, 2017b).

Neben den Veränderungen im Alltagsverhalten und dem sozialen Umfeld, kann eine Co-Abhängigkeit auch psychische Schäden hinterlassen oder psychosomatische Folgen haben. Dabei können die Veränderungen im Alltagsverhalten, die psychischen Schäden sowie die psychosomatischen Folgen sehr nah beieinanderliegen. So kann beispielsweise die zuvor genannte völlige Selbstaufgabe dazu führen, dass der Co-Abhängige eine Depression entwickelt (Gross, 2016, S. 135). Die Co-Abhängigkeit kann zudem zu Folge haben, dass die Betroffenen sich zwanghaft verhalten oder

sogar eine eigene Abhängigkeit entsteht (Gross 2016, S. 135). Beispielhaft sind hier die „Medikamentenabhängigkeit oder Ess-Störung“ (BKE, 2017b) zu nennen.

Da die Auswirkungen der Co-Abhängigkeit, wie zum Beispiel eine erhöhte Wachsamkeit oder andauernde Angstzustände, dem Betroffenen sehr viel Stress bereiten, können durchaus auch psychosomatische Folgen auftreten. In welchem Maß der Co-Abhängige psychosomatische Beschwerden entwickelt, kann sehr unterschiedlich sein. Beispiele für derartige Folgen sind Kopfschmerzen oder sogar Herzbeschwerden (BKE, 2017b).

5.3 Der Co-Abhängigkeit entgegenwirken

Co-Abhängigkeit schadet dem Betroffenen und dem Suchtmittelkonsumenten. Daher gibt es einige Verhaltensregeln und -tipps im Umgang mit Suchtmittelkonsumenten, die eine mögliche Co-Abhängigkeit vorbeugen oder einer bereits bestehenden Co-Abhängigkeit entgegenwirken können.

Im Umgang mit Suchtmittelkonsumenten ist es besonders wichtig das Prinzip **„Hilfe durch Nicht-hilfe“** zu verstehen (Heinze et al., 2009, S. 108). Das Prinzip sieht vor, dass der Co-Abhängige unterlassen soll, den Suchtmittelkonsumenten vor negativen Konsequenzen zu schützen und seine Abhängigkeit zu decken. Durch die unterlassene Hilfe soll der Suchtmittelkonsument den in der Definition unter Kapitel 5 angesprochenen „Leidensdruck“ aufbauen, der dazu führt, dass dieser seine Abhängigkeit erkennt und einsieht, dass er eine Therapie benötigt. Der Co-Abhängige muss daher verstehen, dass seine Hilfe die Abhängigkeit des Suchtmittelkonsumenten meist bloß verlängert oder gar fördert. Dieses Prinzip zu verstehen, ist entsprechend ebenfalls für Personen, die nicht co-abhängig sind, von hoher Bedeutung, da dieses Verständnis einer Co-Abhängigkeit möglicherweise sogar vorbeugen kann.

Sobald man die Abhängigkeit eines Suchtmittelkonsumenten bemerkt hat, ist es darüber hinaus sehr nützlich, sich zuerst über die Abhängigkeit und das Suchtmittel zu informieren (BKE, 2017b). Dabei sollte vor allem die Erkenntnis erlangt werden, dass die Suchtmittelkonsumenten ihre Abhängigkeit nicht kontrollieren können und diese eine Krankheit ist (Gross, 2016, S. 136). Diese Informationen können dabei helfen das Verhalten des Suchtmittelkonsumenten leichter zu verstehen und besser auf diesen reagieren zu können.

Zudem ist es ein wichtiger Schritt, dass die eigene Abhängigkeit und die Abhängigkeit des Suchtmittelkonsumenten nicht verschwiegen wird, sondern offen darüber gesprochen werden kann (BKE, 2017b). Problematisch könnte hierbei sein, dass Co-Abhängige, wie bereits unter Kapitel 5.2 angesprochen, sich häufig schämen und sich von ihrem ursprünglichen sozialen Umfeld isolieren. In diesem Fall kann es für den Betroffenen hilfreich sein, eine Selbsthilfegruppe für **Angehörige von Suchtmittelkonsumenten** zu besuchen (Flassbeck, 2011, S. 166).

Bei einer massiven oder chronischen Co-Abhängigkeit empfiehlt Flassbeck (2011, S. 167) sogar die stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik oder den Besuch einer Kur. Ein Vorteil bei diesen Maßnahmen ist der physische Abstand zwischen dem Suchtmittelkonsumenten und dem Co-Abhängigen. Diese Möglichkeiten scheinen jedoch problematisch zu sein, da Voraussetzung ist, dass die „eigentliche, von den Kostenträgern nicht anerkannte Erkrankung verleugnet wird, und die Angehörige einen Arzt findet, der den Kostenantrag entsprechend formuliert“ (Flassbeck, 2011, S. 167).

Sind Suchtmittelkonsument und Co-Abhängiger **Kollegen in einem Betrieb**, so gibt es neben den zuvor genannten allgemeinen Verhaltenstipps noch weiterführende Möglichkeiten eine Co-Abhängigkeit vorzubeugen oder dieser entgegenzuwirken.

Nach Heinze und Reuß (2009, S. 109) sollte der Betroffene den Suchtmittelkonsumenten weder vor Vorgesetzten schützen, noch seine Sucht unterstützen, indem er beispielsweise unvollständige Arbeitsaufträge vervollständigt und somit die Aufgaben des Suchtmittelkonsumenten übernimmt. Heinze und Reuß (2009, S. 109) nennen darüber hinaus ebenfalls das offene Ansprechen der Abhängigkeit und weiterführend sogar die Weitergabe an den Vorgesetzten als geeignetes Verhalten.

Neben allen zuvor genannten Verhaltenstipps zum Umgang mit einem Suchtmittelkonsumenten hat der **Vorgesetzte** einen etwas weiteren Handlungsspielraum im Umgang. Anders als ein Kollege hat dieser die Möglichkeit dem Suchtmittelkonsumenten Hilfen für Suchtkranke anzubieten und diese gegebenenfalls auch einzuleiten (Heinze et al., 2009, S. 109). Daher sollten alle Möglichkeiten auch ausgeschöpft werden.

Jeder zuvor genannte Tipp zum Umgang mit Suchtmittelkonsumenten dient nicht nur dem Zweck der Co-Abhängigkeit entgegenzuwirken. Diese Tipps sollten idealerweise auch von Personen beachtet werden, die nicht co-abhängig sind, da sie der Prävention von Co-Abhängigkeit dienen und auch auf lange Sicht dem Suchtmittelkonsumenten behilflich sein können, seiner Sucht zu entkommen.

6 Maßnahmen

6.1 Prävention

Das Ziel von Suchtprävention ist es, „gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind, vorzubeugen, [...] [sodass] ein suchtfreies oder von Sucht soweit wie möglich unbeeinträchtigtes Leben“ (DHS, 2014b, S. 3) geführt werden kann. Suchtprävention ist individuell und kann nicht allgemein betrachtet werden, da sowohl bei der Zieldefinition als auch bei der Auswahl

der hierzu erforderlichen Maßnahmen „sehr genau die Situation und die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe berücksichtigt“ (Hallmann et al., 2007, S. 6) werden müssen. Sie erfolgt also „zielorientiert und zielgruppenspezifisch“ (Hallmann et al., 2007, S. 6). Der Arbeitsplatz erfüllt „alle Anforderungen für erfolgreiche Suchtprävention“ (DHS, 2014a, S. 8), da an diesem Ort viele Erwachsene in einem organisierten Umfeld zusammentreffen (S. 8).

6.1.1 Bereiche suchtpreventiver Arbeit

Bei der Suchtprävention unterscheidet man zwischen verhältnisorientierter und verhaltensorientierter sowie zwischen suchtmittelspezifischer bzw. suchtbezogener und übergreifender Prävention (DHS, 2017).

Die **verhältnisorientierte Prävention** wirkt auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Veränderung der Lebenswelten ein (DHS, 2014, S. 3). Die **verhaltensorientierte Prävention** hingegen richtet sich an die Menschen selbst und verfolgt das Ziel, deren Verhalten zu beeinflussen (Institut Suchtprävention, 2016).

Eine **suchtmittelspezifische bzw. suchtbezogene Prävention** setzt direkt am Suchtmittel bzw. an der Sucht an und schafft hier Veränderungen (DHS, 2017). Bei der **übergreifenden Prävention** werden andere Bereiche gestärkt, die einen positiven Einfluss auf die Suchtprävention haben. Solche Bereiche sind z.B. die Gesundheitsförderung sowie der Abbau gesundheitsgefährdender Bedingungen (DHS, 2017).

| Maßnahmen | verhältnisorientiert | verhaltensorientiert |
|--|--|--|
| suchtmittelspezifische/suchtbezogene Prävention | <ul style="list-style-type: none">- Abbau suchtfördernder Arbeitsbedingungen- Einschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln- Bereitstellung von alkoholfreien Getränken | <ul style="list-style-type: none">- Information und Aufklärung über die Wirkung von Suchtmitteln, riskantem Konsum, Abhängigkeit- Information über die Ziele und Möglichkeiten der Suchtprävention und -hilfe- Angebote der individuellen Konsumreduzierung [Nichtraucherkurse, Drink-Less-Programme]- Regelungen zum Suchtmittelkonsum [Drogen, Alkohol, Nikotin], Punktnüchternheit |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| | | - Qualifizierung und Sensibilisierung |
| übergreifende Prävention | <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung gesunderhaltender und motivierender Arbeitsbedingungen - Verbesserung des Betriebsklimas - Gefährdungsbeurteilung, Gesundheitszirkel, partizipative Arbeitsgestaltung [Teilhabe] - Gesundheitsorientierte Führung - Arbeitsbewältigungscoaching - Betriebliches Eingliederungsmanagement - Work-Life-Balance-Konzepte, Vereinbarkeit von Familie und Beruf | <ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung der Gesundheitskompetenz - Stressbewältigung und Selbstmanagement - Konfliktmanagement - Mentale und körperliche Fitness - Gesundheitscoaching, Gesundheitschecks - Intervention bei Auffälligkeiten am Arbeitsplatz |

Abbildung 14 - Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter (2011). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis*, S. 13

6.1.2 Klassifizierung

„Eine im Gesundheits- bzw. Suchtbereich häufig verwendete Klassifikation unterscheidet zwischen Primärprävention [...], Sekundärprävention [...] und Tertiärprävention.“¹ (Institut Suchtprävention, 2016). Diese Unterteilung findet „im deutschsprachigen Raum immer noch Verwendung, gilt [...] [jedoch] als weitgehend überholt“ (Hallmann et al., 2007, S. 4) und wird seit den 90er Jahren im internationalen Raum durch eine neuere Klassifizierung ersetzt (S. 4), welche z.B. auch vom US-amerikanischen National Institute of Drug Abuse (NIDA) sowie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) genutzt wird (Institut Suchtprävention, 2016). Diese unterscheidet zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention und beschreibt damit „Maßnahmen, die vor der vollen Ausprägung der Suchterkrankung einsetzen“ (Hallmann et al., 2007, S. 3). Sie „orientiert sich u.a. an den unterschiedlichen Bedarfen der Zielgruppen [...] [und berücksichtigt] Risiko- und Schutzfaktoren“ (DHS 2014b, S. 2).

¹Die Primärprävention richtet sich allgemein an die Bevölkerung und umfasst alle Maßnahmen vor der Entstehung eines Problems (Hallmann et al., 2007, S. 3). Die Sekundärprävention richtet sich an die Risikogruppen (siehe hierzu Kapitel 4) sowie an Personen im Anfangsstadium einer Sucht (Hallmann et al., 2007, S. 3). Die Tertiärprävention beschreibt die Behandlung sowie die Rückfallprävention bereits betroffener Personen (Institut Suchtprävention, 2016).

Die **universelle Prävention** richtet sich an die allgemeine Bevölkerung und beinhaltet Maßnahmen zur Verhinderung künftiger Probleme (Hallmann et al., 2007, S. 3), wie z.B. Aufklärung mithilfe von Informationsmaterialien und suchtpreventiven Vorträgen (Institut Suchtprävention, 2016).

Die **selektierte Prävention** „richtet sich an Menschen, die statistisch gesehen ein überdurchschnittlich hohes Risiko für Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit (siehe hierzu Kapitel 4) aufweisen“ (Institut Suchtprävention, 2016). Indem Schutzfaktoren, wie z.B. das Selbstwertgefühl und die Problemlösungskompetenz, gestärkt werden und die Personen im Umgang mit den Risikofaktoren Unterstützung erfahren, soll die Entstehung von Sucht vermieden werden (Hallmann et al., 2007, S. 4).

Die **indizierte Prävention** richtet sich an Menschen, die bereits ein manifestiertes Risikoverhalten entwickelt haben, jedoch noch keine Abhängigkeitssymptome zeigen (Hallmann et al., 2007, S. 4). Hierzu zählen beispielsweise Personen, „die am Wochenende wiederholt exzessiv Alkohol trinken“ (Institut Suchtprävention, 2016). Ziel ist es also, die Weiterentwicklung zur Sucht zu vermeiden.

6.1.3 Maßnahmen

Im **Betrieb** sollten informierende Maßnahmen über die Auswirkungen von Sucht auf die allgemeine Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und die Arbeitssicherheit stattfinden, gesundheitsgerechte Bedingungen am Arbeitsplatz verbessert werden und „innerbetriebliche Multiplikatoren und Multiplikatorinnen [bestehen, wie] z.B. [Personal- oder] Betriebsräte, [...] Suchtkrankenhelfer und Suchtkrankenhelferinnen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Betriebsärztinnen bzw. Betriebsärzte und Sicherheitsbeauftragte“ (Hallmann et al., 2007, S. 11). Es sollten auch „Einführungsveranstaltungen für jeden Ausbildungslehrgang [sowie] kontinuierliche Aufklärung in Koordination mit [der] Verwaltungs- bzw. Fachhochschule“ (Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, 2001, S. 4) stattfinden. Auch die Gesundheitsförderung und die damit verbundene Entwicklung eines gesunden Lebensstils sind von großer Bedeutung und könnten z.B. durch Sport- und Fitnessangebote unterstützt werden (Wienemann und Schumann, 2011, S. 13).

Die **Führungskräfte** sollten selbst Schulungen besuchen (Hallmann et al., 2007, S. 11) und ggf. zu diesen verpflichtet werden (Danigel und Heegner 2016; Stadt Gelsenkirchen 2007; Freie Hansestadt Bremen, 2012, S. 3). Ihnen kommt eine Vorbildfunktion zu und sie sollten in ihrem Team über die verschiedenen Substanzen und deren Folgen sprechen, gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern informiert und einfühlsam auftreten und sie damit dazu bringen, ihren eigenen Konsum zu

überdenken und ggf. zu reduzieren sowie im Bedarfsfall auf die Führungskraft zurückzukommen (DHS, 2016c, S. 104). Sie sollten die Arbeitssituation unter dem Aspekt überprüfen, ob diese „ein möglicher Auslöser für einen Suchtmittelmissbrauch oder eine Suchterkrankung sein könnte und ob und wie diese gegebenenfalls verändert werden kann“ (Danigel und Heegner, 2016, S. 25 f.). Die Führungskräfte sollten ihre Mitarbeiter gezielt dazu auffordern, Aufklärungsveranstaltungen zum Thema Sucht zu besuchen (DHS, 2016c, S. 105) oder es ihnen zumindest ermöglichen und sie dabei unterstützen (Freie Hansestadt Bremen, 2012, S. 3).

Die **Fachkraft für Arbeitssicherheit** sollte Informationen über die Substanzen (Wirkung, Nebenwirkung, Langzeitwirkung) und der damit verbundenen Gefährdung der Arbeitssicherheit zusammentragen und veröffentlichen (DHS, 2016c, S. 104).

Der **Betriebs- bzw. Personalrat** hat das Recht, Aufklärungsveranstaltungen einzufordern (DHS, 2016c, S. 104). Er sollte für die gesundheitsfördernden Rahmenbedingungen sorgen und bei einer Häufung von substanzbedingten Auffälligkeiten in einzelnen Bereichen einschreiten (DHS, 2016c, S. 104).

Die **Gleichstellungsbeauftragte** sollte den geschlechterspezifischen Ansatz berücksichtigen und selbst Aufklärungsveranstaltungen halten, in denen die geschlechterspezifischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede thematisiert werden (DHS, 2016c, S. 105).

Ein **Arbeitskreis Sucht** sollte die Kontrolle, Bewertung und Nachsteuerung der Einhaltung von Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen übernehmen sowie gezielte Maßnahmen und Aktionen planen (Danigel und Heegner, 2016, S. 28). Er legt zudem die Ziele fest und setzt Schwerpunkte (Freie Hansestadt Bremen, 2012, S. 4).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass jeder seinen Kollegen und Mitarbeitern ein gutes Vorbild sein sollte. Gute Arbeitsbedingungen beugen einer Suchterkrankung vor und insbesondere die Information und Aufklärung sowie die Gesundheitsförderung sind von großer Bedeutung.

6.2 Therapie

Grundsätzlich kann eine Suchttherapie **in vier Phasen** gegliedert werden (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017). Am Anfang steht die Kontakt- bzw. Motivationsphase.

Darauf folgen die Entgiftungs- und Entwöhnungsphase. Die Nachsorge- bzw. Rehabilitationsphase schließt eine Therapie ab.

Wichtig ist, dass die Therapie ein integrativer und auf den individuellen Hilfebedarf abgestimmter Prozess ist und nicht als linearer Prozess verstanden wird. Die Form, der Ablauf und die Dauer richten sich nach dem konsumierten Suchtmittel, nach der Abhängigkeit und nach den möglichen Wirkungen bzw. Folgen des Konsums (vgl. Kapitel 3). Die Phasen skizzieren eine grobe Abfolge, können aber subjektiv veränderlich sein und sind mitunter fließend im Übergang (Bundesverband für stationäre Suchthilfe e.V., 2017).

Ausstiegshilfen und therapeutische Angebote richten sich an Suchtmittelkonsumenten, die motiviert sind, einen Weg aus der Sucht zu finden (BZgA, 2017g). Für eine Therapie bedarf es eines Minimums an Krankheitseinsicht und den Mut sich dieser Krankheit zu stellen. Nur die freiwillige Teilnahme an entsprechenden Therapieformen führt zu einer erfolgreichen Verhaltensänderung und zur dauerhaften Abstinenz. Die eigene Motivation des Suchtmittelkonsumenten zählt nicht nur zur Grundvoraussetzung einer Therapie, sondern ist ein therapeutisch beeinflussbarer Zustand und dynamischer Prozess (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.).

Während des Therapieverlaufs wechseln sich verschiedene Motivationsstadien ab. Mithilfe einer motivierenden Gesprächsführung sollen bestehende Ängste vor Veränderungsprozessen reduziert werden, die mit der Therapie einhergehen (Demmel, 2012). Während einer Therapie spielen verschiedene Akteure eine wichtige Rolle. Sie haben unmittelbar Einfluss auf den Therapieerfolg. Im Vordergrund stehen die Zusammenarbeit und die Kooperation verschiedener Hilfesysteme. Hierzu zählen neben den Angehörigen zum Beispiel Sozialarbeiter, Ärzte, Psychologen und Therapeuten. Zu den grundlegenden Behandlungsprinzipien zählen neben der Motivation auch Empathie, Widerstand und Zuversicht (Pro Psychotherapie e.V., 2017). Empathie ermöglicht ein Nachempfinden der Gefühle des Suchtmittelkonsumenten. Damit die Motivation erhalten bleibt, müssen Verhaltensweisen reflektiert, zusammengefasst und gespiegelt werden. Während einer Therapie stößt der Suchtmittelkonsument möglicherweise auch auf Widerstand und verliert zeitweise die eigene Motivation. Hier nutzen keine Überzeugungsversuche oder Bevormundungen. Vielmehr sollte der Widerstandsground aufgegriffen und in die Therapie integriert werden. Nur wenn sich der Suchtmittelkonsument selbst an sein Ziel, die Abstinenz, erinnert, findet er zurück zu seiner Motivation. Auch in schwierigen Phasen benötigt er Zuversicht, um so die Therapie erfolgreich abzuschließen und sein Verhalten dauerhaft zu ändern (Demmel, 2012).

6.2.1 Kontakt-/ Motivationsphase

Den Anfang einer Therapie bildet die Kontakt- und Motivationsphase. Im Vordergrund der Kontakt- und Motivationsphase steht der Versuch,

- die vorhandenen motivierenden emotionalen Faktoren zur Teilnahme an einer Therapie zu verstärken und
- gleichzeitig die motivationshemmenden Einflüsse zu reduzieren.

In jedem Fall soll der Suchtmittelkonsument Interesse an einer Behandlung gewinnen (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017).

Der Suchtmittelkonsument bekommt zunächst eine Vorahnung über eine mögliche Suchterkrankung. Erst ein beginnendes **Problembewusstsein** hinsichtlich einer Anhängigkeit führt zur Motivation, das eigene Suchtverhalten zu hinterfragen. Durch die Krankheitseinsicht entwickelt der Suchtmittelkonsument ein Störungskonzept. Dieses Störungskonzept beinhaltet die Suche nach Informationen bezüglich des Suchtmittels aber auch möglicher Hilfe- bzw. Therapieformen. Durch Gespräche mit Gleichgesinnten oder Angehörigen fasst der Konsument den Mut, Kontakte zu Hilfes-trägern wie zum Beispiel Suchtberatungsstellen zu knüpfen.

Beratungsangebote verschiedener Träger können sowohl online und am Telefon als auch persönlich vor Ort wahrgenommen werden (BZgA, 2017g). Zahlreiche Informationen zu Suchtmitteln und Ansprechpartnern lassen sich im Internet recherchieren. Die Kontaktaufnahme erfolgt hier und bei einer Telefon-Beratung zunächst anonym. Die Vor-Ort-Beratung findet dann im persönlichen Rahmen, aber auch unter Einhaltung einer Schweigepflicht statt.

Gemeinsam mit dem Suchtmittelkonsumenten wird innerhalb des Beratungsprozesses seine persönliche Situation eingeschätzt und eine medizinische, psychische und soziale **Diagnostik** erstellt. Ein individueller Hilfeplan mit Empfehlungen geeigneter Maßnahmen aus allen potentiellen Angeboten wird hieraus entwickelt. Die Schwierigkeit besteht in der Wahl der richtigen Therapieform. Durch die hohe Komplexität der Hilfesysteme empfiehlt sich die intensive Beachtung der persönlichen Krankheitsgeschichte des Suchtmittelkonsumenten. Die Hilfepläne werden je nach Entwicklung und Stand neuer Erkenntnisse möglicherweise angepasst und sind dynamisch. Der Therapieverlauf wird zu jeder Zeit hinsichtlich des Behandlungserfolges evaluiert.

Bereits während der Kontakt- und Motivationsphase können Kostenträger angesprochen werden. Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger übernehmen zum Beispiel unter Berücksichtigung einiger formaler Kriterien die Kosten der **Suchttherapie**. Hierzu zählen unter anderem ein förmlicher Antrag und die Erstellung eines medizinischen Gutachtens sowie eines Sozialberichtes über die Notwendigkeit einer Behandlung (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017).

6.2.2 Entgiftungsphase

Hat sich der Suchtmittelkonsument zu einer Therapie entschlossen, folgt die Entgiftungsphase. Ziel hier ist der körperliche Entzug bzw. die Detoxifikation von dem konsumierten Suchtmittel und die Beherrschung des Entzugssyndroms (Grosshans und Mann, 2012). Je nach Suchtmittel sind die Entzugserscheinungen mitunter verschieden und können mal stärker, mal weniger stark ausgeprägt sein (vgl. Kapitel 3). Individuell angepasst an den Hilfebedarf wird auch die Therapieform. So kann zwischen der ambulanten und teil-/vollstationären Entzugsbehandlung gewählt werden.

Eine **ambulante Entzugsbehandlung** findet in der Regel auf Wunsch des Patienten statt und ist abhängig von der Suchtproblematik. Die ambulante Entgiftung findet unter Anleitung und Beobachtung eines Arztes statt und kann nur mit Vertrauen als Basis durchgeführt werden. Ein Merkmal des ambulanten Entzuges liegt in der langsamen Reduktion des Konsums. Die Willensstärke des Suchtmittelkonsumenten ist hier von grundlegender Bedeutung. Eine pharmakologische Unterstützung in Form von Medikamenten ermöglicht während der Entgiftung eine gewisse Kontrolle und gibt Hilfestellung. Bei zu erwartenden Komplikationen wird die ambulante Entgiftung allerdings ausgeschlossen.

Treten lebensbedrohliche Entzugserscheinungen wie zum Beispiel ein Delirium als Folge des Alkoholsyndroms auf, ist in diesen Fällen die **stationäre Entzugsbehandlung** erforderlich (Grosshans & Mann, 2012). Die Entgiftung findet hier teil- oder vollstationär in einer suchtmmedizinisch spezialisierten Einrichtung statt. Dazu zählen unter anderem Entzugsabteilungen in psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäusern. Hier erfolgt eine intensive medizinische, psychosoziale und therapeutische Begleitung durch mehrere Hilfeeinstanzen. Auch der stationäre Entzug kann pharmakologisch unterstützt werden.

Der „**kalte**“ Entzug findet ohne medikamentöse Unterstützung statt und bewegt sich in einem Zeitrahmen zwischen 7 und 14 Tagen. Der „**warmer**“ Entzug wird medikamentös unterstützt und dauert ungefähr 20 Tage (BZgA, 2017g).

6.2.3 Entwöhnungsphase

Hauptmerkmal der Entwöhnungsphase ist die Analyse des individuellen Problemverhaltens und der Hintergründe der Sucht. Neben der körperlichen Entgiftung und der medizinischen Behandlung bedarf es auch der geistigen Entwöhnung und sozialen Betreuung des Suchtmittelkonsumenten. Während der Entwöhnungsphase findet eine **psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung** statt. Merkmal des „Qualifizierte[n] Entzugs“ ist die Kombination von Körper und Geist, wo-

durch ein höherer Therapieerfolg gewährleistet werden kann (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017). Erfolgsprognosen gelten trotzdem als schwierig. So belasten Unwägbarkeiten den Therapieverlauf. Die Dauer lässt sich genau wie die Erfolgsprognosen schwer einschätzen und ist abhängig vom subjektiven Krankheitsverlauf und der Therapieform. Die Entwöhnung kann sowohl ambulant als auch stationär stattfinden (Bundesverband für stationäre Suchthilfe e.V., 2017). Während die ambulante Entwöhnungsphase in einem Zeitrahmen weniger Wochen erfolgt, kann die stationäre Behandlung bis zu sechs Monate andauern.

Welche Therapieform gewählt wird, begründet sich durch individuelle Kriterien.

Für eine ambulante Behandlung spricht:

- eine hohe soziale Kompetenz und Motivation des Suchtmittelkonsumenten und
- eine erstmalige Abhängigkeit.

Zur Auswahl einer stationären Therapie führen im Gegensatz dazu meist:

- eine lange Dauer der Abhängigkeit oder
- bereits eingetretene schwere Folgeschäden.

Durch die Aufnahme in Fachkliniken, therapeutischen Gemeinschaften und spezialisierten Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser verlassen die Suchtmittelkonsumenten ihr gewohntes meist problembehaftetes Umfeld für eine befristete Zeit. Zielgruppenspezifisch existieren besondere Angebote für Frauen, Eltern mit Kindern oder Minderjährige. Die Einrichtungen unterscheiden sich außerdem in Bezug auf das Leitbild, die Methoden und Qualifikationen (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017). Die Auswahl einer Einrichtung bedingt sich durch die individuellen Faktoren des Patienten. Während des stationären Aufenthaltes ändert sich kurzfristig die Lebenssituation des Suchtmittelkonsumenten. Innerhalb des geschützten Raumes mit der Nähe zu Gleichgesinnten sind Veränderungsprozesse einfacher möglich. Allerdings können diese Umfeldbedingungen als unnatürlich kritisiert werden, da sie möglicherweise nicht den späteren Lebensbedingungen des Suchtmittelkonsumenten entsprechen. Unabhängig davon, welche Therapieform gewählt wird, ist in dieser Phase wieder die Motivationsarbeit von großer Bedeutung. Diese beinhaltet, dass die Suchtmittelkonsumenten dem psychischen Leidensdruck widerstehen und psychosoziale Folgen des Konsums aufarbeiten können (BZgA, 2017g). Die temporär erreichte Abstinenz soll stabilisiert und eine Abhängigkeit langfristig beendet werden.

Die **psychotherapeutische Behandlung** umfasst zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie, die in Einzel- und Gruppengesprächen stattfinden kann. Hier werden neue Verhaltensweisen konkretisiert und eingeübt (Hautzinger, 2012). Bei der psychoanalytisch/tiefenpsychologisch fundierten Therapie wird die Sucht als Abwehrverhalten verstanden. Unbewusste Konflikte und Defizite wer-

den analysiert, sodass Auslöser und Hintergründe der Sucht identifiziert und ihnen entsprechend entgegengewirkt werden kann. Weiterer Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung kann die **Paar- und Familientherapie** sein (Peukert, 2012). Hier werden Angehörige unmittelbar miteinbezogen, um auch eine mögliche Co-Abhängigkeit (vgl. Kapitel 5) zu behandeln. Außerdem schafft die Einbindung des persönlichen Umfeldes des Suchtmittelkonsumenten eine gewisse Verbindlichkeit und Hilfe zur dauerhaften Abstinenz. Eine **Musik-/Kunst- oder Bewegungstherapie** sind weitere Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung (BZgA, 2017g). Auch **Einzelmaßnahmen** helfen im psychischen und sozialen Entwöhnungsprozess.

Dazu zählen

- Verfahren zum Aufbau der persönlichen Selbstkontrolle,
- soziale Kompetenz- und Stressbewältigungstrainings sowie
- Reizexpositionsverfahren.

Mit diesen Maßnahmen wird ein Reaktionsverhalten für Situationen trainiert, in denen der Suchtmittelkonsument mit Reizen konfrontiert wird, die einen Rückfall provozieren könnten (Lindemeyer, 2012).

6.2.4 Nachsorge-/ Rehabilitationsphase

Nachdem der Suchtmittelkonsument körperlich entgiftet ist und die psychischen sowie sozialen Folgen des Konsums bekämpft hat, gestaltet sich das Ziel der Nachsorge- und Rehabilitationsphase in der langfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz und der Verhinderung eines Rückfalls (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017). Im Vordergrund stehen die Rehabilitation und **Reintegration**, sowohl in die Gesellschaft als auch in den Arbeitsmarkt. Die Adaption als Teil der Nachsorge- und Rehabilitationsphase schließt sich unmittelbar an die Entwöhnungsphase. Hier werden die vorher im sicheren Rahmen eingeübten und erlernten Verhaltensweisen unter realen Alltagsbedingungen erprobt. Die eigenständige Lebensführung und Leistungsfähigkeit sollen wieder hergestellt werden für eine frühzeitige berufliche und soziale Wiedereingliederung. Der Zugang zu elementaren und gesellschaftlichen Bereichen muss ermöglicht und die wirtschaftliche Versorgung gesichert werden. Ein geregelter Tagesablauf und ein stabiles Umfeld fördern die Beibehaltung der Abstinenz.

Nach der Überwindung der Abhängigkeit brechen möglicherweise die sozialen Kontakte zu vorher Gleichgesinnten ab. Um der Isolation und Vereinsamung vorzubeugen, helfen **Selbsthilfegruppen** neue Kontakte zu knüpfen (Pro Psychotherapie e.V., 2017). Selbsthilfegruppen stellen keinen Ersatz

der professionellen Therapie dar, fungieren allerdings auch nicht nur als Ergänzung der Suchthilfe. Vielmehr sind sie als eigenständiges Unterstützungssystem zu sehen. Sie dienen als erste Ansprechpartner, auch bereits in der Motivationsphase. Selbsthilfegruppen sind eine Organisation von und für Menschen und leisten einen qualitativen und quantitativen Beitrag zur Überwindung der Sucht. Innerhalb der Gruppe werden Suchtmittelkonsumenten mit Erinnerungen konfrontiert und können durch Erfahrungen anderer ermutigt werden, die Sucht dauerhaft zu bekämpfen. Die wohl bekannteste Organisation der Selbsthilfe ist die Gruppe der „Anonymen Alkoholiker“. Im Rahmen der Selbsthilfe für den illegalen Drogen- und Medikamentenkonsum existieren ebenfalls Gruppen, allerdings weniger verbreitet (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017).

Ein weiterer Bestandteil der Nachsorge- und Rehabilitationsphase ist die **Therapie von Begleiterkrankungen** (vgl. Kapitel 3). Unter Umständen sind die Folgen einer Abhängigkeit so schwer, so dass die Begleiterkrankungen das Leben der Konsumenten eingeschränkt haben. Hier bedarf es der ständigen hausärztlichen Nachsorge. Eine medikamentöse Rückfallprophylaxe hilft der Beibehaltung der Abstinenz. Diese stellt allerdings nur ein Element eines fachgerechten Behandlungskonzeptes dar und geht wieder mit einer intensiven psychosozialen Begleitung einher. In schwierigen Fällen kann die Pharmakotherapie einen erneuten Verfall in die Sucht verhindern. Bei Opiatabhängigen wird zum Beispiel die Methadonsubstitution genutzt und bei einer Alkoholabhängigkeit können „Anti-Caving-Substanzen“ verschrieben werden, die das Verlangen nach Alkohol vermindern können (Pro Psychotherapie e.V., 2017). In Form einer Aversionstherapie wird ein Medikament verabreicht, das in Kombination mit Alkohol zu Übelkeit führt. Die Übelkeitsreaktion gilt als klassische Konditionierung und soll dem Alkoholkonsum vorbeugen (Petermann, 2011).

Maßnahmen und ergänzende Integrationshilfen können bereits während einer Entwöhnung beginnen. Die Grenzen der obengenannten Phasen sind mitunter fließend. Einige Maßnahmen laufen parallel und können sich überschneiden (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 2017).

6.3 Anlaufstellen

- Anonyme Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V.

- 80910 München, Postfach 460227

² Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V

- 53119 Bonn, Oppelner Straße 130

- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
 - 59065 Hamm, Westring 2

- Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
 - 42289 Wuppertal, Freiligrathstraße 27

- Kreuzbund e.V.
 - 59065 Hamm, Münsterstraße 25

- Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden- Württemberg
 - 70178 Stuttgart, Augsutenstraße 63

- Bayerische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
 - 80336 München, Lessingstraße 1

- Landesstelle Berlin gegen die Suchtgefahren e.V.
 - 10585 Berlin, Gierkezeile 39

- Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
 - 14469 Potsdam, Schopenhauerstraße 26

- Bremische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
 - 28195 Bremen, Kolpingstraße 3

- Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
 - 20099 Hamburg, Brennestraße 90

- Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
 - 60322 Frankfurt, Auf der Kömerwiese 5

- Landesstelle gegen die Suchtgefahren Mecklenburg-Vorpommern e.V.
 - 19055 Schwerin, Ferdinand-Schulz- Straße 12

- Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
 - 30175 Hannover, Leisewitzstraße 26
- Landesstelle Suchtkrankenhilfe Rheinland-Pfalz
 - 54290 Trier, Sichestraße 10
- Saarländische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
 - 66117 Saarbrücken, Deutschhemmerstraße 12
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren
 - 01099 Dresden, Radebergerstraße 11
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren im Land Sachsen-Anhalt
 - 30106 Magdeburg, Walter-Rathenau-Straße 38
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V.
 - 24105 Kiel, Schauenburger Straße 36
- Thüringer Landesstelle gegen die Suchtgefahren
 - 99084 Erfurt, Allerheiligenstraße 3

7 Rechtliche Perspektive

Nachdem das Thema Suchtmittelkonsum nun in aller Ausführlichkeit beleuchtet wurde, stellt sich für viele Vorgesetzte die Frage, welche konkreten Handlungsmöglichkeiten ihnen im Umgang mit den Betroffenen zur Verfügung stehen. Der nachfolgende Abschnitt soll einen Überblick über die möglichen Maßnahmen geben, wobei zwischen Arbeits- und Beamtenrecht differenziert wird. Es wird darauf hingewiesen, dass jeder Fall eine individuelle Prüfung erfordert, sodass die nachfolgenden Informationen nur einen Einstieg in die rechtliche Betrachtung darstellen und somit nicht allgemeingültig sind. Auf etwaige Mitbestimmungsrechte oder Mitwirkungsrechte der Personalvertre-

tungsorgane (Personalrat, Gleichstellungsbeauftragte, Schwerbehindertenvertretung) wird nicht eingegangen.

7.1 Arbeitsrecht

Das Arbeitsverhältnis wird im Arbeitsrecht als sogenanntes wirtschaftliches Austauschverhältnis bezeichnet. Die Grundlage bildet dabei der Arbeitsvertrag, in dem die wesentlichen Anforderungen an die geschuldeten Leistungen der beiden Vertragsparteien festgehalten sind.² Zu unterscheiden ist auf Seiten des Arbeitnehmers sowie auf Seiten des Arbeitgebers zwischen vertraglichen bzw. tariflichen Haupt- und Nebenleistungspflichten:

| | Arbeitgeber | Arbeitnehmer |
|--------------------------------|---|--|
| Hauptleistungspflichten | Vergütungspflicht | Pflicht zur vertraglich festgelegten Arbeitsleistung |
| Nebenleistungspflichten | Fürsorgepflicht ☐ Schutz von Leben und Gesundheit, ☐ Präventive Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und weitere | Arbeitsrechtliche Treuepflichten ☐ Verbot der Annahme von Geschenken, ☐ Verschwiegenheitspflicht und weitere |

Abbildung 15 – Haupt- und Nebenleistungspflichten³

Ist der Arbeitnehmer infolge seines Suchtmittelkonsums nicht in der Lage, seine vertraglich festgelegten Pflichten zu erfüllen, so liegt eine Störung im Arbeitsverhältnis vor. Diese äußert sich im Wesentlichen dadurch, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung entweder in unzureichender Menge oder aber in unzureichender Qualität erbringt.⁴ Entscheidend ist also nicht der Suchtmittelkonsum an sich, sondern die daraus resultierende Beeinträchtigung der Arbeitsleistung. Eine solche Beeinträchtigung erfordert das Handeln des Vorgesetzten bzw. des Arbeitgebers. Dabei stehen ihm verschiedene Maßnahmen zur Verfügung, die im Folgenden kurz erläutert werden. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass das Bundesarbeitsgericht grundsätzlich davon ausgeht, dass eine Suchterkrankung regelmäßig nicht verschuldet ist. Es stellt sich sodann die Frage, in wieweit „suchtbedingte“ Fehlleistungen tatsächlich sanktionsfähig sind.

² Hunold/Wetzling, Umgang mit leistungsschwachen Mitarbeitern, S 4.

³ Grimm, in: Groeger, Arbeitsrecht im öD, Teil 3A, RN 45 ff.

⁴ Hunold/Wetzling, Umgang mit leistungsschwachen Mitarbeitern, S. 4 ff.

Mithilfe einer **Ermahnung** kann ein abhängiger Mitarbeiter zunächst auf ein Fehlverhalten aufmerksam gemacht werden. Die Ermahnung hat einen milden Effekt und stellt keine ernsthafte Bedrohung für die jeweilige Arbeitsposition dar. Sie soll dem Arbeitnehmer lediglich verdeutlichen, dass sein Fehlverhalten nicht unbemerkt bleibt und eine Verhaltensänderung gefordert wird. Die Ermahnung stellt somit eine Vorstufe der Abmahnung dar und ist damit nicht kündigungsrelevant.

Eine **Abmahnung** hingegen ist mit weitreichenderen Konsequenzen verbunden. Zwingend muss eine Abmahnung folgende Punkte enthalten:

- eine genaue Beschreibung des abgemahnten Verhaltens (mit Ort, Datum und Uhrzeit),
- einen Hinweis darauf, dass das abgemahnte Verhalten einen Vertragsverstoß darstellt und in Zukunft zu unterlassen ist,
- sowie der Hinweis, dass im Wiederholungsfall weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen drohen.⁵

Es wird demnach deutlich, dass die Abmahnung den ersten Schritt zur Kündigung darstellt und für den Arbeitnehmer somit ernsthafte Folgen nach sich ziehen kann. In der Regel wird eine Abmahnung im Falle einer verhaltensbedingten Kündigung vorausgesetzt.⁶

Ein möglicherweise auftretendes Problem besteht für Vorgesetzte darin, dass sie zwar Indizien für eine Abhängigkeit haben, jedoch keinerlei Beweise dafür vorliegen und die Abhängigkeit an sich auch nicht abmahnungsfähig ist. Während routinemäßige Alkohol- oder Drogentest unzulässig sind,⁷ kann der Arbeitgeber nach Maßgabe des § 3 Absatz 4 TVöD den Arbeitnehmer dazu verpflichten, durch **ärztliche Bescheinigung** nachzuweisen, dass er in der Lage ist die arbeitsvertraglich geschuldeten Leistungen zu erbringen. Eine begründete Veranlassung ist die Voraussetzung dafür.⁸

Ein wesentlicher Bestandteil eines jeden Arbeitsverhältnisses ist das **Direktionsrecht** nach § 106 GewO i. V. m § 315 BGB. Der Arbeitgeber kann demnach Inhalt, Ort und Zeit der Arbeitsleistung nach billigem Ermessen näher bestimmen, soweit diese Arbeitsbedingungen nicht durch bereits existierende Regelungen bzw. höherrangiges Recht festgelegt sind.⁹ Aus dem Direktionsrecht lassen sich für den Arbeitgeber konkrete Handlungsformen ableiten. Relevant sind im Umgang mit Suchtmittelkonsumenten dabei:

⁵ ebd.

⁶ Hoffmann, Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst, S. 141; Schulte in: Groeger, Arbeitsrecht im ö.D., Teil 4B, RN 87.

⁷ BAG, 12.8.1999 - 2 AZR 55/99, BB 1999, 2564.

⁸ Vgl. § 3 IV TVöD.

⁹ Laber in: Groeger, Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst, Teil 3D, RN 1 ff.

Erlass von **Verhaltensrichtlinien**: Drogen- oder Alkoholverbote in Form von Dienstvereinbarungen¹⁰

Umsetzung des betroffenen Mitarbeiters.

Die **Umsetzung** ist durch den Wechsel des konkreten Arbeitsplatzes und der Tätigkeit innerhalb der Dienststelle gekennzeichnet.¹¹ Die Ausübung des Direktionsrechts ist stets mit einer Ermessensentscheidung verbunden. Hierbei muss die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers beachtet werden, da konkrete Umstände das Ermessen gegebenenfalls reduzieren und den Arbeitgeber zu einer bestimmten Ausübung des Direktionsrechts verpflichten können.¹² Zu den Voraussetzungen vgl. BAG 18.10.2017, Az: 10 AZR 330/16.

Ebenfalls vom Direktionsrecht gedeckt ist die **Versetzung** und die **Abordnung**. Diese Maßnahmen sind durch einen Dienststellenwechsel gekennzeichnet und nur bei dienstlichen oder betrieblichen Gründen denkbar¹³, sodass diese Maßnahmen im Umgang mit einem Suchtmittelkonsumenten nicht in Betracht kommen.

Nicht vom Direktionsrecht gedeckt ist hingegen die Zuweisung von Tätigkeiten einer niedrigeren Entgeltgruppe, da der Arbeitnehmer einen Anspruch auf gleichwertige Tätigkeiten hat.¹⁴ Eine solche „Herabgruppierung“ ist nur in Form eines **einvernehmlichen Änderungsvertrags** möglich.¹⁵ Stimmt der Arbeitnehmer einer solchen Maßnahme jedoch nicht zu, wäre dieser Weg nur durch eine **Änderungskündigung** denkbar, der jedoch in diesem Zusammenhang keine praktische Rolle spielen dürfte. Es handelt sich dabei um die Kündigung des gesamten Arbeitsvertrags, wobei zeitgleich die Fortsetzung des Vertrags unter geänderten Bedingungen angeboten wird. Für eine Änderungskündigung finden allerdings die Bestimmungen des Kündigungsschutzgesetzes (KSchG) Anwendung, sodass auch die Änderungskündigung im Sinne des KSchG sozial gerechtfertigt sein muss (vgl. § 1 II S. 1-3, § 2 KSchG).

Die **Kündigung** des abhängigen Arbeitnehmers stellt das härteste Mittel dar und sollte erst dann ausgesprochen werden, wenn mildere Mittel keine Wirkung erzielt haben.¹⁶ Soll ein suchtmittelab-

¹⁰ Siehe dazu Kapitel 7.3.

¹¹ Laber in: Groeger, Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst, Teil 3D, RN 38 ff.

¹² ebd. RN 31. Vgl. zu den Voraussetzungen BAG 18.10.2017, Az.: 10 AZR 330/16

¹³ Vgl. § 4 Abs.1 TVöD.

¹⁴ Laber in: Groeger, Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst, Teil 3D, RN 57.

¹⁵ Hunold/Wetzling, Umgang mit leistungsschwachen Mitarbeitern, S. 227.

¹⁶ Lepke, Kündigung bei Krankheit, RN 402.

hängiger Arbeitnehmer gekündigt werden, stehen dem Arbeitgeber verschiedene Kündigungsformen zur Verfügung:

Bei einer **verhaltensbedingten Kündigung** wird dem Arbeitnehmer ein vertragswidriges Verhalten zur Last gelegt, welches er selber steuern kann.¹⁷ Dies scheint dem Krankheitsbild der Abhängigkeit meist nicht zu entsprechen. In aller Regel wird im Falle einer Suchtmittelabhängigkeit daher eine **personenbedingte Kündigung** in Betracht gezogen. Nach ständiger Rechtsprechung des BAG erfolgt die Beurteilung dabei nach den Grundsätzen, die in der Vergangenheit für die krankheitsbedingte Kündigung entwickelt worden sind.¹⁸ Neben allgemeinen Regelungen, wie Form- und Fristvorschriften, sind bei der krankheitsbedingten Kündigung als Sonderfall der personenbedingten Kündigung folgende besondere Voraussetzungen zu prüfen:

- Negative Zukunftsprognose
- Erhebliche Beeinträchtigung betrieblicher Interessen
- Interessenabwägung¹⁹

Eine **außerordentliche Kündigung** ist zwar nicht ausgeschlossen, jedoch stellt diese einen Ausnahmefall dar. Als Folge des Ultima-Ratio-Prinzips stellt die außerordentliche Kündigung für den Arbeitgeber stets das letzte Mittel dar.²⁰ Gemäß § 626 Abs. 1 BGB kann diese nur dann ausgesprochen werden, wenn dem Arbeitgeber die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile nicht zuzumuten wäre.²¹

Letztendlich sollten Vorgesetzte auf die weitreichende Wirkung der **Fürsorgepflicht** aufmerksam gemacht werden, da diese insbesondere im Umgang mit Suchtmittelkonsumenten eine wichtige Rolle einnimmt. Sollte ein Mitarbeiter alkoholisiert oder unter Drogen-/ Medikamenteneinfluss am Arbeitsplatz erscheinen, so muss dieser nach Hause geschickt werden. Aus der Fürsorgepflicht heraus entsteht dabei die Pflicht des Vorgesetzten, sich um den sicheren Heimweg des Betroffenen zu bemühen und beispielsweise zu verhindern, dass dieser den Heimweg mit dem Auto antritt.²² Weiterhin folgt aus dem Fürsorgeprinzip und Verhältnismäßigkeitserwägungen heraus, dass dem Arbeitnehmer Hilfsangebote zu machen sind, mithilfe derer eine mögliche Abhängigkeit bekämpft

¹⁷ Hey/Linse, BB 2012, 2884.

¹⁸ BAG 2 AZR 123/99 Urteil v. 16.09.1999- NZA 2000, 141; BAG 2 AZR 210/86 Urteil v. 09.04.1987- NZA 1987, 811

¹⁹ Hey/Linse, BB 2012, 2885, Hoffmann, Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst S. 144 ff.

²⁰ Lepke, Kündigung bei Krankheit, RN 404.

²¹ Schulte in: Groeger, Arbeitsrecht im ö.D., Teil 4B, RN 112 ff.

²² Kring, www.arbeitssicherheit.de.

werden kann. Arbeitsrechtliche Maßnahmen sollten aus personalwirtschaftlicher Sicht demnach nicht an erster Stelle stehen, sondern die Hilfe und Unterstützung des Betroffenen.²³

7.2 Beamtenrecht

Aus dem Art. 33 des GG lassen sich die meisten Rechte und Pflichten des Dienstherrn bzw. des Beamten ableiten. Gerade die verfassungsrechtlich verankerten hergebrachten Grundsätze sind von elementarer Bedeutung für das heutige Dienstrecht. Für die hier behandelte Thematik sind folgende Grundsätze von besonderer Relevanz:

- das achtungs- und vertrauenswürdige Verhalten des Beamten,
- die volle Hingabe an den Beruf und
- die sog. Fürsorgepflicht des Dienstherrn.

Der Gesetzgeber hat die Grundsätze vor allem im Bundesbeamtengesetz, Beamtenstatusgesetz bzw. in den entsprechenden landesrechtlichen Bestimmungen aufgenommen und teilweise konkretisiert. Für den Beamten ergeben sich daraus konkret u.a. die Gesunderhaltungspflicht und die Wohlverhaltenspflicht. Durch eine Suchtmittelabhängigkeit kann die sog. Dienstleistungspflicht beeinträchtigt werden, welche sich aus dem in der Verfassung verankerten Treueverhältnis ableitet. Konkretisiert wird diese Dienstleistungspflicht im § 34 Abs. 1 BeamStG. Aus der Dienstleistungspflicht leitet sich die sog. Gesunderhaltungspflicht ab. Der Gesunderhaltungspflicht entsprechend, muss der Beamte alles vermeiden was seiner dienstlichen Leistungsfähigkeit schaden könnte.²⁴ Dazu zählt z.B. die Herbeiführung einer Abhängigkeit durch den Konsum von Heroin oder Kokain.²⁵ Ein Konsum von Genussmitteln in Form von Alkohol und Tabak in einem normalen Umfang ist allerdings erlaubt.²⁶ Die Gesunderhaltungspflicht beinhaltet auch eine Mitwirkungspflicht, welche der Gesunderhaltung dienen soll. Demnach hat der Beamte sich gem. § 46 Abs. 7 BBG bzw. § 33 Abs. 1 LBG NRW bei berechtigten Zweifel über seine Dienstfähigkeit einer amtsärztlichen Untersuchung zu unterziehen. Solche berechtigten Zweifel könnten sich in Form von einer Schlechtleistung, alkoholbedingten bzw. alkoholisierten verspäteten Dienstantritt²⁷ oder durch Hinweise aus dem Kollegenkreis ergeben. Für die Übermittlung der sensiblen, gesundheitsbezogenen, erforderlichen Daten, bedarf es nach h. M. in der Regel in solchen Fällen einer ausdrücklichen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht des Amtsarztes. Sollte amtsärztlich eine Suchtmittelabhängigkeit festgestellt

²³ Vgl. Interventionsleitfaden für den öffentlichen Dienst der DHS, www.sucht-am-arbeitsplatz.de.

²⁴ Vgl. Leppek, Beamtenrecht, § 14

²⁵ BVerwG, Urt. vom 14.05.97-1 D 58/96

²⁶ vgl. Metzler-Müller K., Rieger R., Seeck E., Zentgraf R., Kommentar zum Beamtenstatusgesetz, § 34

²⁷ BVerwG, Urt. vom 05.10.93 – 1 D 31/92

worden sein, wird der Beamte in der Regel durch den Dienstherrn verpflichtet, sich - nach Anraten des Amtsarztes - einer Therapie zu unterziehen. Ziel dieser Therapie ist die Sicherstellung bzw. Erhaltung der Dienstfähigkeit. Die aktive Teilnahme während der Therapie ist für den Beamten verpflichtend.²⁸ Dem betroffenen Beamten einer Suchtmittelabhängigkeit begegnen nicht nur Pflichten, sondern auch Rechte gegenüber dem Dienstherrn. Die sog. Fürsorgepflicht des Dienstherrn resultiert aus dem verfassungsrechtlich bestehenden Dienst- und Treueverhältnis. Des Weiteren findet sich die Fürsorgepflicht im § 45 BeamStG wieder. Wie es die Rechtsprechung anerkannt hat, hat der Dienstherr über die Fürsorgepflicht das Leben und die Gesundheit des Beamten zu schützen²⁹, darunter fällt auch die Weisung zur amtsärztlichen Untersuchung. Die Fürsorgepflicht beinhaltet ebenfalls die Kostenübernahme durch den Dienstherrn für etwaige Rehabilitationsmaßnahmen und die Pflicht zur Erstellung eines Konzepts für das Gesundheitsmanagement gem. § 76 LBG NRW, worauf im Anschluss näher eingegangen wird. Durch die Einleitung eines Disziplinarverfahrens im Rahmen der einschlägigen Disziplinargesetze (z.B. LDG NRW) können Pflichtverletzungen aufgearbeitet werden. Am Ende besteht die Möglichkeit das Disziplinarverfahren einzustellen oder die Sanktionierung der Pflichtverletzung. Dem Dienstherrn stehen dann, je nach Einzelfallbeurteilung, verschiedene Sanktionsmaßnahmen zur Verfügung wie z.B. Verweis, Geldbuße, Kürzung der Dienstbezüge, Zurückstufung und Entfernung aus dem Beamtenverhältnis. Besteht eine Verletzung der Fürsorgepflicht durch den Dienstherrn, können durch den Beamten gegenüber dem Dienstherrn, u. U., Schadensersatzforderungen im Sinne des BGB geltend gemacht werden.

7.3 Dienstvereinbarungen

Um einen Überblick über verschiedene Dienstvereinbarungen zum Thema Sucht zu erhalten, wurden die Dienstvereinbarungen der Städte Essen (Stadtverwaltung Essen, 2005), München (Stadtverwaltung München, 2007) und Wolfsburg (Stadtverwaltung Wolfsburg, 2000) sowie die Dienstvereinbarungen des Kreises Recklinghausen (Kreisverwaltung Recklinghausen, 1997) und des Landesbetriebes Straßen NRW (Land NRW, 2006) miteinander verglichen. Alle Dienstvereinbarungen weisen einen ähnlichen Aufbau auf. Die Dienstvereinbarung „Sucht“ der Stadt Wolfsburg ist die einzige Dienstvereinbarung, welche in einer weitergefassten Dienstvereinbarung (argus) integriert ist. argus ist eine Dienstvereinbarung, welche sich mit den Themen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und Schwerbehindertenförderung befasst. Das Themenfeld „Sucht“ wird hier eher oberflächlich und kurz erläutert. Hinweise zur Nachsorge oder ähnlichem werden nicht gegeben.

²⁸Bundesdisziplinargericht Urteil vom 15.9.1999 - XVI VL 2/99

²⁹BVerwGE 25, 141.

7.3.1 Gründe für die Einführung von Dienstvereinbarungen zum Thema „Sucht“

Die Gründe für die Einführung von Dienstvereinbarungen zum Thema Sucht sind vielfältig und von hoher Bedeutung.

Wie bereits in vorherigen Kapiteln dargelegt, stellen der Suchtmittelmissbrauch und die Suchtmittelabhängigkeit auch in den Kommunalverwaltungen ein großes und alarmierendes Problem dar. Nicht allein auf Grund der im vorherigen Kapitel beschriebenen Fürsorgepflicht ist die kontinuierliche fachliche Auseinandersetzung mit diesem Themenfeld gerade in der Arbeitswelt von hoher Bedeutung. Die Auswirkungen und die Anzeichen für eine länger andauernde Abhängigkeitserkrankung sind vielfältig und in ihren Konsequenzen sowohl privat als auch beruflich höchst problematisch. Diese können sein:

- Abhängigkeitsbedingte Persönlichkeitsveränderungen,
- nachlassende Leistungsfähigkeit,
- fehlende Sorgfalt,
- Ausfallzeiten am Arbeitsplatz,
- abnehmendes Realitätsbewusstsein.

Bereits bestehende Dienstvereinbarungen haben in der Vergangenheit gezeigt, dass diese sowohl als Unterstützung für den Vorgesetzten als auch für den Betroffenen besonders hilfreich sind. Dies ist unter anderem darin begründet, dass neben der mit der Einführung verbundenen Gleichheit für alle Betroffenen auch Leitsätze wie

- „Ignoranz, Wegschauen und Toleranz stellen keine Hilfen dar“ und
- „Helfen statt Disziplinieren“

für bereits betroffene Mitarbeiter, aber auch für die Prävention von Suchtmittelerkrankungen, von hoher Bedeutung sind.

7.3.2 Aufbau von Dienstvereinbarungen

Bei dem Vergleich der verschiedenen Dienstvereinbarungen der oben genannten Kommunen, Kreise und Landesbetriebe stellte sich ein ähnlicher Aufbau dar.

Präambel

In der Präambel werden zunächst die Inhalte der vorliegenden Dienstvereinbarung und Informationen zum Thema Sucht allgemein dargestellt. Hinweise auf personalrechtliche Maßnahmen bei Nichtbeachtung der Dienstvereinbarung und die Vorbildfunktion der Vorgesetzten und der damit einhergehenden besonderen Verantwortung gegenüber der Mitarbeitenden sind elementare Säulen der Dienstvereinbarung. Ebenfalls in der Präambel genannt werden neben den Kosten und der Anzahl der Betroffenen auch die weiteren, neben dem Vorgesetzten und dem Betroffenen, Beteiligten in einem möglichen Verfahren.

Geltungsbereich

Der Geltungsbereich der Dienstvereinbarungen umfasst alle Beschäftigten und Beamten/innen in den jeweiligen Dienststellen. Abweichende Regelungen für Auszubildende und Mitarbeiter in Probezeiten sind hier ebenfalls hinterlegt. Die verglichenen Dienstvereinbarungen befassen sich ausschließlich mit Suchtmitteln wie Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen. Andere Suchtmittelerkrankungen werden nur in der Dienstvereinbarung der Stadt München erwähnt.

Ziele der Dienstvereinbarungen

Zu den Zielen der Dienstvereinbarungen zählen unter anderem die Vorbeugung durch mittel-/langfristige Einstellungsveränderungen hinsichtlich des Umgangs mit Suchtmitteln und die Anleitung zu einem angemessenen Umgang mit Suchtmittelgefährdeten. Weiterhin sollen suchtbedingte Störungen des Dienstbetriebes vermieden und ein Beitrag zur Arbeitssicherheit und zum Arbeitsfrieden geschaffen werden. Ein weiteres Ziel ist es, den Vorgesetzten und den Kollegen eines Betroffenen suchtmittelspezifische Richtlinien und Handlungsvorlagen für die Bewältigung von suchtmittelbedingten Konflikten an die Hand zu geben.

Gebrauch von Suchtmitteln während des Dienstes

Die Dienstvereinbarungen sprechen ein striktes Konsumverbot von Suchtmitteln während der Dienstzeit innerhalb und außerhalb der Diensträume aus. Dies schließt auch die Pausenzeiten ein. Auch der Dienstantritt unter der Wirkung von Suchtmitteln wird verboten. Ausnahmen, welche durch einen Amtsleiter oder einen Dezernenten ausgesprochen werden können, sind nur bei Betriebsausflügen/-festen oder repräsentativen Anlässen möglich.

Nennung der Beteiligten

Neben den Beteiligten, welche in der Präambel bereits genannt wurden, muss bei der Stadt Essen noch die Beratungsstelle ImPuls einschaltet und hinzugezogen werden.

Qualifizierungen und Schulungen

Die Qualifizierungen und Schulungen sind für Führungskräfte verpflichtend und bindend. Es bestehen jedoch auch Teilnahmemöglichkeiten für Personalvertretungen und für interessierte Multiplika-

toren aus den Kreisen der Mitarbeiter. In den Qualifizierungen werden unter anderem Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Außerdem finden Schulungen über Gesprächsführung statt.

Vorgehensweise bei Auffälligkeiten

Die Dienstvereinbarungen beschreiben grundsätzlich das Verhalten im Umgang mit suchtmittelabhängigen Mitarbeitenden vor arbeits- oder dienstrechtlichen Maßnahmen. Das vierstufige Stufenmodell (Kapitel 8) bietet hier die Grundlage für einen möglichen Gesprächsverlauf. Besonderheiten liegen hier nur bei der Stadt Essen und der Stadt München vor. Die Stadt Essen schließt das Verfahren bereits nach der dritten Stufe ab. In München arbeiten die Beteiligten mit sechststufigen Verfahren.

Liegen zwei Monate zwischen dem letzten und dem aktuellen Verstoß gegen die Vereinbarungen, berät sich die Führungskraft mit dem Dienststellenleiter über das weitere Vorgehen.

Nachsorge/Wiedereingliederung/Wiedereinstellung

Um bei einem möglichen Rückfall direkt handeln zu können, werden im Rahmen der Nachsorgen weiterhin Gespräche zwischen dem Betroffenen und dem Vorgesetzten geführt. Die Wiedereingliederung dient dem langsamen Heranführen in den vorherigen Stand der Arbeitsleistung. Eine Wiedereinstellung nach erfolgter Kündigung ist frühestens nach einem Jahr nach Entlassung und unter Nachweis einer suchtmittelfreien Lebensweise möglich.

Inkrafttreten

Alle Dienstvereinbarungen schließen mit einem Inkrafttreten-Datum ab. Bei den verglichenen Dienstvereinbarungen existiert eine Spanne von ca. 10 Jahren (1997 – 2007).

Anhang

Die Dienstvereinbarung der Stadt München hat zusätzlich zur allgemeinen Dienstvereinbarung noch einen Anhang hinterlegt. In diesem Anhang werden Anschriften und Telefonnummer von Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen genannt.

8 Gesprächstechniken

Um als Führungskraft mit einem Mitarbeiter über sensible Themen, wie z.B. einer Suchtproblematik sprechen zu können, bedarf es nicht nur einer guten Vorbereitung, sondern auch grundsätzlicher Verhaltensregeln zur Gesprächsführung.

Gesprächsvorbereitung

- Für die Vorbereitung sollte ausreichend Zeit eingeplant werden.

- Um im Gespräch Sorgen begründen zu können, ist es unerlässlich vorher Fakten zusammenzutragen. Hierbei kann sich eigener Beobachtungen oder Beobachtungen anderer Mitarbeiter bedient werden. Wichtig ist nur, diese festzuhalten, vorher noch einmal zu lesen und sie gesammelt mit ins Gespräch zu nehmen.
- Um den Mitarbeiter auch Unterstützung anbieten zu können, sollte eine Recherche über Hilfsangebote erfolgen. Hierzu können Informationsmaterialien vor dem Gespräch beschafft werden.
- Auch die betriebliche Beratungsstelle kann den Vorgesetzten dabei unterstützen. Hier kann sich die Führungskraft auch über mögliche arbeitsrechtliche Maßnahmen informieren, um Unsicherheiten im Gespräch zu vermeiden.
- Für das Gespräch selbst ist es wichtig ausreichend Zeit einzuplanen und eine ungestörte Atmosphäre zu schaffen. Dies bedeutet z.B. das Telefon stumm zu schalten und Störungen durch andere Mitarbeiter zu vermeiden.
- Als vorbereitende Unterstützung kann ein vorgefertigter Gesprächsleitfaden dienen. Dieser hilft der Führungskraft einen roten Faden zu behalten und gibt zusätzlich Sicherheit im Gespräch (BARMER/DHS, 2014, S. 31).

Ein möglicher Gesprächsleitfaden könnte wie in der folgenden Grafik aussehen.

| Gesprächsablauf | Formulierungsbeispiele |
|---|---|
| Begrüßung | Guten Tag Herr X / Frau Y, Schön, dass Sie da sind- Nehmen Sie doch bitte Platz |
| Sorge Bekunden | Ich mache mir Sorgen um Sie... |
| Auffälligkeiten | Mir ist aufgefallen, dass Sie seit längerer Zeit unkonzentriert und angeschlagen wirken und vermehrt fehlen. |
| Fakten | Ich kenne Sie als zuverlässigen Mitarbeiter. Aktuelle haben sich jedoch in Ihrem Sachgebiet Postrückstände gebildet. |
| Hilfeangebote | Gibt es aktuell persönliche oder berufliche Probleme über die Sie reden möchten und bei denen ich Ihnen helfen kann? |
| Konkrete Vereinbarungen Treffen | Herr X/Frau Y ich muss Sie darum bitten dieses Verhalten zu ändern und Ihre Arbeitsleistung wieder zu verbessern. |
| Weiteren Gesprächstermin vereinbaren | Herr X / Frau Y gerne würde ich mich mit Ihnen erneut in 4 Wochen zusammensetzen um noch einmal ein Reflexionsgespräch zu führen. |

Abbildung 16 - Beispielhafter Gesprächsleitfaden – Eigene Darstellung

Grundsätzliche Verhaltensregeln einer Gesprächsführung

Zu den Verhaltensregeln einer erfolgreichen Gesprächsführung zählt vor allem ein gutes **Gesprächsklima** zu schaffen und dem Mitarbeiter dabei die Sorge um ihn authentisch zu vermitteln. Das Gespräch sollte dabei nicht in Schuldzuweisungen oder endlosen Diskussionen enden, sondern sachlich ablaufen. „Der kommunikative Prozess wird durch kommunikative Handlungen beeinflusst, die auf den Gesprächsverlauf entweder fördernd oder hemmend wirken können“ (Bäumer und Voelker, 2010, S. 42).

Gespräche fördern kann der **Aspekt des „Zuhörens“**. Hierbei sollte zunächst der Gesprächspartner Zeit haben seine Ansichten und Sichtweisen mitzuteilen um sich seinem Gegenüber, in diesem Fall seinem Vorgesetzten, öffnen zu können. In dem Gespräch sollte die Führungskraft sogenannte **„Ich-Botschaften“** senden. Das heißt in der „Ich-Form“ sprechen um somit die eigene Person in das Gespräch mit einzubringen. Weitere positive Aspekte sind zu **„paraphrasieren“** und **„Respekt zu zeigen“**. Hierbei sollte die Führungskraft das Gesagte sachlich wiedergeben und die wichtigsten Fakten wiederholen. Somit werden auch Missverständnisse direkt geklärt. Auch **„Rückfragen“** können das Gespräch fördern und Verständnisprobleme lösen. Zudem unterstützt es den Reflexionsprozess beim Mitarbeiter. Als letzter wichtiger Aspekt sei das **„Fokussieren“** zu nennen. Es ist wichtig sich auf sein Gegenüber zu konzentrieren und die Aufmerksamkeit auf seine Aussagen zu legen (Bäumer und Voelker, 2010, S. 42).

Dagegen können Gespräche unter anderem durch Aspekte, wie das „ständige Unterbrechen“, das „Bewerten von Aussagen“ und die „Unkonzentriertheit während des Gesprächs“ gehemmt werden. Hierbei wird dem Gegenüber wenig Respekt entgegengebracht, was für eine offene Gesprächsführung kontraproduktiv ist. Zudem ist es nicht förderlich „Du-Botschaften“ zu senden. Diese klingen schnell vorwurfsvoll und könnten daher vom Gegenüber als Schuldzuweisung aufgefasst werden. Auch nicht vorteilhaft sind „eigene Erfahrungen und Ratschläge“ in den Vordergrund zu stellen. Oftmals lassen sich diese nicht auf die Lösungsansätze des Gegenübers übertragen (Bäumer und Voelker, 2010, S. 42).

Weitere zentrale Elemente der Gesprächsführung, die den Prozess einer erfolgreichen Gesprächstechnik unterstützen, können aus der folgenden Grafik entnommen werden.

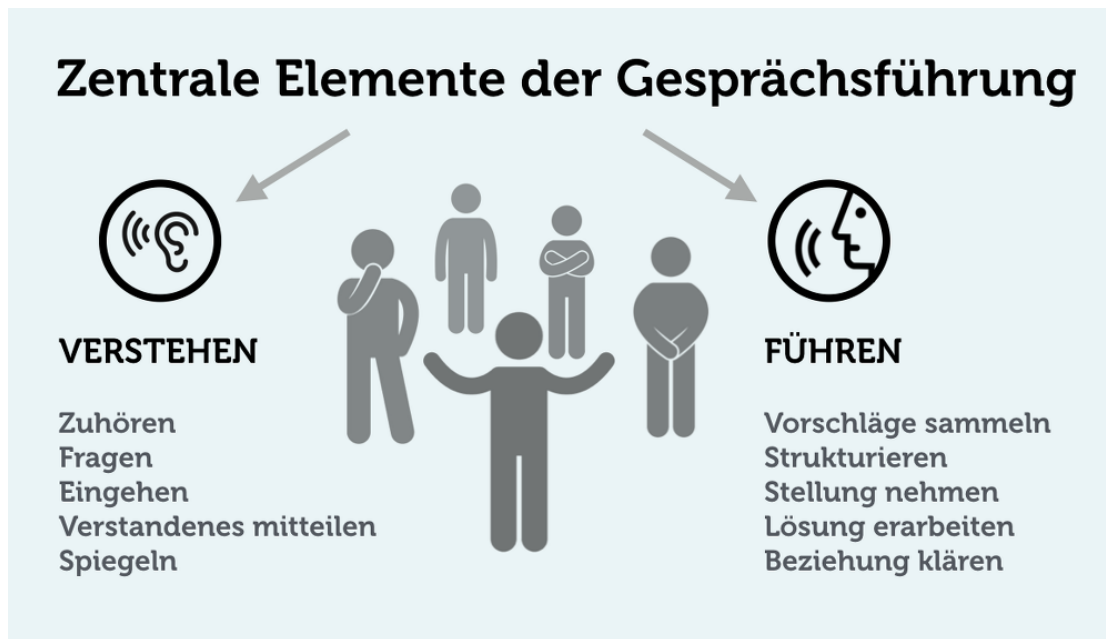


Abbildung 17 - Zentrale Elemente der Gesprächsführung. (Mai, J. (2016). Gesprächsführung: Regeln, Methoden, Fragen, vom 23.07.2016. URL: <http://karrierebibel.de/gespraechsfuehrung/> (aufgerufen 17.02.2017))

Das gestufte Verfahren besteht aus verschiedenen Stufenplangesprächen.

„Stufenplangespräche setzen dort an, wo gegen arbeitsvertragliche oder dienstrechtliche Pflichten verstoßen wird oder diese in Verbindung mit dem Gebrauch von Suchtmitteln oder suchtbedingten Verhalten vernachlässigt werden. Ziel der betrieblichen Intervention ist eine Korrektur des Arbeits- und Leistungsverhalten. Die angesprochenen Beschäftigten erhalten ein Hilfeangebot, um sich frühzeitig intern oder extern über Gefährdungen informieren und beraten zu lassen. Ihnen wird empfohlen, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn die Veränderung ihres Verhaltens aus eigener Kraft nicht gelingt, z. B. bei Suchtgefährdung oder einer Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wird ihnen betriebliche Unterstützung zugesagt“ (DHS, 2016, S. 132).

In der aktuellen Literatur besteht das gestufte Verfahren aus fünf Gesprächen. Dies sind allerdings nur Beispiele und die Behörden/Betriebe können sich danach richten, aber auch ein eigenes Muster für das gestufte Verfahren erstellen. Diese werden meistens in Dienstvereinbarungen zum Thema Sucht behandelt. Der konstruktive Leistungsdruck wird im Rahmen des gestuften Verfahrens kontinuierlich erhöht. Um dieses zu belegen, werden im Folgenden die einzelnen Gespräche erläutert und mit Abbildungen veranschaulicht.

| 1. Stufe | |
|-----------------------------------|--|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> • Direkte/r Vorgesetzte/r • Betroffene/r |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> • Hinweise oder Anzeichen auf Suchtmittelmissbrauch |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsleistung verbessern • Fehlverhalten einstellen • Gemeinsame Absprache |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Niederschrift • Erläuterung möglicher arbeits- bzw. dienstrechtlicher Konsequenzen (Stufenplan) |
| Hilfsangebote | <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung Arzt oder Suchtberatungsstelle aufzusuchen |

Abbildung 18 - 1. Stufe des gestuften Verfahrens

Das erste Gespräch ist vertraulich und wird nur zwischen dem Vorgesetzten und dem Mitarbeiter geführt. Es hat keine personellen Konsequenzen. Die Führungskraft notiert lediglich das Datum und das Ergebnis des Gespräches. Hierbei ist wichtig, dass konkrete Fakten, Zeit, Ort und Vorfall benannt werden können und zum Ausdruck kommt, dass sich der Vorgesetzte Sorgen macht (BAR-MER/DHS, 2014, S. 18).

| 2. Stufe | | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|-----------------------------------|--|---|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> • Direkte/r Vorgesetzte/r • Betroffene/r • Vertreter/in der Personalabteilung • Auf Wunsch Personalvertreter/in | |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> • nach 6 – 8 Wochen | |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsleistung verbessern • Fehlverhalten einstellen • Gemeinsame Absprache | } Ermahnung |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Aktennotiz • Anhörung/Entwurf Belehrung • Aufklärung möglicher arbeits- bzw. dienstrechtlicher Konsequenzen | |
| Hilfsangebote | <ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Fachkliniken (Adressen und Infomaterial) | |

Abbildung 19 - Stufe des gestuften Verfahrens

In dem zweiten Gespräch nehmen mehr Teilnehmer teil. Auch das soll den Leidensdruck erhöhen. Neue Fakten werden benannt und ein Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten wird erneut aufgezeigt. Es werden weitere Konsequenzen aufgezeigt und das Gespräch wird als Ermahnung schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet (BARMER/DHS, 2014, S. 18).

| 3. Stufe | | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|-----------|--|
| Wer | | <ul style="list-style-type: none"> Wie im zweiten Gespräch |
| Wann | | <ul style="list-style-type: none"> nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | | <ul style="list-style-type: none"> Auseinandersetzung und Durchführung einer therapeutischen Maßnahme Anschluss einer Selbsthilfegruppe <div style="position: relative; top: -40px; left: 650px;"> dringende Empfehlung </div> |
| Disziplinarische Maßnahmen | Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Abmahnung/Rüge Androhung weiterer dienst- bzw. arbeitsrechtlicher Maßnahmen |

Abbildung 20 - Stufe des gestuften Verfahrens

Bei dem dritten Gespräch wird eine dringende Empfehlung ausgesprochen, eine Beratungsstelle aufzusuchen. „Sofern arbeitsrechtlich die Voraussetzungen dafür vorliegen, wird bei Tarifbeschäftigten eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen ausgesprochen. Die schriftliche Abmahnung wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung erteilt“ (BARMER/DHS, 2014, S. 18). Wenn aus Sicht des Beschäftigten weder eine Suchtgefährdung noch eine -krankheit vorliegt, wird deutlich gemacht, dass weitere Verletzungen arbeitsvertraglicher Pflichten am Arbeitsplatz zur Kündigung bzw. disziplinarischen Konsequenzen führen können. Legt der Beschäftigte allerdings dar, dass das Fehlverhalten auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird er aufgefordert, sich in eine Suchtberatung bzw. -therapie zu begeben. Ihm wird Unterstützung zugesichert (BARMER/DHS, 2014, S. 18).

| 4. Stufe | | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|-----------|--|
| Wer | | <ul style="list-style-type: none"> Wie im zweiten Gespräch |
| Wann | | <ul style="list-style-type: none"> nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | | <ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Aufforderung eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben |
| Disziplinarische Maßnahmen | Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Klarstellung, dass Arbeitgeber nicht länger bereit ist, Fehlverhalten hinzunehmen Hinweis auf weitere dienst- oder arbeitsrechtliche Maßnahmen (krankheitsbedingte Kündigung) Liegt nach Auskunft des Beschäftigten keine Suchterkrankung vor → 2. Abmahnung |

Abbildung 21 - Stufe des gestuften Verfahrens

In dem vierten Gespräch erfolgt schriftlich die dringende Empfehlung/Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, sofern der Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht (mehr) in Anspruch nimmt. Eine Suchtgefährdung kann nicht mehr ausgeschlossen werden. „Der Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen, dass der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen und dass im Falle einer Suchterkrankung die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und u.U. eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann“ (BARMER/DHS, 2014, S. 19). Es können weitere personelle Konsequenzen in Form von besonderen Auflagen vereinbart werden, wie z.B. die Meldung beim Vorgesetzten bei Arbeitsantritt. Außerdem können die Voraussetzungen für eine Umsetzung und Änderungskündigung mit Herabgruppierung geprüft werden (BARMER/DHS, 2014, S. 19).

| 5. Stufe | | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|--|--|
| Wer | | <ul style="list-style-type: none">• Wie im zweiten Gespräch |
| Wann | | <ul style="list-style-type: none">• nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | | <ul style="list-style-type: none">• Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie können im Einzelfall getroffen werden |
| Disziplinarische Maßnahmen | | <ul style="list-style-type: none">• Personalabteilung leitet das Kündigungsverfahren ein |

Abbildung 22 - Stufe des gestuften Verfahrens

Im fünften Gespräch leitet die Personalabteilung das Kündigungsverfahren ein, wenn die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen werden. Im Einzelfall können Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie getroffen werden (BARMER/DHS, 2014, S. 19).

Bei positiver Verhaltensänderung nach einem Stufengespräch und keinen weiteren Auffälligkeiten kann nach jeder Stufe ein Rückmeldegespräch stattfinden. Es sind keine arbeitsrechtlichen Folgen mehr zu erwarten. Das Rückmeldegespräch wird je nach Lage des Einzelfalls in einem sinnvollen Abstand zum Stufengespräch angesetzt und ggf. vierteljährlich bis zum Ablauf eines Jahres durchgeführt, um eine erneute Krankheit/Abhängigkeit ausschließen zu können. „Ziel dieses Gespräches ist es, eine Rückmeldung über die Einhaltung der Absprachen sowie über die als positiv wahrgenommenen Veränderungen zu geben. Bei erneuter Auffälligkeit wird dagegen das nächste Stufengespräch eingeleitet“ (BARMER/DHS, 2014, S19).

9 Literaturverzeichnis

BARMER GEK, DHS: Alkohol am Arbeitsplatz – Eine Praxishilfe für Führungskräfte, 4. aktualisierte Auflage, Dortmund 2014.

Batthyány, Dominik (Hg.) (2009): Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Unter Mitarbeit von Böning, J. & Grüsser-Sinopoli, S.: Springer.

Bäumer, Friederike; Voelker, Claudia (Hg.) (2010): Kommunikation. 1. Aufl., Dr. Köln: Cornelsen (Physiotherapie).

Bell, Andreas (2014): Philosophie der Sucht. Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken. Zugl.: Frankfurt (Main), Philos.-Theol. Hochsch. St. Georgen, Diss., 2014. Wiesbaden: Springer VS.

Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg (2001): Dienstvereinbarung Sucht. Berlin.

BKE (Hg.) (2017a): Blaues Kreuz Deutschland: Informationen für Angehörige. Online verfügbar unter <http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-angehoerige.html>, zuletzt geprüft am 07.03.2017.

BKE (Hg.) (2017b): Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche Bundesverband e.V. - Angehörige | Co-Abhängigkeit. Online verfügbar unter <http://www.bke-suchtselbsthilfe.de/vielfalt-leben/angehoerige-co-abhaengig>, zuletzt geprüft am 21.03.2017.

BMG (2015): Alkohol. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/alkohol.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Bundesverband für stationäre Suchthilfe e.V. (Hg.) (2017): www.suchthilfe.de. Online verfügbar unter <https://suchthilfe.de/therapie/index.php>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017a): Alkoholgehalt berechnen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online verfügbar unter http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/haeufige-fragen/wie-berechnet-man-die-alkoholmenge-in-gramm/#%C2%AC%C2%AC_, zuletzt aktualisiert am 30.01.2017, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017b): Alkoholwissen kompakt - Alkohol? Kenn Dein Limit! Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online verfügbar unter <https://www.kenn-dein->

limit.de/alkohol/alkoholwissen-kompakt/#_, zuletzt aktualisiert am 30.01.2017, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017c): Blutalkoholkonzentration: Promilleberechnung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online verfügbar unter http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/haeufige-fragen/was-ist-die-blutalkoholkonzentration/#%C2%AC%C2%AC_, zuletzt aktualisiert am 30.01.2017, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017d): Riskanter Konsum - Alkohol? Kenn Dein Limit! Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Online verfügbar unter https://www.kenn-dein-limit.de/alkohol/riskanter-konsum/#_, zuletzt aktualisiert am 30.01.2017, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017e): Alles über Cannabis. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.drugcom.de/drogen/alles-ueber-cannabis/>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017f): Die Drogen (Alkohol, Nikotin, Opiate, Ecstasy, Cannabis, Halluzinogene, Speed). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.drugcom.de/drogen/>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZgA (2017g): Was passiert bei einer Therapie? Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.drugcom.de/haeufig-gestellte-fragen/fragen-zu-beratung-und-therapie/was-passiert-bei-einer-therapie/>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

BZpB (2008): Droge Alkohol. ApuZ 28/2008. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/apuz/31096/droge-alkohol>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Danigel, Cornelia; Heegner, Sabine (2016): Sucht und Suchtmittelmissbrauch. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_mbf_bvd_330.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Darke, Shane; Pelzer, Barthold (2013): Heroinabhängigkeit im Lebenslauf. Typische Biografien, Verläufe und Ergebnisse. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Psychiatrie).

Demmel, Ralf (2012): Motivational Interviewing - Psychotherapie auf Augenhöhe. In: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 38–45.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg.): Situation und Perspektive der Suchtkrankenhilfe. Online verfügbar unter

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Beratungsstellen/Situation_und_Perspektiven_2001.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): Entwöhnungsbehandlung - ein Weg aus der Sucht. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/232574/publicationFile/51584/entwoehnungsbehandlung.pdf>, zuletzt geprüft am 18.02.2017.

DHS (2017a): Alkohol. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Online verfügbar unter <http://www.dhs.de/suchstoffe-verhalten/alkohol.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

DHS (2017b): Alkohol. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Online verfügbar unter <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

DHS (2016a): Alkohol. Basisinformationen. 13. Auflage. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2016b): Alkohol. Die Sucht und ihre Stoffe. Eine Informationsreihe über die gebräuchlichen Suchtstoffe. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2015a): Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. 6. Auflage. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS (1).

DHS (2015b): Benzodiazepine (Beruhigungs- und Schlafmittel). Die Sucht und ihre Stoffe 1., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2016d): Medikamente Basisinformationen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2016e): Medikamente. Gemeinsam achtgeben. Gemeinsam Lösungen finden. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2016f): Medikamentenabhängigkeit. Informationen und Hilfen. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2015c): Schmerzmittel. Die Sucht und ihre Stoffe 7. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2016c): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Personalverantwortliche. 11. Auflage. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm: DHS.

DHS (2014a): Alkohol am Arbeitsplatz. Die Auswirkungen von Alkoholkonsum. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Online verfügbar unter

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/2014_Alkohol-am-Arbeitsplatz.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

DHS (2014b): Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Online verfügbar unter

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Praeventionspapier_2.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

DHS (2017): Vorbeugung & Prävention. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Online verfügbar unter <http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de/themen/vorbeugung/vorbeugung-praevention/>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Dilling, Horst (Hg.) (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Unter Mitarbeit von W. Mombour, M. H. Schmidt und E. Schulte-Markwort. Weltgesundheitsorganisation. 9. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014. Bern: Huber.

Effertz, Tobias (2015): Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt am Main: PL Academic Research Imprint der Peter Lang GmbH (Ökonomische Analyse des Rechts, Band 15). Online verfügbar unter

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1029037>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Elsesser, Karin; Sartory, Gudrun (2005): Ratgeber Medikamentenabhängigkeit. Informationen für Betroffene und Angehörige. Göttingen: Hogrefe (Ratgeber zur Reihe Fortschritte in der Psychotherapie, 6). Online verfügbar unter http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?id=2617679&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm, zuletzt geprüft am 21.03.2017.

Fachverband Sucht e. V. (2017): Home. Online verfügbar unter <http://www.sucht.de/index.php>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Flassbeck, Jens (2011): Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. 1. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Freie Hansestadt Bremen (2012): Dienstvereinbarung zur Suchtprävention und zum Umgang mit Auffälligkeiten am Arbeitsplatz. Online verfügbar unter <https://www.uni->

bremen.de/fileadmin/user_upload/single_sites/suchtpraevention/DVSucht.pdf, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Gerginov, D. (2013): Konsum: Eine wichtige Definition. Online verfügbar unter <http://www.gevestor.de/details/konsum-eine-definition-662642.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Groeger, Axel (Hg.) (2012): Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst. Unter Mitarbeit von Christian Betz-Rehm, Martin Brock, Detlef Grimm, Axel Groeger, Peter Hauck-Scholz, Heinz-Jürgen Kalb et al. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage, digitale Originalausgabe. Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt.

Gross, Werner (2016): Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin & Heidelberg: Springer.

Grosshans, Martin; Mann, Karl (2012): Alkohol. In: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter ; 52 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 73–99.

Hallmann, Hans-Jürgen; Holterhoff-Schulte, Ingeborg; Merfert-Diete, Christa (2007): Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention. Hamm, Hannover, Mülheim: DHS.

Hanke, M.; John, U. (2002): Alkohol-attributable Mortalität in Mecklenburg-Vorpommern. In: Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern 12 (8), S. 267–268.

Haufe-Lexware GmbH & Co. KG: Kündigung / 7.1 Alkohol- und Drogensucht.

Hautzinger, Martin (2012): Kognitive Therapie. In: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter; 52 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 46–50.

HDP Health Development Partners: Praesentismus-Definition. Online verfügbar unter <http://www.vitalwork.de/Box-Praesentismus-Definition.php>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Heinze, Gerhard; Reuß, Marion; Keller, Gerthold (2009): Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb. Begriffe, Prävention, rechtliche Konsequenzen. 3., neu bearb. Auflage. Berlin: Erich Schmidt.

Hey, Thomas; Linse, Carla (2012): Arbeitsrechtliche Anforderungen einer suchtbedingten Kündigung unter Berücksichtigung (auch zukünftiger) datenschutzrechtlicher Vorgaben: BB.

Hunold, Wolf; Wetzling, Frank (2011): Umgang mit leistungsschwachen Mitarbeitern. 2., aktual. und erw. Auflage. Frankfurt am Main: Verl. Recht und Wirtschaft (Schriften des Betriebs-Beraters - Besser Beraten).

Institut Suchtprävention (2016): Institut Suchtprävention: Der Begriff "Prävention". Online verfügbar unter <http://www.praevention.at/sucht-vorbeugung/begriffs-und-problemdefinitionen/der-begriff-praevention.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Kreisverwaltung Recklinghausen (1997): Dienstvereinbarung über den Umgang mit Suchtmitteln während der Dienstzeit und die Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker Beschäftigter bei der Kreisverwaltung Recklinghausen. Recklinghausen.

Kring, Friedhelm: Alkohol, Drogen und Medikamente am Arbeitsplatz – Wie reagieren? - Fachbeiträge - arbeitssicherheit.de. Online verfügbar unter http://www.arbeitssicherheit.de/de/html/fachbeitraege/anzeigen/119/Alkohol_am_Arbeitsplatz/, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Kuntz, Helmut (2016): Drogen & Sucht. Alles, was Sie wissen müssen. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Weinheim: Beltz.

Landesbetrieb Straßen NRW (2006): Dienstvereinbarung Sucht. Bundesland NRW.

Lepke, Achim (2012): Kündigung bei Krankheit. Handbuch für die betriebliche, anwaltliche und gerichtliche Praxis. 14., neu bearb. Auflage. Berlin: Erich Schmidt.

Leppek, Sabine (2011): Beamtenrecht. 11., neu bearb. Auflage. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Müller (Jura auf den Punkt gebracht).

Lindemeyer, J. (2012): Cue Exposure. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, S. 51–55.

Metzler-Müller, K.; Rieger R; Seeck E; Zentgraf R (2017): Kommentar zum Beamtenstatusgesetz. 4. Auflage. Wiesbaden: Kommunal- und Schul-Verlag.

Orth, B. (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Peukert, Peter (2012): Angehörigenarbeit, Familien- und Paartherapie. In: Praxisbuch Sucht: Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter; 52 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 65–68.

Pro Psychotherapie e.V. (Hg.) (2017): www.therapie.de. Online verfügbar unter <https://www.therapie.de/psyche/info/index/diagnose/sucht/therapie-alkoholbedingter-stoerungen/>, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Pschyrembel, Willibald; Arnold, Ulrike; Witzel, Simone (Hg.) (2011): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2012. 263., neu bearb. und erw. Auflage. Berlin: de Gruyter.

RKW Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft e.V. (Hg.): Schwierige Mitarbeitergespräche führen | perso-net. Online verfügbar unter http://www.perso-net.de/rkw/Schwierige_Mitarbeitergespr%C3%A4che_f%C3%BChren, zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Röhr, Heinz-Peter (2011): Sucht - Hintergründe und Heilung. Abhängigkeit verstehen und überwinden. 4. Auflage. Ostfildern: Patmos-Verl.

Schneider, Ralf (2015): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit; Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 18., korrigierte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.

Soyka, Michael; Küfner, Heinrich; Feuerlein, Wilhelm (2008): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie; 49 Tabellen. 6., vollst. überarb. Auflage. Stuttgart: Thieme.

Stadt Gelsenkirchen (2007): Dienstvereinbarung für den Umgang mit suchtmittelgefährdeten und/oder abhängigkeitskranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadtverwaltung Gelsenkirchen. Gelsenkirchen.

Stadtverwaltung Essen (2005): Dienstvereinbarung Sucht. Essen.

Stadtverwaltung München (2007): Dienstvereinbarung über den Umgang mit suchtgefährdeten und -kranken Beschäftigten. München.

Stadtverwaltung Wolfsburg (2000): ARGUS - Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung, Schwerbehindertenförderung - Vorgehensweisen, Hintergründe, Diagnosehilfen der Stadt Wolfsburg: Wolfsburg.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013): Unfälle unter Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2013. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/UnfaelleAlkohol5462404137004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 21.03.2017.

Striesenow, Christian (2014): Ich will raus. Co-Abhängigkeit als Sucht. 1. Auflage.: Bachelor + Master Publishing.

Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günther (2011): Qualitätsstandards in der Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis. 2. Auflage. Unter Mitarbeit von Anja Wartmann: DHS, zuletzt geprüft am 20.03.2017.

Wirtz, Markus Antonius (Hg.) (2013): Dorsch - Lexikon der Psychologie. 16. Auflage. Verlag Hans Huber.

10 Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1 – Pro-Kopf Alkoholverbrauch in Litern in Deutschland (Fertigware) seit 2000 (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (2015); Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.) | 13 |
| Abbildung 2: Pro-Kopf Alkohol Verbrauch in Litern in Deutschland (reiner Alkohol) seit 2000 (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und –Importeure (2015); Daten aus der Alkoholwirtschaft. Bonn.)..... | 13 |
| Abbildung 3 - Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit in der deutschen Bevölkerung 2012 (18 bis 64 Jahre) (Gomes de Matos, E.;Kraus, L. Pabst, A.& Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59.Jahrgang, Heft 6.)..... | 22 |
| Abbildung 4 - Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit 2012 in % nach Geschlecht (18 bis 64 Jahre) (Gomes de Matos, E.;Kraus, L.;Pabst, A.& Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59.Jahrgang, Heft 6.)..... | 24 |
| Abbildung 5 - Beispiele für benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel (DHS, 2015 A, S. 68-71; Elsesser & Sartory, 2005, S. 18). | 26 |
| Abbildung 6 - Beispiele für Nichtrezeptpflichtige Schmerzmittel (DHS, 2016 B, S. 62-67; Elsesser & Sartory, 2005, S. 23). | 27 |
| Abbildung 7 - Rauschgiftdelikte in Deutschland von 2009 bis 2013 (Deutsche Hauptstelle für Suchtmittelfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 2015, Lengerich 2015) | 32 |
| Abbildung 8 - Langzeitfolgen des Drogenkonsums (Kuntz 2016, S. 124–160; Eigene Darstellung) | 35 |
| Abbildung 9 - Prävalenz des Alkoholkonsums (Abstinenz und Kategorien durchschnittlicher Alkoholmenge pro Tag) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey | 36 |
| Abbildung 10 - Einnahme von Medikamenten in den vergangenen 12 Monaten (ausgehend vom Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)..... | 38 |
| Abbildung 11 - Tägliche Einnahme von Medikament innerhalb der vergangenen 30 Tage (ab Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)..... | 39 |
| Abbildung 12 - Einnahme von illegalen Drogen innerhalb der vergangenen 12 Monate (ab Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)..... | 40 |
| Abbildung 13 - Einnahme von illegalen Drogen innerhalb der vergangenen 12 Monate (ab Befragungszeitpunkt) (basierend auf den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015, www.esa-survey.de, Aufgerufen am 01.02.2017)..... | 40 |
| Abbildung 14 - Wienemann, Elisabeth; Schumann, Günter (2011). Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis, S. 13 | 53 |
| Abbildung 15 – Haupt-und Nebenleistungspflichten | 64 |
| Abbildung 16 - Beispielhafter Gesprächsleitfaden – Eigene Darstellung | 73 |

| | |
|---|----|
| Abbildung 17 - Zentrale Elemente der Gesprächsführung. (Mai, J. (2016). Gesprächsführung: Regeln, Methoden, Fragen, vom 23.07.2016. URL: http://karrierebibel.de/gespraechsfuehrung/ (aufgerufen 17.02.2017)) | 75 |
| Abbildung 18 - 1. Stufe des gestuften Verfahrens | 76 |
| Abbildung 19 - Stufe des gestuften Verfahrens | 76 |
| Abbildung 20 - Stufe des gestuften Verfahrens | 78 |
| Abbildung 21 - Stufe des gestuften Verfahrens | 78 |
| Abbildung 22 - Stufe des gestuften Verfahrens | 80 |

Anhänge

Ablaufplan

Anhang_Ausreibungstext

Anhang_Seminarabschluss

Kapitel 1_Berechnung Kosten

Kapitel 1_Einleitende Diskussionsrunde

Kapitel 3_Factsheet Alkohol

Kapitel 3_Factsheet Illegale Drogen

Kapitel 3_Factsheet Medikamente

Kapitel 4_Fragebogen: Risikogruppen und Gründen für Suchtmittelkonsum

Kapitel 5_Auswertungskarten Selbsttest Co-Abhängigkeit

Kapitel 5_Präsentation Co-Abhängigkeit

Kapitel 5_Selbsttest Co-Abhängigkeit

Kapitel 6_Arbeitsblätter Therapiemöglichkeiten

Kapitel 6_Mindmap Präventionsmaßnahmen

Kapitel 7_Fragebogen: Rechtliche Perspektive – Wer weiß was?

Kapitel 8_Beiispiel-Drehbücher für ein Rollenspiel

Kapitel 8_Gesprächsleitfaden

Kapitel 8_Gestuftes Verfahren

Kapitel 8_Rollenspiel

Die Buchreihe für Personalverantwortliche



Information und Orientierung

Wie sich aktuelle Entwicklungen auf die Personalarbeit auswirken

Strategien und Konzepte

Wie Herausforderungen bewältigt werden können

Handlungssicherheit und Erfolg

Wie Personalmanagement in der Praxis optimiert wird

| Zeitpunkt | Empfohlene Zeit | Thema | Ziel | Inhalt/Methode | Medien/Arbeitsmittel |
|-----------|-----------------|-----------------------------|--|---|--|
| Tag 1 | 30 Minuten | Überblick/Vorstellungsrunde | Die Teilnehmer lernen sich untereinander kennen. | Alternativen: <ul style="list-style-type: none"> - Selbstvorstellung - Partnerinterview (gegenseitige Vorstellung: Name, beruflicher Werdegang, Arbeitgeber/Behörde, Erwartungen an das Seminar, ggf. Erfahrungen) - Homepage/Steckbrief (Name, beruflicher Werdegang, Arbeitgeber/Behörde, Erwartungen an das Seminar, ggf. Erfahrungen) | <ul style="list-style-type: none"> - Flipchart und -bögen, Moderationskoffer |
| Tag 1 | 30 Minuten | Einleitung | Die Teilnehmer sollen in einen ersten Kontakt mit dem Thema Suchtmittelkonsum treten. Ein Bewusstsein für die Problematik und insbesondere für die Kostenfrage soll geschaffen werden. | <ul style="list-style-type: none"> - Film - Diskussionsrunde/ Erfahrungsaustausch - Berechnung der Kosten im eigenen Unternehmen | <ul style="list-style-type: none"> - Leinwand, Beamer, Laptop - Kapitel 1_Einleitende Diskussionsrunde - Arbeitsblatt mit Formel (Kapitel 1_Berechnung Kosten) - Film: http://mediathek.daserste.de/Plusminus/Alkoholkonsum-Milliardenkosten-f%C3%BCr-die-/Video?bcastId=432744&documentId=38279756 |
| Tag 1 | 30 Minuten | Definitionen | Eine erste Einführung in die Thematik geben und die Teilnehmer mit den wichtigsten Begrifflichkeiten Sucht, Abhängigkeit und Konsum vertraut machen. | <ul style="list-style-type: none"> - jeder Teilnehmer bekommt 3 leere Karten - auf jede Karte soll je ein Begriff selbst definiert werden mit eignen Worten - anschließend werden die Karten nach den Begriffen definiert und auf drei | <ul style="list-style-type: none"> - 3 Metaplanwände, Moderationskoffer |

| | | | | | |
|--------------|------------|-----------------|--|--|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Metaleinwände gepinnt - die Ergebnisse werden in Plenum zusammengetragen - zum Schluss fasst der Trainer die Begriffe nach der Definition aus dem Trainerhandbuch nochmals zusammen, sofern nicht alles von den Ergebnissen der TN angesprochen wurde | |
| Tag 1 | 1 Stunde | Suchtmittel | Die Teilnehmer erlangen einen groben Überblick über die verschiedenen stoffgebundenen Suchtmittelarten, kennen die Wirkungsweise und die mittel- und langfristigen Folgen. | <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenarbeit: <ul style="list-style-type: none"> - 3 Gruppen: Alkohol, Medikamente, illegale Drogen - Texte werden erst an die jeweiligen Gruppen ausgehändigt, später dann an alle | <ul style="list-style-type: none"> - Flipchart - Metaplanwand - Informationstexte (Kapitel 3_Factsheet Illegale Drogen; Kapitel 3_Factsheet Medikamente; Kapitel 3_Factsheet Alkohol) |
| Tag 1 | 30 Minuten | Risikogruppen | Die Teilnehmer sollen über die Gründe von Suchtmittelkonsum informiert werden und die verschiedenen Charakterzüge von Suchtmittelkonsumenten kennen lernen | <ul style="list-style-type: none"> - kurze Einführung in die Thematik - Quiz (jeder für sich) - anschließende Besprechung und Auswertung der Ergebnisse - Trainer kann anschließend noch einige Informationen geben (in Vortrags-Form) | <ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen (Kapitel 4_Quiz Risikogruppen und Gründe) |
| Tag 1 | 45 Minuten | Co-Abhängigkeit | Die Teilnehmer sollen über Co-Abhängigkeit informiert werden und sensibilisiert werden, diese zu erkennen. | <ul style="list-style-type: none"> - Kurzer Vortrag - Selbsttest - Gegebenenfalls anonymer Test: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele Personen hätten sich vor dem Selbsttest als Co-Abhängig beschrieben? ○ Wie viele Personen sind oder waren laut Selbsttest schon einmal co-abhängig? ○ Wie viele Personen kennen jemanden, der eventuell co- | <ul style="list-style-type: none"> - Powerpoint: „Präsentation Co-Abhängigkeit“, dazu: Laptop, Beamer, Leinwand - Arbeitsblatt „Selbsttest Co-Abhängigkeit“ (Kapitel 5_Selbsttest Co-Abhängigkeit) - Metaplanwand und Moderationskoffer oder „Auswertungskarten Selbsttest Co-Abhängigkeit“ |

| | | | | | |
|--------------|------------|------------|--|---|--|
| | | | | <p>abhängig sein könnte? → Entweder durch Aufkleber an Metaplanwand (Trainer gewährleistet Anonymität durch vorheriges Anbringen von Aufklebern) oder durch Einsammeln und Auswerten von vorgefertigten Karten</p> | (Kapitel 5_Auswertungskarten Selbsttest Co-Abhängigkeit) |
| Tag 1 | 45 Minuten | Prävention | Die Teilnehmer kennen verschiedene Präventionsmaßnahmen. | <ul style="list-style-type: none"> - Ca. 5-10 Minuten Brainstorming in Einzelarbeit (durch Erfahrungen und ggf. mithilfe des Internets) - Ca. 10 Minuten zusammentragen und gemeinsames Erstellen einer Mindmap <p>Alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigen der beispielhaften Mindmap - Anschließende Diskussionsrunde | <ul style="list-style-type: none"> - Metaplanwand - Mindmap „Präventionsmaßnahmen“ (Kapitel 6_Mindmap Präventionsmaßnahmen) |
| | | Therapie | Die Teilnehmer kennen die verschiedenen Therapiephasen. | <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenarbeit (10 - 15 Minuten): <ul style="list-style-type: none"> o 4 Gruppen entsprechend der 4 Therapiephasen o Lesen des Informationsblattes der entsprechenden Phase o Bearbeitung des Fragenkatalogs als Strukturierung o Herausstellen der wichtigsten Inhalte o Vorbereitung eines Flip Charts je Phase/Gruppe o Zusammentragen der Ergebnisse im Plenum je Phase/Gruppe durch Gruppensprecher (10 - 15 | <ul style="list-style-type: none"> - Informationsblätter zu 4 Therapiephasen - Arbeitsblätter mit Fragenkatalog (1. Ziel der Phase? 2. Inhalt/Methoden der Phase? 3. Hindernisse/ Probleme in der Phase?) (Kapitel 6_Arbeitsblätter Therapiemöglichkeiten) - Flip Charts - Moderationskoffer |

| | | | | | |
|--------------|-----------|--------------------|--|--|--|
| | | | | Minuten) | |
| | | | | Alternativ: - Vorstellung der 4 Phasen durch den Seminarleiter, Brainstorming mit allen Seminarteilnehmern im Plenum | |
| Tag 2 | 1 Stunde | Rechtliches | Die Teilnehmer erhalten einen Überblick über potentielle Handlungs-möglichkeiten, die Ihnen aus arbeits- bzw. dienstrechtlicher Perspektive zur Verfügung stehen. Zudem sollen Sinn und Zweck sowie Aufbau und Systematik von Dienstvereinbarungen zum Thema Sucht nähergebracht werden. | <ul style="list-style-type: none"> - Abfrage des Vorwissens der Teilnehmer mithilfe eines Fragebogens (multiple choice) - Vortrag Alternativ: <ul style="list-style-type: none"> - Lehrgespräch | <ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen mit kommentierter Lösung für den Trainer (Kapitel 7_Fragebogen) |
| Tag 2 | 3 Stunden | Gesprächstechniken | Die Führungskraft kennt das gestufte Verfahren und ist sicher in der Gesprächsführung mit Suchtmittelkonsumenten. | <ul style="list-style-type: none"> - Einführung Gesprächstechnik/gestuftes Verfahren: Lehrgespräch (5 Minuten) - Positiv-/Negativbeispiel: Filme, im Anschluss Reflexion zu den Filmen - Optimale Gesprächsführung: hierzu eigenständiges Kleingruppen bilden durch die Teilnehmer (je 3 Personen): <ul style="list-style-type: none"> o Gruppendiskussion, im Anschluss wird ein Gesprächsleitfaden ausgehändigt o Fallbeispiel (Vorbereitungszeit, Rollenspiel, Feedback): Aufteilung der Personen auf: Beobachter, MA, Vorgesetzter - Erfahrungsaustausch: Gruppendiskussion im Plenum | <ul style="list-style-type: none"> - Positiv-/Negativbeispiel: PC, Beamer, Leinwand, Videos, Moderationskoffer, Metaleinwand (Kapitel 8_Beispiel-Drehbücher für ein Rollenspiel) - Gruppendiskussion: Tafel - Gruppenarbeit: Vorgefertigter Beobachtungsbogen, Übersicht gestuftes Verfahren (Kapitel 8_Gesprächsleitfaden; Kapitel 8_Gestuftes Verfahren; Kapitel 8_Rollenspiel) |

| | | | | | |
|--------------|---------------|------------|--|--|--|
| Tag 2 | | Abschluss | | | |
| Tag 2 | 30 Minuten | Evaluation | | | |

Titel:

Die Sucht im Kopf –Empfehlungen zum Umgang mit suchtmittelabhängigen Mitarbeitern

Ziel:

Etwa 5% der Beschäftigten sind alkoholabhängig. Auch der missbräuchliche Konsum von Medikamenten sowie illegale Drogen führen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu Leistungsabfällen und schwerwiegenden psychosozialen Schwierigkeiten. Führungskräfte fühlen sich mit diesem Problem häufig allein gelassen, ihnen fehlen Wissen und Strategien für den Umgang mit Suchtmittelkonsumenten.

Ziel des Seminars ist es, die Handlungskompetenzen der Teilnehmenden im Umgang mit suchtmittelauffälligen Beschäftigten zu erhöhen. Konkret dient das Seminar dazu, ein Bewusstsein für die Auswirkungen des Suchtmittelgebrauchs zu entwickeln und auffällige Verhaltensweisen von Betroffenen richtig einzuordnen. Die Teilnehmenden sind in der Lage, lösungsorientierte Gespräche mit Suchtmittelkonsumenten zu führen. Ein Austausch über suchtmittelbedingte Schwierigkeiten im eigenen Arbeitsumfeld findet in moderierter Form statt.

Inhalte:

- Vermittlung von Basiswissen zum Substanzmissbrauch und zur Substanzabhängigkeit
- Reflexion der Führungsrolle im Spannungsfeld zwischen Hilfe, Sanktion und Kontrolle
- Prä- und Interventionen für den Umgang mit Suchtmittelkonsumenten
- Anlaufstellen für den Betroffenen und die Darstellung der rechtlichen Perspektive bei Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz
- Gesprächstechniken

Zielgruppe: Führungskräfte, Personalvertretung und Gleichstellungsbeauftragte

Teilnehmeranzahl: 12 - 15 Personen

Dauer: 2 Tage, ganztägig

Termin: (vom Bildungsträger zu ergänzen)

Kosten: (vom Bildungsträger auszufüllen)

Referent/in: (vom Bildungsträger auszufüllen)

Am Ende eines jeden Seminars sollten die Teilnehmer im Rahmen einer kurzen Abschluss- bzw. Fazitrunde das Erarbeitete der vorangegangenen Stunden sowie das Miteinander in der Gruppe noch einmal reflektieren. Hierzu haben wir nachfolgend einige in Frage kommende Möglichkeiten für die Ausgestaltung eines solchen Abschlusses aufgelistet.

Feedback-/Abschlussrunde

Die klassische Variante des Abschlusses ist die Feedback- oder Abschlussrunde. Hier sitzen alle Teilnehmer sowie die Trainer im Kreis. Jeder hat nun die Gelegenheit, Rückmeldung zu allem zu geben, was ihr/ihm am Herzen liegt (z.B. zum Inhalt des Seminars, zur Gruppe, zu den Trainer, zu dem, was man aus der Veranstaltung mit nach Hause nimmt). Auch die Trainer haben hier die Gelegenheit, noch ein paar abschließende Worte an die Gruppe zu richten.

Feedback-Inseln

Es werden Stuhlpaare im Raum verteilt – und zwar möglichst so, dass die Gespräche, die auf diesen Stühlen stattfinden, nicht sofort von allen anderen mitgehört werden können – so entstehen Feedback-Inseln. Den Teilnehmer steht es nun frei, sich zu zweit auf so eine Insel zu setzen und sich gegenseitig Feedback zu geben. Sobald ein Paar fertig ist, trennen sich die beiden und sehen sich um, ob gerade eine andere Person frei ist, der sie ebenfalls Feedback geben oder die sie um Feedback bitten möchten – wenn ja, bilden die beiden ein neues Paar, usw.

Für diese Übung sollte man unbedingt viel Zeit einplanen, damit die Gespräche in Ruhe und nicht gehetzt stattfinden können. Bei einer Gruppe von 15 Teilnehmern sollten es jedenfalls 45 Minuten sein – die genaue Zeit ist das natürlich von der jeweiligen Gruppe abhängig.

Feedback-Plakate

Jeder Teilnehmer erhält ein leeres Plakat (Flipchart), auf das sie/er groß den eigenen Namen schreibt (Die Gestaltung und Platzierung bleibt den Teilnehmern überlassen – es muss aber noch genügend Platz auf dem Plakat übrig bleiben).

Dann werden die Plakate auf dem Boden des Raumes verteilt und alle bekommen die Gelegenheit, auf den Plakaten der anderen Teilnehmer Botschaften zu hinterlassen (je nach Wunsch anonym oder mit Namen). Die Teilnehmer können dabei auf so vielen Plakaten Nachrichten hinterlassen, wie sie wollen; auch die Reihenfolge bleibt ihnen überlassen.

Eine einleitende Frage zu dieser Übung könnte lauten: „Was wollt ihr der jeweils anderen Person mitgeben, nachdem ihr X Tage miteinander verbracht und euch besser kennengelernt habt?“

Talking-by-Walking

Die ganze Gruppe geht gemeinsam spazieren. Die Trainer voraus, die Teilnehmer – jeweils zu zweit nebeneinander – hinten nach. Die Aufgabe für die Teilnehmer könnte beispielsweise lauten: Holt euch Feedback von den Personen, von denen ihr gerne eins hättet' oder ‚Redet

mit einer anderen Person darüber, was ihr von dem Seminar mitnimmt oder was ihr euch, basierend auf diesem Seminar, für die Zukunft vornehmt‘.

Da die Trainer das Tempo und die Route vorgeben, können sich die Teilnehmer voll und ganz auf die Gespräche konzentrieren.

Diese Übung hat den Vorteil, dass die Teilnehmer nebeneinander hergehen, während sie sprechen und sich nicht gegenüber sitzen und ‚anstarren‘, während sie sich Feedback geben – so fällt es vielen leichter, offen zu sprechen. Insgesamt sollte man für diese Übung ca. 30-45 Minuten einplanen.

Brief an mich

Auch hier handelt es sich um einen Klassiker der Abschlussübungen: Jeder Teilnehmer bekommt einen Stift, ein Blatt Papier und ein Kuvert. Anschließend werden sie mit folgender Aufforderung in die Übung geschickt: „Sucht euch (einzeln) einen ruhigen gemütlichen Ort und verfasst einen Brief an euer ICH in einigen Monaten. Was wollt ihr bis dahin getan haben? Was habt ihr euch in diesem Seminar vorgenommen? Was wollt ihr ausprobiert haben? Wohin wollt ihr euch entwickelt haben? Gebt den Brief anschließend in das Kuvert, klebt es zu und beschriftet es mit eurer Adresse. Ich/Wir werde(n) euch den Brief dann in einigen Monaten per Post zusenden.“

Rucksack und Mülltonne

Man zeichnet auf ein Plakat einen großen Rucksack und auf ein Plakat eine große Mülltonne. In den Rucksack können die Teilnehmer nun alles schreiben, was sie auf diesem Seminar hilfreich fanden und was sie gerne mit nach Hause nehmen möchten. In die Mülltonne schreiben sie alles, was sie lieber zurücklassen möchten und was für sie nicht hilfreich, sondern eher hinderlich war.

Variante: Statt eine Mülltonne aufzuzeichnen kann man auch eine echte Mülltonne bzw. einen Mülleimer verwenden und die Teilnehmer schreiben alles auf Moderationskärtchen. Die positiven Karten kommen auf die Flipchart mit dem Rucksack, die negativen werden gleich entsorgt.

Seminar-„Weg“

Man stellt das Seminar als „Weg“ im Seminarraum nach – beispielsweise legt man mit Hilfe der erarbeiteten Flipcharts oder mit Stichwörtern, die bestimmte Einheiten/Situationen repräsentieren, einen Weg auf den Boden oder hängt ihn an der Wand entlang auf. So bekommen die Teilnehmer noch einmal die Möglichkeit das Seminar im Schnelldurchlauf zu durchleben und sich einzelne Situationen in Erinnerung zu rufen. Diese Übung eignet sich sehr gut um eine Einzelreflexionsübung (wie z.B. den Brief an sich selbst) einzuleiten. Oft wird den Teilnehmer durch diese Übung erst so richtig bewusst, wie viel sie am Seminar erarbeitet haben und wie viel sich im Verlauf des Seminars für sie persönlich getan hat.

Berechnung der wirtschaftlichen Kosten im eigenen Unternehmen

Wirtschaftlicher Schaden

= (Anzahl der MA x 5 %) x (Durchschnittslohn x 25 %) eines Unternehmens

Beispiel:

Die große Kreisfreie Stadt A hat 5.000 Mitarbeiter. Der Bruttodurchschnittslohn liegt bei 2.800 Euro im Monat.

$(5.000 \text{ MA} \times 5 \%) \times (2.800 \text{ Euro} \times 25 \%) = 175.000 \text{ Euro}$

Übertragen Sie die Angaben Ihrer Verwaltung / Organisationseinheit auf die Formel:

(_____ x 5 %) x (_____ x 25 %) = _____

| Branche | Brutto (Ø) |
|--|------------|
| Land-, Forst, Tierwirtschaft, Gartenbau | 2.061 € |
| Rohstoffgewinnung, Produktion, Fertigung | 3.063 € |
| Bau, Architektur, Vermessung, Gebäudetechn. | 2.725 € |
| Naturwissenschaft, Geographie, Informatik | 4.223 € |
| Verkehr, Logistik, Schutz und Sicherheit | 2.334 € |
| Kaufm. Dienstl., Handel, Vertrieb, Tourismus | 2.556 € |
| Unternehmensorganisation, Buchhaltung, Recht, Verwaltung | 3.530 € |
| Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung | 2.834 € |
| Geisteswissenschaften, Kultur, Gestaltung | 3.434 € |
| Gesamt | 2.960 € |

Die Durchschnittseinkommen deutscher Arbeitnehmer im Jahr 2014 nach Branchen, Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Einleitende Diskussionsrunde

Mögliche Anregungen/ Fragestellungen:

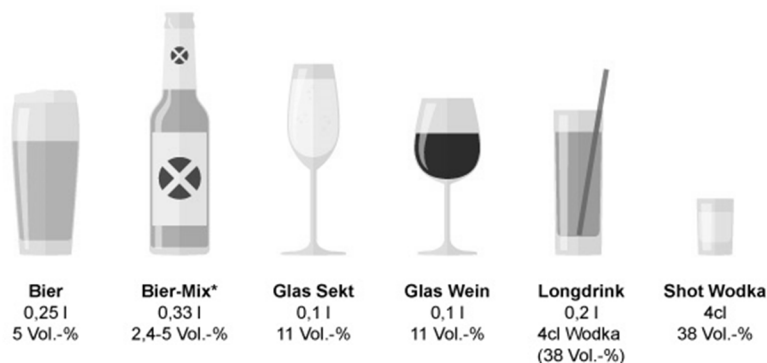
1. Bei problematisch alkoholkonsumierenden Beschäftigten nimmt die Arbeitsleistung um 25 % ab. Haben die Teilnehmer/innen eigene Erfahrungen damit aus ihrem Arbeitsumfeld? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen?
2. 5 % der Beschäftigten sind alkoholabhängig, bei den Führungskräften bis zu 10 %. Somit müsste statistisch gesehen, jemand im Raum schon einmal persönlich oder in der Abteilung Erfahrungen damit gemacht haben.
3. Als eine Folge von Suchtmittelkonsum wurden gerade die Kosten vorgestellt. Worin sehen Sie zusätzlich Probleme, wenn in Ihrem Team Suchtmittelkonsumenten sind? (Arbeitsverteilung auf andere Arbeitnehmer, erhöhte Verletzungsgefahr)
4. Können Sie sich vorstellen, dass Führungskräfte überhaupt Einfluss auf den Konsum nehmen können?

Factsheet Alkohol

Arbeitsauftrag: Erarbeiten Sie in der vorgegebenen Zeit die wesentlichen Aspekte zum Thema „Alkohol“. Stellen Sie den anderen Seminarteilnehmern anschließend Ihre Ergebnisse in einem kurzen Vortrag vor.

Alkohol ist eine farblose, brennbare und brennend schmeckende Flüssigkeit. Die chemische Bezeichnung ist Äthanol (Ethanol). Alkohol wird nicht nur in Getränken, sondern auch in Chemikalien, Arzneimitteln und in Parfüm verwendet. Hergestellt wird Alkohol durch die Vergärung von Zucker.

Alkohol gehört in Deutschland zu den am meisten konsumierten und akzeptierten psychotropen Substanzen. Das liegt vor allem daran, dass Alkohol bereits in geringer Menge stimmungsanregend wirkt. Diese gelöste, heitere Stimmung kann jedoch bei höherer Dosierung in Gereiztheit oder Aggressivität umschlagen. Alkohol wird in Form von Getränken, wie etwa Bier oder Wein, konsumiert, wobei der Alkoholgehalt je nach Art des Getränks variiert.



Alkoholgehalt ausgewählter Getränke in Volumenprozent (Quelle: www.kenn-dein-limit.info/wie-viel-ist-drin.html. Aufgerufen am 01.02.2017)

Wirkung

Alkohol ist ein Zellgift mit hohem Suchtpotenzial und wird über die Schleimhaut des Verdauungstraktes innerhalb von 30 bis 60 Minuten ins Blut aufgenommen und über das Blut im gesamten Körper verteilt. Die konsumierte Menge sowie das Körpergewicht bestimmen dabei den Alkoholgehalt des Blutes. Bei gleicher Alkoholmenge ist die Alkoholkonzentration bei Frauen um etwa ein Fünftel höher als bei Männern, was vor allem daran liegt, dass Männer meist schwerer und größer sind, sodass sich der zugeführte Alkohol besser verteilen kann. So ist die Wirkung von Alkohol stärker, je höher die Blutkonzentration ist.

Wie hoch der Promillewert im menschlichen Blut ist, lässt sich mit Hilfe der sogenannten Widmark-Formel berechnen. Diese lautet:

BAK = Alkoholmenge in Gramm / (Körpergewicht in Kilogramm x Verteilungsfaktor im Körper)

Wie hoch der sogenannte Verteilungsfaktor ist, ist von dem Geschlecht der betrachteten Person abhängig. Ausschlaggebend hierfür ist der unterschiedliche Anteil von Körperflüssigkeiten am Körpergewicht bei Männern und Frauen, der bei der Verteilung des Alkohols im Körper eine wichtige Rolle spielt. Bei Männern liegt dieser Anteil bei etwa 68 %. Bei Frauen hingegen nur bei circa 55 %.

Im Folgenden wird die Widmark-Formel anhand von Beispielen verdeutlicht.

Beispiel 1:

Ein 70 Kilogramm schwerer Mann trinkt eine 0,33 Liter Flasche Bier mit 12,7 Gramm Alkohol.

$$12,7 \text{ Gramm} / (70 \text{ Kilogramm} \times 0,68) = \text{ca. } 0,27 \text{ Promille BAK}$$

Beispiel 2:

Eine 50 Kilogramm schwere Frau trinkt ein 0,1 Liter Glas Wein mit 8,8 Gramm Alkohol.

$$8,8 \text{ Gramm} / (50 \text{ Kilogramm} \times 0,55) = 0,32 \text{ Promille BAK}$$

Die exakte Blutalkoholkonzentration wird sich mit dieser Formel auf Grund des sogenannten Resorptionsdefizites im Übrigen nicht ermitteln lassen. Denn nach dem Konsum eines alkoholischen Getränkes gelangen tatsächlich nur etwa 70 bis 90 Prozent des Alkohols in den Blutkreislauf. Die restlichen 10 bis 30 Prozent werden bereits im Magen abgebaut. Daher wird die tatsächliche BAK immer etwas geringer sein, als es die Widmark-Formel angibt.

Bei der Wirkungsweise von Alkohol kommt es vor allem auf die Menge und Dosierung der alkoholischen Getränke, aber auch auf die individuelle Verfassung des Einzelnen an. Alkohol beeinträchtigt schon in geringen Mengen (0,2 Promille) die Entscheidungsfähigkeit und Reaktionsgeschwindigkeit. Hieraus ergibt sich eine erhöhte Unfallgefahr, die besonders im Straßenverkehr schwerwiegende Folgen für Konsumenten und Unbeteiligte haben kann. Bei ca. einem Promille Blutalkoholkonzentration beginnt das Rauschstadium. Dies führt zu Gleichgewichts- und Sprachstörungen. Mit etwa zwei Promille treten Störungen des Gedächtnisses und der Orientierung auf. Eine Lebensgefahr besteht ab drei Promille. Dort beginnt die schwere, akute Alkoholvergiftung, die im schlimmsten Fall zum Tod durch Atemstillstand führen kann. Zu beachten ist jedoch, dass Kinder, Schwangere, Personen, die selten oder gar keinen Alkohol trinken sowie Personen, die gleichzeitig Medikamente nehmen, besonders empfindlich auf Alkohol reagieren.

Schädliche Auswirkungen auf den menschlichen Organismus sind bei gelegentlichem und geringem Konsum allerdings nicht zu erwarten. Als mit Sicherheit unbedenklich für gesunde erwachsene Menschen gilt nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation die Menge von 7

Gramm Alkohol pro Tag. Der Abbau von Alkohol erfolgt zum großen Teil in der Leber. Nur ein sehr geringer Teil des Alkohols wird über Atemluft, Schweiß oder Urin ausgeschieden. Stündlich können etwa 0,1-0,2 Promille Alkohol vom Körper abgebaut werden, das entspricht also in etwa 7 bis 14 Gramm.

Alkoholabhängigkeit

Bei der Alkoholabhängigkeit handelt es sich um eine chronische Verhaltensstörung, bei der der Alkoholkonsum über das soziale Maß hinaus geht und die Person die Kontrolle über den Konsum verloren hat. Hierbei kann eine psychische und physische Abhängigkeit entstehen. Für eine Alkoholabhängigkeit gibt es klare Anzeichen: Das Leben dreht sich zunehmend um Alkohol, nach und nach funktioniert scheinbar immer weniger ohne den Suchtstoff und andere Interessen werden vernachlässigt.

Ein ganz zentraler Hinweis sind wiederholte, erfolglose Versuche, weniger zu trinken oder abstinenter zu bleiben. Die Alkoholabhängigkeit entwickelt sich oftmals schleichend über mehrere Jahre hinweg und für viele erst einmal unmerklich. In Deutschland sind nach Angabe des Bundesgesundheitsministeriums etwa 1,8 Millionen Menschen alkoholabhängig. Eine beginnende Alkoholabhängigkeit ist geprägt von häufigem Denken an Alkohol, steigendem Konsum, Streitigkeiten in der Familie, Nachlassen der Leistungsfähigkeit.

Erst mit bedeutsamen Veränderungen im familiären, beruflichen und/oder gesundheitlichen Bereich findet bei vielen Betroffenen ein Umdenken statt. Die Trennung vom Lebenspartner, ein Unfall, der Führerscheinentzug oder die Entlassung auf der Arbeit sind einige Beispiele dafür.

Folgen

Regelmäßig erhöhter Alkoholkonsum steigert das Risiko zahlreicher schwerwiegender Folgeschäden erheblich. Dabei lassen sich die Folgeschäden in psychische, körperliche und soziale Folgen unterteilen. Die Schäden sind umso gravierender, je weiter die Alkoholabhängigkeit fortschreitet. Alkohol kann nahezu alle menschlichen Organe schädigen und mehr als 60 verschiedene akute und chronische Krankheiten verursachen. Zu diesen Organschäden gehören vor allem die Veränderungen der Leber (Fettleber, Leberentzündung, *Leberzirrhose*), der Bauchspeicheldrüse, des Herzens (Erweiterung des Herzmuskels) sowie des zentralen und peripheren Nervensystems (*Hirnatrophie*, *Polyneuropathie*) und der Muskulatur (*Muskelatrophie*). Forschungen zu den langfristigen Effekten von Alkohol belegen darüber hinaus, dass bei langfristigem massiven Alkoholkonsum ein erhöhtes Krebsrisiko besteht (Mund-, Rachen-, Speiseröhrenkrebs und bei Frauen Brustkrebs). Auch das Gehirn ist besonders gefährdet, da jeder Rausch Millionen von Gehirnzellen tötet. Desweiteren ist die Wahrscheinlichkeit für Herzmuskel-Erkrankungen und Bluthochdruck erhöht. Infolge eines abrupten Absetzens des Alkohols können gefährliche Entzugserscheinungen auftreten. Mögliche Entzugserscheinungen sind Schlafstörungen, Schweißausbrüche, Zittern und Unruhe. Die Störungen des Nervensystems können dabei bis zum Delirium tremens führen.

Factsheet illegale Drogen

Arbeitsauftrag:

Erarbeiten Sie in der vorgegebenen Zeit die wesentlichen Aspekte zum Thema „Illegale Drogen“. Stellen Sie das Thema anschließend in einen kurzen Vortrag mit der Gruppe den anderen Seminarteilnehmern vor.

Allgemeines

Die Wirkungen von Drogen sind sehr verschieden und zahlreich wie die Drogen selbst.

Ziel des Drogenkonsums ist es immer, einen Zustand zu erreichen, der sich vom Normalzustand unterscheidet.

Einige Konsumenten wollen dabei beispielsweise eine Leistungssteigerung erfahren, andere wollen gezielt Sorgen und Probleme des Alltags vergessen bzw. überwinden. Die Erwünschte Wirkung sowie die Nebenwirkungen sind dabei auch vom psychischen und physischen Zustand des Konsumenten abhängig.

Die Zahl der illegalen Drogen ist stetig wachsend. Insbesondere die seit einigen Jahren bekannten „New Chemicals“, „Badesalze“ oder auch „Legal Hights“ stellen aufgrund ihrer Vielseitigkeit ein nahezu unüberschaubares Potenzial an Drogenvarianten dar.

Die wohl bekanntesten Drogen sind:

Cannabis, Ecstasy, Amphetamine, GHB (bzw. Liquid Ecstasy), Kokain, Crack, Heroin und Methamphetamin (bzw. Crystal Meth)

Beispielhaft werden im Folgenden drei der genannten Drogen näher beschrieben.

Cannabis

Cannabis ist eine der wohl am weitesten verbreiteten Drogen. Der Wirkstoff Delta-9-Tetrahydrocannabinol, wohl besser bekannt als THC, wirkt im Körper auf spezielle Rezeptoren. Diese Cannabinoid- und Anandaminrezeptoren befinden sich im Körper, im Gehirn und im zentralen Nervensystem. Aufgrund dieser weiten Verbreitung der Rezeptoren kommt es zu den nachstehenden typischen Cannabiswirkungen.

Erwünschte Wirkung

Üblicherweise wird mit dem Konsum von Cannabis das Erreichen eines euphorisch, entspannten Zustandes bezweckt. Zudem werden oft die Steigerung der bildlichen Vorstellungskraft sowie die gesteigerte Einfühlsamkeit in Musik und Texte und die Befreiung von Ängsten erhofft.

Nebenwirkungen

Übliche Nebenwirkungen beim Konsum von Cannabis sind ein erhöhter Puls, die Rötung der Augen, ein trockener Mund, Übelkeit sowie eine unlustvolle Körperwahrnehmung und Heißhungerattacken.

Amphetamin

Amphetamine werden häufig auch als Pep oder Speed bezeichnet. Der Wirkstoff heißt (RS)-1-Phenylpropan-2-ylazan. Bei dem Konsum von Amphetamin wird insbesondere die Freisetzung der Botenstoffe Dopamin und Noradrenalin bewirkt. In dieser Folge kommt es zu einem starken Antrieb von Körper und Seele.

Erwünschte Wirkung

Ziel ist es in der Regel eine gesteigerte Leistungs- sowie Konzentrationsfähigkeit zu erreichen. Zudem wird das Selbstwertgefühl deutlich erhöht. In Folge des Konsums kommt es zu einem Gefühl der Sorgenfreiheit und zu einem gelassenen Wohlbefinden.

Nebenwirkungen

Als Nebenwirkungen lassen sich häufig ein gewisser Rededrang, Pupillenerweiterung, eine nervöse Unruhe und erhebliche Schlafstörungen feststellen.

Methamphetamin

Methamphetamin ist eine der Drogen, die zuletzt immer wieder in den Fokus der Medien geraten ist. Besser bekannt unter den Bezeichnungen „Crystal“, „Meth“ oder „Ice“ wird Methamphetamin von vielen als eine der gefährlichsten Drogen überhaupt eingeschätzt. Der Wirkstoff heißt N-Methylamphetamin und bewirkt eine vermehrte Ausschüttung von Noradrenalin, Dopamin und Serotonin. Gleichzeitig wird die Wiederaufnahme dieser Botenstoffe gehemmt. Dadurch kommt es im Gehirn zur Schädigung des dopaminergen und serotonergen Systems.

Gewünschte Wirkung

Bezweckt wird hier eine starke körperliche und seelische Stimulation, in derer Folge es zur Steigerung der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, Halluzinationen und einer sexuellen Stimulation kommt.

Nebenwirkung

Die wesentlichen Nebenwirkungen des Konsums sind Zittern, Unruhe, Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwitzen und ein trockener Mund. Zudem kann es zu einer unkontrollierten Aktivität der Kaumuskulatur kommen. Häufig kommt es infolge des Konsums zu aggressiven Verhalten mit Eigen- und Fremdgefährdung sowie Herzrhythmusstörungen.

Langzeitfolgen

| | Cannabis | Amphetamin | Methamphetamin |
|-----------------------------------|----------|------------|----------------|
| Schädigung der Lunge | X | | |
| Depressionen/ depressive Zustände | X | X | X |
| sinkende Konzentrationsfähigkeit | X | | |
| sinkende Lernfähigkeit | X | | |
| psychotische Zustände | X | X | X |
| Süchtige Abhängigkeit | X | X | |
| Organschäden | | | X |
| Gehirnschädigungen | | | X |
| Aggressivität | | X | X |
| seelische Störungen | X | X | X |
| ausgeprägte Fehlhandlungen | | X | |
| Hautentzündungen | | X | X |
| Zahnverfall | | X | |
| Gliederschmerzen | | X | |
| Körperliche Auszehrung | | X | X |
| Bewusstlosigkeit | | | X |
| Koma | | | X |
| Tod | | | X |

Factsheet-Medikamente

Arbeitsauftrag: Erarbeiten Sie in der vorgegebenen Zeit die wesentlichen Aspekte zum Thema „Medikamentenabhängigkeit“. Stellen Sie den anderen Seminarteilnehmern anschließend Ihre Ergebnisse in einem kurzen Vortrag vor.

Eine niedrige Dosierung und eine kurze Einnahmezeit eines Medikaments sollten durch eine qualifizierte Verordnung geboten sein, da ein langjähriger Gebrauch von Arzneimitteln zu einer Abhängigkeit führen kann. Ebenso zählt das Abhängigkeitspotential mancher Medikamente zu deren Nebenwirkungen. Statistiken zeigen, dass circa 4 bis 5 % der verordneten Arzneimittel ein sogenanntes Missbrauchs- und/ oder Abhängigkeitspotential aufweisen.

Medikamente sollten nur zur akuten Krisenbewältigung eingenommen werden, denn die Lösung des Ausgangsproblems muss im Vordergrund stehen.

Schlaf- und Beruhigungsmittel (Hypnotika und Sedativa) werden beispielsweise zur Bewältigung von Spannungs-, Erregungs- und Angstzuständen, Schlafstörungen oder bei muskulären Verspannungen verordnet. Die Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln erfolgt meist in Tablettenform. Sie gehören zu den rezeptpflichtigen Arzneimitteln. Der Abbau des Medikaments kann von mehreren Stunden bis hin zu mehreren Tagen dauern.

Schmerzmittel (Analgetika) werden zur akuten und chronischen Behandlung von Schmerzen eingenommen. Die Einnahme kann in Form von Kapseln, Tabletten, Tropfen, Säften, Zäpfchen, Injektionslösungen oder Transdermalpflastern erfolgen.

In der Regel wird der Wirkstoff von Schmerzmitteln über mehrere Stunden verteilt im Körper freigesetzt, um einen gleichbleibenden Substanzspiegel im Blut zu erzielen.

Wirkung

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Die Wirkung zeichnet sich durch ihre angstlösenden, schlafanstoßenden, krampflösenden, (muskel-)entspannenden, beruhigenden, erregungs- und aggressionsdämpfenden Effekte aus. Schlaf- und Beruhigungsmittel enthalten vorwiegend Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine. Die Tiefschlaf- und Traumphase wird beeinflusst; der Schlaf an sich ist zwar ungestörter und länger, aber im Endeffekt weniger erholsam.

Schmerzmittel

Zur kurzfristigen Selbstmedikation (z.B.: bei gelegentlichen, schwachen bis mittleren Kopfschmerzen) sind rezeptfreie Analgetika in der Apotheke erhältlich. Rezeptpflichtige, stark wirkende Opiate werden zur akuten Behandlung von starken oder chronischen Schmerzen angewandt. Manche Schmerzmittel besitzen eine euphorisierende und stimmungshobende Wirkung und können dadurch seelische Schmerzen wie Angst oder Unlust ersticken.

Abhängigkeit

Unmittelbare medizinische Gründe sind nicht immer Grund der Verordnung von Arzneimitteln, denn häufig werden Medikamente zur Vermeidung von psychischen oder physischen Entzugserscheinungen verschrieben.

Benzodiazepine aus der Gruppe der **Schlaf- und Beruhigungsmittel** sollten eine Einnahmezeit von zwei bis vier Wochen nicht übersteigen. Eine klar definierte Suchterkrankung bei Benzodiazepin-Konsumenten liegt oftmals gar nicht vor. Durch die dauerhafte, regelmäßige Verordnung der Medikamente verfügt der Patient stets über die gleiche Dosis an Medikamenten und erlebt dadurch eine so genannte primäre Niedrigdosisabhängigkeit. Bei dem Versuch den Zeitpunkt der Einnahme hinauszuzögern oder bei Beschaffungsschwierigkeiten erlebt der Patient quälende Entzugserscheinungen, die den Anfangsbeschwerden ähneln. Um diese zu unterdrücken werden die Medikamente weiter eingenommen. Die Niedrigdosisabhängigkeit ist eine häufig auftretende Form der Abhängigkeit bei Schlafmittel-Konsumenten.

Durch die bereits erwähnte Toleranzbildung gegenüber dem eingenommenen Arzneimittel erfolgt die Einnahme schließlich nicht mehr aufgrund des medizinischen Zwecks, sondern zur „individuellen Befindlichkeitsmanipulation“. Durch die stetige Einnahme einer bestimmten Dosis gestaltet sich auch das Absetzen eines Medikamentes schwierig, da häufig starke Entzugserscheinungen auftreten; deshalb sollte hier ein Entzug stets unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Das Abhängigkeitsrisiko bei **Schmerzmitteln** ist bei fachgerechter Therapie gering. Dennoch weist die Gruppe der stark wirkenden Schmerzmittel (Opiate und Opioide) ein hohes Suchtpotential auf. Bei einer Reduzierung der Dosis oder beim Versuch das Medikament abzusetzen treten Entzugserscheinungen auf.

Gefährlich wird es, wenn der Ursprung der Schmerzen unbeachtet bleibt, die Schmerzen sich verselbstständigen und als eigenständige Krankheit gesehen werden oder ein so genanntes Schmerzgedächtnis entwickelt wird. Das bedeutet, dass Schmerzen unbehandelt bleiben und Medikamente weiter eingenommen werden.

| | | Männer | Frauen | Gesamt |
|--------------------------|--------------|--------|--------|--------|
| Schmerzmittel | Missbrauch | 8,5 | 8,8 | 8,7 |
| | Abhängigkeit | 3,0 | 3,7 | 3,4 |
| Schlafmittel | Missbrauch | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| | Abhängigkeit | 0,8 | 0,9 | 0,8 |
| Beruhigungsmittel | Missbrauch | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| | Abhängigkeit | 1,4 | 1,3 | 1,4 |

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit 2012 in % nach Geschlecht (18 bis 64 Jahre)

Folgen

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Neben der gewünschten Wirkung können beispielsweise folgende Nebenwirkungen auftreten: Unruhe, Schlafstörungen, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Benommenheit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Muskelschwäche, Gedächtnis- und Konzentrations-schwierigkeiten, geringe emotionale Beteiligung, Nachlassen sexueller Bedürfnisse, Einschränkung der Fahrtüchtigkeit

Schmerzmittel

Je nach Dosis und Einnahmedauer variieren die Folgen eines Medikamentenmissbrauchs.

Zu den Folgen, die nach Abbau des Schmerzmittels im Körper abklingen, können motorische Hemmungen, diverse Bewusstseinsstörungen, akute psychische Veränderungen, Müdigkeit, Übelkeit und Atemnot, Fieber, Gliederschmerzen, Übelkeit, Erbrechen oder Schlaflosigkeit zählen. Gravierender sind hier Magen-Darmstörungen, Hautausschläge, Potenzstörungen und körperliche Verwahrlosung. Der missbräuchliche Gebrauch von stark wirkenden Schmerzmitteln kann auf Dauer körperliche Folgen wie Hirnorganschäden oder Lähmungen des zentralen Nervensystems auslösen.

Folgende Problematik stellt sich ein:

Viele Patienten kennen nicht die Gefahr einer Toleranzentwicklung gegenüber einem Medikament. Dadurch empfinden sie Nebenwirkungen, die sich ähnlich der Anfangsbeschwerden äußern, als Verschlechterung des Gesundheitszustandes und bekämpfen die Nebenwirkungen weiter mit dem Medikament.

Aufgabenblatt zu Risikogruppen und Gründen für Suchtmittelkonsum

1. Gibt es eine genetische Veranlagung für die Entstehung von Sucht?

- ☐ ja
- ☐ nein

2. Heinz-Peter Röhr, tätig an einer Fachklinik für Suchtkranke, teilt die Teilnehmer einer Suchttherapie in sechs unterschiedliche idealisierte Charakter-Typen ein. Im Folgenden sind diese Persönlichkeitsstrukturen erläutert. Zudem ist ein filmisches oder literarisches Ideal-Beispiel angegeben. Welche Wirkungen könnten sich die Persönlichkeitsstrukturen typischerweise von Drogen erhoffen (Bsp. Trost, Mut etc.)?

a) Abhängige Persönlichkeitsstruktur

Idealtypisch sind übertriebene Anpassungsfähigkeit, ein Leben in der sog. „Opferrolle“, dominante Partner und große Ängstlichkeit. Solche Menschen schlucken ihren Ärger oft runter und wirken äußerlich völlig sanftmütig. Ein ideales filmisches Beispiel bietet Milhouse aus „The Simpsons“.

Funktion der Droge: _____

b) Narzisstische Persönlichkeitsstruktur

Idealtypisch sind ein übertriebenes Selbstwertgefühl, Egoismus, Neid, große Unzufriedenheit und die Unfähigkeit, Kritik zu ertragen, geschweige denn anzunehmen. Hinzu kommt wenig Empathie. Ein ideales filmisches Beispiel bietet Frank Underwood aus „House of Cards“.

Funktion der Droge: _____

c) Borderline-Persönlichkeitsstruktur

Idealtypisch ist die Suche nach Grenzen in jeglichen Lebensbereichen. Extreme auszukosten klingt für „Boderliner“ verlockend. Sie leiden unter Stimmungsschwankungen. Ein ideales filmisches Beispiel bietet Will Hunting aus „Good Will Hunting“.

Funktion der Droge: _____

d) Hysterische Persönlichkeitsstruktur

Idealtypisch sind Dramatisierungen, Selbstdarstellungen, Perfektionismus, Egoismus und wenig Empathie. Diese Menschen stehen gerne im Mittelpunkt. Ein ideales filmisches Beispiel bietet Jack Sparrow aus „Fluch der Karibik“.

Funktion der Droge: _____

e) Zwanghafte Persönlichkeitsstruktur

Idealtypisch sind Ängste und Zwänge, Pedanterie, übermäßige Gewissenhaftigkeit und die Vernachlässigung sozialer Kontakte. Ideale filmische Beispiele bieten Sheldon Cooper aus „The Big Bang Theory“ sowie Adrian Monk aus „Monk“.

Funktion der Droge: _____

f) Schizoide Persönlichkeitsstruktur

Idealtypisch sind Angst vor Nähe und Schroffheit. Diese Menschen wirken unterkühlt und einzelgängerisch. Sie verfügen über keine Empathie. Ein ideales literarisches Beispiel bietet Edward Rochester aus „Jane Eyre“.

Funktion der Droge: _____

3. Welche Faktoren, die zu einer Sucht führen könnten und die in der Umwelt des Suchtkranken liegen, fallen Ihnen spontan ein?

4. Heroinabhängigkeit steht in einer engen Verbindung zu Missbrauch im Kindesalter. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Heroinabhängigen, die als Kinder Opfer von sexuellem Missbrauch geworden sind?

| |
|---|
| % |
|---|

5. In welchen Berufsgruppen besteht Ihrer Meinung nach ein erhöhtes Risiko an Alkoholismus zu erkranken, in welchen besteht ein geringes Risiko hieran zu erkranken?

Auflösungen

zu 1

Ja, es gibt eine genetische Veranlagung für die Entstehung von Sucht. Durch Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien konnte die mögliche Existenz von genetischen Komponenten, die die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, dass jemand abhängig wird, nachgewiesen werden.

Als konkret bewiesen gilt, dass bei Kindern alkoholkranker Eltern auf Grund ihrer genetischen Vorbelastung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, ebenfalls an Alkoholismus zu erkranken.

zu 2

- a) Drogen sollen Trost spenden und mutiger machen sowie Wut und Neid betäuben.
- b) Drogen sollen den inneren Hass besänftigen und Kränkungen erträglicher machen.
- c) Drogen sollen ihre innere Leere und Langeweile bekämpfen.
- d) Drogen sollen ihre Mitmenschen manipulieren sowie Wut und Trotzgefühle runterspülen.
- e) Drogen sollen beruhigen, Ängste abbauen und enthemmen.
- f) Drogen sollen die Sehnsucht nach Berührung stillen und Hemmungen abbauen, um mit anderen Menschen in Kontakt kommen zu können.

zu 3

- das Milieu, in dem die Betroffenen aufwachsen
- soziale Veranlagung (z.B. das Trinkverhalten der Eltern)
- Schicksalsschläge

zu 4

Studien zufolge wurden 33% bis über 50% der teilnehmenden Heroinabhängigen Opfer sexuellen Missbrauchs, wobei heroinabhängige Frauen hiervon circa doppelt so häufig betroffen seien.

Als beispielhaft kann hier die Studie von Conroy et al. genannt werden, die 2009 in Australien durchgeführt wurde.

Hier konnte ermittelt werden, dass ebenfalls 33% bis über 50% der Teilnehmer als Kinder unter physischer Gewalt leiden mussten. Hierbei gab es jedoch keinen Geschlechterunterschied.

Mindestens die Hälfte der teilnehmenden Heroinabhängigen gab außerdem an, unter emotionalen Missbrauch gelitten zu haben.

zu 5

Besonders gefährdet sind Mitarbeiter im Gastronomiegewerbe, im Seefahrts- und Hafengewerbe und im Dienstleistungsgewerbe. Weniger stark gefährdet sind Mitarbeiter des Transportwesens, Landwirte und Berufe mit traditionell überwiegend weiblichem Personal wie Pädagogen und Krankenschwestern.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

1. Kennen Sie jemanden, der co-abhängig sein könnte?
☐ Ja ☐ Nein
2. Sind Sie oder waren Sie schon einmal co-abhängig?
☐ Ja ☐ Nein
3. Falls eine Tendenz zur Co-Abhängigkeit besteht: hätten Sie sich vor diesem Test als co-abhängig beschrieben?
☐ Ja ☐ Nein
4. Weitere Anmerkungen:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

1. Kennen Sie jemanden, der co-abhängig sein könnte?
☐ Ja ☐ Nein
2. Sind Sie oder waren Sie schon einmal co-abhängig?
☐ Ja ☐ Nein
3. Falls eine Tendenz zur Co-Abhängigkeit besteht: hätten Sie sich vor diesem Test als co-abhängig beschrieben?
☐ Ja ☐ Nein
4. Weitere Anmerkungen:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

1. Kennen Sie jemanden, der co-abhängig sein könnte?
☐ Ja ☐ Nein
2. Sind Sie oder waren Sie schon einmal co-abhängig?
☐ Ja ☐ Nein
3. Falls eine Tendenz zur Co-Abhängigkeit besteht: hätten Sie sich vor diesem Test als co-abhängig beschrieben?
☐ Ja ☐ Nein
4. Weitere Anmerkungen:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen:

1. Kennen Sie jemanden, der co-abhängig sein könnte?
☐ Ja ☐ Nein
2. Sind Sie oder waren Sie schon einmal co-abhängig?
☐ Ja ☐ Nein
3. Falls eine Tendenz zur Co-Abhängigkeit besteht: hätten Sie sich vor diesem Test als co-abhängig beschrieben?
☐ Ja ☐ Nein
4. Weitere Anmerkungen:

Co-Abhängigkeit

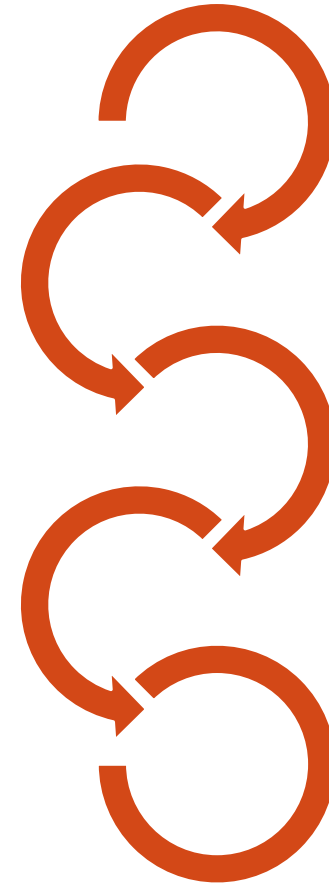
DIE SUCHT IM KOPF – EMPFEHLUNGEN ZUM UMGANG MIT
SUCHTMITTELABHÄNGIGEN MITARBEITERN

Inhaltsverzeichnis

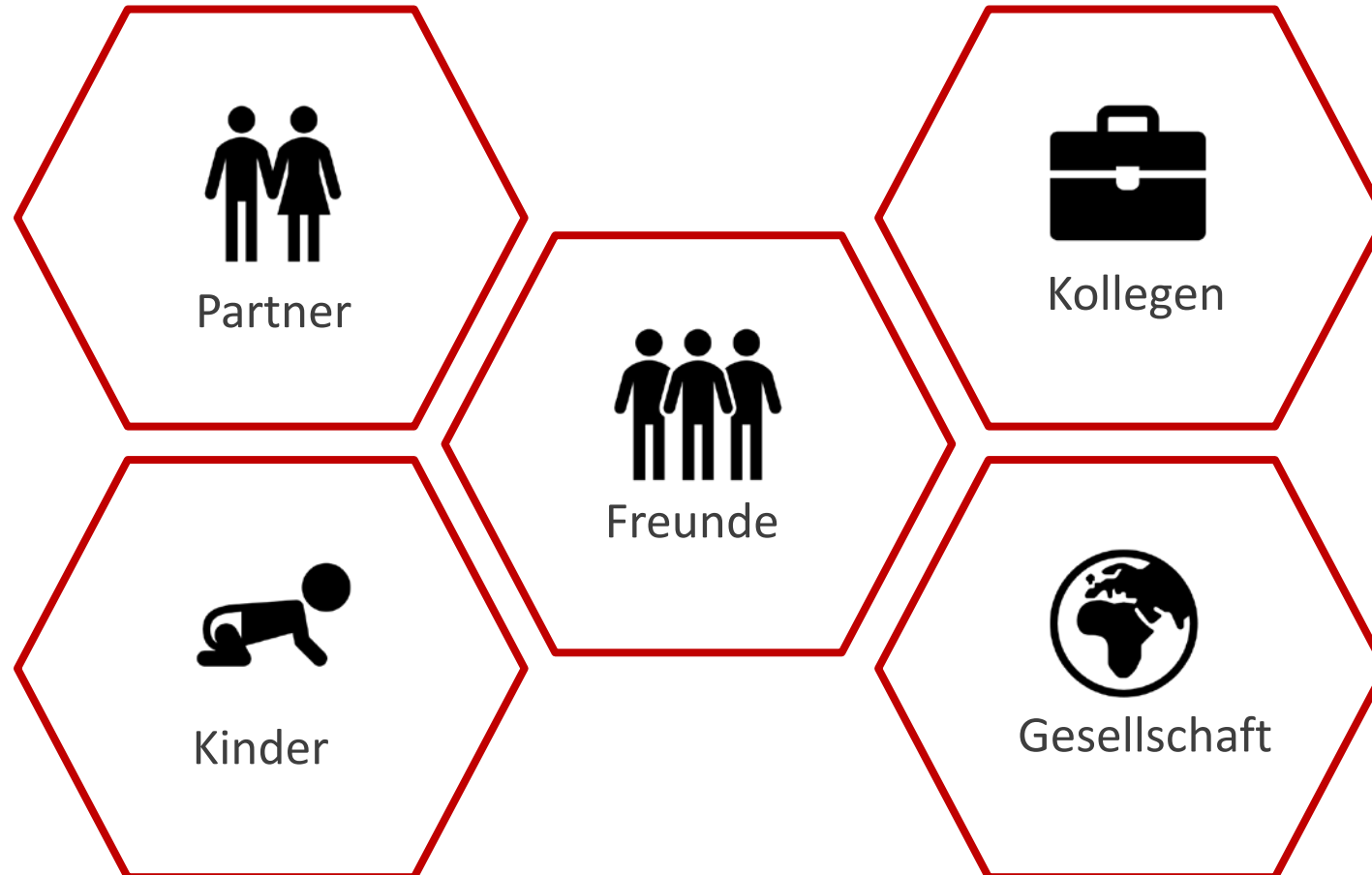
- Definition
- Co-abhängige Personengruppen
- Phasen der Co-Abhängigkeit
- Co-Abhängigkeit im Privatleben
- Co-Abhängigkeit in Unternehmen
- Auswirkungen und Begleiterscheinungen
- Der Co-Abhängigkeit entgegenwirken
- Literatur

Definition

- Co-Abhängiger als „Komplize“ des Suchtkranken
- Vertuschung von auffälligem Verhalten
- Bagatellisierung und Entschuldigung von Fehlern
- Schützen des Suchtkranken
- Verzögerung der Einsicht des Suchtkranken
- Verlängerung und Verstärkung des Suchtproblems



Co-abhängige Personengruppen



Phasen der Co-Abhängigkeit

- Unterteilung in drei Phasen:
 1. Entschuldigungs- und Beschützerphase
 - Entschuldigen und Erklären des Verhalten
 - Schützen vor Konsequenzen
 - Übernahme von Verantwortung
 2. Kontrollphase
 - Kontrolle von Ausgaben und Suchtmittelkonsum
 3. Anklagephase
 - Aussprache von Anschuldigungen und Drohungen

Co-Abhängigkeit im Privatleben

- Verhalten von co-abhängigen Familienmitgliedern, Angehörigen oder Freunden ist geprägt durch:
 - Verantwortung übernehmen für den Suchtmittelkonsumenten
 - Entschuldigen für oder Lügen über dessen Verhaltensweisen
 - Anpassung des eigenen Leben an das Suchtverhalten
 - Leihen von Geld
 - Besorgung des Suchtmittels
 - Entwicklung von Schuldgefühlen

Co-Abhängigkeit in Unternehmen

- Verhalten von co-abhängigen Kollegen ist geprägt durch:
 - Akzeptanz des Suchtmittelkonsums
 - Beratende Gespräche
 - Übernahme von Aufgaben des Suchtmittelkonsumenten
 - „Decken“ der Sucht vor Vorgesetzten
 - Ignorieren von Anzeichen der Sucht

Auswirkungen und Begleitscheinungen

Veränderungen im Alltagsverhalten

- Erhöhte Wachsamkeit
- Angst, Scham
- Unterdrückung von Emotionen
- Niedriges Selbstwertgefühl

Veränderungen des sozialen Umfelds

- Isolation
- Wechsel der sozialen Kontakte

Auswirkungen und Begleiterscheinungen

Psychische Schäden

- Depressionen
- Zwangsstörungen
- Entwicklung eigener Süchte

Psychosomatische Folgen

- Kopfschmerzen
- Herzbeschwerden
- Verspannungen

Der Co-Abhängigkeit entgegenwirken

- Grundsätzlich:
 - Informationen über die Sucht einholen
 - Eigene Abhängigkeit erkennen
 - Prinzip „Hilfe durch Nichthilfe“ verstehen und anwenden
 - Angehörigen-Selbsthilfegruppen
 - Antreten einer Kur oder Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik

Der Co-Abhängigkeit entgegenwirken

- Als Kollege:
 - Unterlassen des Schutzes, der Deckung o. ä.
 - Ansprechen des Suchtmittelkonsums
 - Aufforderung zum Unterlassen
 - Weitergabe an Vorgesetzten
- Als Vorgesetzter:
 - Anbieten und ggf. Einleiten von Hilfen für Suchtkranke

Literatur

- **Blaues-Kreuz.de** (Hrsg.) (Datum unbekannt). Informationen für Angehörige.
URL: <http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-angehoerige.html>
(aufgerufen am 24.01.2017).
- **BKE-Suchtselbsthilfe.de** (Hrsg.) (Datum unbekannt). Co-Abhängigkeit.
URL: <http://www.bke-suchtselbsthilfe.de/vielfalt-leben/angehoerige-co-abhaengig>
(aufgerufen am 24.01.2017).
- **Flassbeck, J.** (2011). Co-Abhängigkeit: Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta

Literatur

- **Gross, W.** (2016). Was Sie schon immer über Sucht wissen wollten. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- **Heize, Reuß** (2009). Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch im Betrieb. Begriffe – Prävention – rechtliche Konsequenzen. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- **Pühl, H.** (2009). Handbuch der Supervision 3. Berlin: Ulrich Leutner Verlag.
- **Striesenow, C.** (2014). Ich will raus: Co-Abhängigkeit als Sucht. Hamburg: Bachelor + Master Publishing 2014.

Selbsttest: Co-Abhängigkeit

Quelle: <http://www.blaues-kreuz.de/bundeszentrale/uebersucht/info-angehoerige/co-selbsttest.html>

Aufgabenstellung:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen jeweils mit „Ja“ oder „Nein“. Wie die Auswertung erfolgt, wird im Anschluss an den Selbsttest erläutert.

1. Sie ahnen, dass Ihr Angehöriger /Ihre Angehörige oder Ihr Kollege /Ihre Kollegin „anders“ trinkt. Haben Sie ihn / sie schon des Öfteren darauf ohne Erfolg angesprochen?
☐ Ja ☐ Nein
2. Sie möchten, dass Ihr Angehöriger /Kollege weniger trinkt und deshalb z. B. zu Hause bleibt und nicht in die Gastwirtschaft geht. Haben Sie schon mit ihm getrunken, damit er nicht zuviel trinkt?
☐ Ja ☐ Nein
3. Übernehmen Sie zunehmend Aufgaben und Verantwortung in Bereichen, für die eigentlich Ihr Angehöriger /Kollege zuständig ist?
☐ Ja ☐ Nein
4. Werden Sie von Verwandten / Nachbarn / Kollegen oder anderen für Ihren Einsatz und Ihr „Opfer“ gelobt?
☐ Ja ☐ Nein
5. Fühlen sie sich zum Lügen und zum Decken von Unregelmäßigkeiten genötigt, weil Sie Ihren Angehörigen / Kollegen nicht fallen lassen wollen?
☐ Ja ☐ Nein
6. Fühlen Sie sich gut und stark, wenn sich der Abhängige schwach fühlt und Sie braucht?
☐ Ja ☐ Nein
7. Zweifeln Sie manchmal an Ihrer eigenen Beobachtungsgabe und Wahrnehmung, wenn es um die Beurteilung Ihres Angehörigen / Kollegen geht?
☐ Ja ☐ Nein

8. Sind Sie mit Ihren Gefühlen stark von der Situation des Angehörigen / Kollegen abhängig?
- ☐ Ja ☐ Nein
9. Manchmal haben Sie die Hoffnung, dass alles wieder wird wie früher. Dann verstärken Sie Ihre Hilfe – und sind bei einem Rückfall völlig niedergeschlagen und verzweifelt.
- ☐ Ja ☐ Nein
10. Die ständige Belastung greift Ihre Gesundheit an. Leiden Sie unter körperlichen und psychischen Beschwerden?
- ☐ Ja ☐ Nein
11. Greifen sie selbst zu Alkohol bzw. Medikamenten (Schlaf- und Beruhigungsmittel usw.), um den Stress aushalten zu können?
- ☐ Ja ☐ Nein
12. Könnte es sich bei der Person um einen Angehörigen handeln, so beantworten Sie bitte 12a. Könnte es sich bei der betroffenen Person um einen Kollegen handeln, so beantworten Sie bitte Frage 12b.
- a) Haben Sie Ihrem Angehörigen schon einmal mit Trennung bzw. Scheidung gedroht, weil er so viel trinkt?
- b) Haben Sie Ihrem Kollegen schon einmal mit einem Gespräch beim Chef bzw. mit einer Abmahnung gedroht, weil er so viel trinkt?
- ☐ Ja ☐ Nein
13. Kreisen manchmal Todeswünsche in Ihrem Kopf (z B. „Wenn er doch nur einmal gegen einen Baum fahren würde!“)?
- ☐ Ja ☐ Nein
14. Fühlen Sie sich angesichts des Abhängigen und Ihrer Lage ohnmächtig und möchten am liebsten aufgeben?
- ☐ Ja ☐ Nein
15. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Angehöriger / Kollege völlig abrutschen könnte, wenn Sie sich nicht mehr um ihn kümmern würden?
- ☐ Ja ☐ Nein

16. Ziehen Sie sich zunehmend zurück aus Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis und vom gesellschaftlichen Leben?

☐ Ja ☐ Nein

17. Teilen Sie Ihrem Angehörigen / Kollegen die Alkoholrationen ein bzw. kontrollieren Sie sein Trinken?

☐ Ja ☐ Nein

18. Haben Sie dem Abhängigen schon des Öfteren gedroht, aber diese Drohung dann doch nicht wahrgemacht oder vergessen?

☐ Ja ☐ Nein

19. Haben Sie manchmal Angst vor Aggressionen, Gewaltanwendung Ihres Angehörigen / Kollegen?

☐ Ja ☐ Nein

20. Fühlen Sie sich für das Trinken Ihres Angehörigen / Kollegen irgendwie verantwortlich, ja vielleicht „schuldig“?

☐ Ja ☐ Nein

21. Nutzen Sie erneut im Zusammenhang mit Angehörigen die Frage 21a und im Zusammenhang mit Kollegen Frage 21b. Wissen Sie zeitweise nicht, wie Sie bedingt durch das Verhalten des Alkoholabhängigen,

a) finanziell über die Runden kommen sollen?

b) mit der Mehrarbeit und Mehrbelastung zurechtkommen sollen?

☐ Ja ☐ Nein

22. Beantworten Sie hier ebenfalls bezüglich eines Angehörigen Frage 22a und bezüglich eines Kollegen Frage 22b.

a) Sind Ihnen im Zusammenleben mit dem Abhängigen wesentliche Bereiche einer gesunden Beziehung, z. B. Vertrauensbasis, Austausch von Zärtlichkeiten usw., verloren gegangen?

b) Sind Ihnen in der Zusammenarbeit mit dem Abhängigen wesentliche Bereiche eines guten Betriebsklimas, z.B.

☐ Ja ☐ Nein

Auswertung:

Die Auswertung erfolgt anhand der Anzahl der im Selbsttest angekreuzten „Ja“. Wurde mehr als drei Mal „Ja“ angekreuzt, so besteht die Möglichkeit, dass Co-Abhängigkeit vorliegt. Bei fünf oder mehr angekreuzten „Ja“-Antworten, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch.

Therapiemöglichkeiten

Kontakt- und Motivationsphase

Den Anfang einer Therapie bildet die Kontakt- und Motivationsphase. Im Vordergrund der Kontakt- und Motivationsphase steht der Versuch die vorhandenen motivierenden emotionalen Faktoren zur Teilnahme an einer Therapie zu verstärken und gleichzeitig die motivationshemmenden Einflüsse zu reduzieren. In jedem Fall soll der Suchtmittelkonsument Interesse an einer Behandlung gewinnen.

Der Suchtmittelkonsument bekommt zunächst eine Vorahnung über eine mögliche Suchterkrankung. Erst ein beginnendes Problembewusstsein hinsichtlich einer Anhängigkeit führt zur Motivation, das eigene Suchtverhalten zu hinterfragen. Durch die Krankheitseinsicht entwickelt der Suchtmittelkonsument ein Störungskonzept. Dieses Störungskonzept beinhaltet die Suche nach Informationen bezüglich des Suchtmittels aber auch möglicher Hilfe- bzw. Therapieformen. Durch Gespräche mit Gleichgesinnten oder Angehörigen fasst der Konsument den Mut, Kontakte zu Hilfetägern wie zum Beispiel Suchtberatungsstellen zu knüpfen. Beratungsangebote verschiedener Träger können sowohl online und am Telefon als auch persönlich vor Ort wahrgenommen werden. Zahlreiche Informationen zu Suchtmitteln und Ansprechpartnern lassen sich im Internet recherchieren. Die Kontaktaufnahme erfolgt hier und bei einer Telefon-Beratung zunächst anonym. Die Vor-Ort-Beratung findet dann im persönlichen Rahmen, aber auch unter Einhaltung einer Schweigepflicht statt. Gemeinsam mit dem Suchtmittelkonsumenten wird innerhalb des Beratungsprozesses seine persönliche Situation eingeschätzt und eine medizinische, psychische und soziale Diagnostik erstellt. Ein individueller Hilfeplan mit Empfehlungen geeigneter Maßnahmen aus allen potentiellen Angeboten wird hieraus entwickelt. Die Schwierigkeit besteht in der Wahl der richtigen Therapieform. Durch die hohe Komplexität der Hilfesysteme empfiehlt sich die intensive Beachtung der persönlichen Krankheitsgeschichte des Suchtmittelkonsumenten. Die Hilfepläne werden je nach Entwicklung und Stand neuer Erkenntnisse möglicherweise angepasst und sind dynamisch. Der Therapieverlauf wird zu jeder Zeit hinsichtlich des Behandlungserfolges evaluiert.

Bereits während der Kontakt- und Motivationsphase können Kostenträger angesprochen werden. Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger übernehmen zum Beispiel unter Berücksichtigung einiger formaler Kriterien die Kosten der Suchttherapie. Hierzu zählen unter anderem ein förmlicher Antrag und die Erstellung eines medizinischen Gutachtens sowie eines Sozialberichtes über die Notwendigkeit einer Behandlung.

Arbeitsauftrag:

Stellen Sie die zentralen Aussagen der Kontakt- und Motivationsphase zusammen. Anhand der unten genannten Fragestellungen können die Inhalte systematisch aufgeteilt werden. Halten Sie Ihre Ergebnisse auf einem Flipchart fest, um den anderen Seminarteilnehmern die Kontakt- und Motivationsphase zu präsentieren.

Was ist das Ziel der Kontakt- und Motivationsphase?

Was sind die zentralen Inhalte und Methoden der Kontakt- und Motivationsphase?

Welche Herausforderungen ergeben sich in der Kontakt- und Motivationsphase?

Therapiemöglichkeiten

Entgiftungsphase

Hat sich der Suchtmittelkonsument zu einer Therapie entschlossen, folgt die Entgiftungsphase. Ziel hier ist der körperliche Entzug bzw. die Detoxifikation von dem konsumierten Suchtmittel und die Beherrschung des Entzugssyndroms. Je nach Suchtmittel sind die Entzugserrscheinungen mitunter verschieden und können mal stärker, mal weniger stark ausgeprägt sein. Individuell angepasst an den Hilfebedarf richtet sich auch die Therapieform. So kann zwischen der ambulanten und teil-/vollstationären Entzugsbehandlung gewählt werden. Eine ambulante Entzugsbehandlung findet in der Regel auf Wunsch des Patienten statt und ist wieder abhängig von der Suchtproblematik. Die ambulante Entgiftung findet unter Anleitung und Beobachtung eines Arztes statt und kann nur mit Vertrauen als Basis durchgeführt werden. Ein Merkmal des ambulanten Entzuges liegt in der langsamen Reduktion des Konsums. Die Willensstärke des Suchtmittelkonsumenten ist hier von grundlegender Bedeutung. Eine pharmakologische Unterstützung in Form von Medikamenten ermöglicht während der Entgiftung eine gewisse Kontrolle und gibt Hilfestellung. Bei zu erwartenden Komplikationen wird die ambulante Entgiftung allerdings ausgeschlossen. Treten lebensbedrohliche Entzugsercheinungen wie zum Beispiel ein Delirium als Folge des Alkoholsyndroms auf, ist in diesen Fällen die stationäre Entzugsbehandlung erforderlich. Die Entgiftung findet hier teil- oder vollstationär in einer suchtmmedizinisch spezialisierten Einrichtung statt. Dazu zählen unter anderem Entzugsabteilungen in psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäusern. Hier erfolgt eine intensive medizinische, psychosoziale und therapeutische Begleitung durch mehrere Hilfeinstanzen. Auch der stationäre Entzug kann pharmakologisch unterstützt werden. Der „kalte“ Entzug findet ohne medikamentöse Unterstützung statt und bewegt sich in einem Zeitrahmen zwischen 7 und 14 Tagen. Der „warme“ Entzug wird medikamentös unterstützt und dauert ungefähr 20 Tage.

Arbeitsauftrag:

Stellen Sie die zentralen Aussagen der Entgiftungsphase zusammen. Anhand der unten genannten Fragestellungen können die Inhalte systematisch aufgeteilt werden. Halten Sie Ihre Ergebnisse auf einem Flipchart fest, um den anderen Seminarteilnehmern die Entgiftungsphase zu präsentieren.

Was ist das Ziel der Entgiftungsphase?

Was sind die zentralen Inhalte und Methoden der Entgiftungsphase?

Welche Herausforderungen ergeben sich in der Entgiftungsphase?

Therapiemöglichkeiten

Entwöhnungsphase

Hauptmerkmal der Entwöhnungsphase ist die Analyse des individuellen Problemverhaltens und der Hintergründe der Sucht. Neben der körperlichen Entgiftung und der medizinischen Behandlung bedarf es auch der geistigen Entwöhnung und sozialen Betreuung des Suchtmittelkonsumenten. Während der Entwöhnungsphase findet eine psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung statt. Merkmal des „Qualifizierte[n] Entzugs“ ist die Kombination von Körper und Geist, wodurch ein höherer Therapieerfolg gewährleistet werden kann. Erfolgsprognosen gelten trotzdem als schwierig. So belasten Unwägbarkeiten den Therapieverlauf. Die Dauer lässt sich genau wie die Erfolgsprognosen schwer einschätzen und ist abhängig vom subjektiven Krankheitsverlauf und der Therapieform. Die Entwöhnung kann sowohl ambulant als auch stationär stattfinden. Während die ambulante Entwöhnungsphase in einem Zeitrahmen weniger Wochen erfolgt, kann die stationäre Behandlung bis zu sechs Monaten andauern. Welche Therapieform gewählt wird, begründet sich anhand von individuellen Kriterien. Für eine ambulante Behandlung spricht einerseits eine hohe soziale Kompetenz und Motivation des Suchtmittelkonsumenten und andererseits eine erstmalige Abhängigkeit. Im Gegensatz dazu führen eine lange Dauer der Abhängigkeit oder bereits eingetretene schwere Folgeschäden meist zur Auswahl einer stationären Therapie. Durch die Aufnahme in Fachkliniken, therapeutischen Gemeinschaften und spezialisierten Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser verlassen die Suchtmittelkonsumenten ihr gewohntes meist problembehaftetes Umfeld für eine befristete Zeit. Zielgruppenspezifisch existieren besondere Angebote für Frauen, Eltern mit Kindern oder Minderjährige. Die Einrichtungen unterscheiden sich außerdem in Bezug auf das Leitbild, die Methoden und Qualifikationen. Die Auswahl einer Einrichtung bedingt sich durch die individuellen Faktoren des Patienten. Während des stationären Aufenthaltes ändert sich kurzfristig die Lebenssituation des Suchtmittelkonsumenten. Innerhalb des geschützten Raumes mit der Nähe zu Gleichgesinnten sind Veränderungsprozesse einfacher möglich. Allerdings können diese Umfeldbedingungen als unnatürlich kritisiert werden, da sie möglicherweise nicht den späteren Lebensbedingungen des Suchtmittelkonsumenten entsprechen. Gleichwohl welche Therapieform gewählt wird, ist in dieser Phase wieder die Motivationsarbeit von großer Bedeutung. Diese beinhaltet, dass die Suchtmittelkonsumenten dem psychischen Leidensdruck widerstehen und psychosoziale Folgen des Konsums aufarbeiten können. Die temporär erreichte Abstinenz soll stabilisiert und eine Abhängigkeit langfristig beendet werden. Die psychotherapeutische Behandlung umfasst zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie, die in Einzel- und Gruppengesprächen stattfinden kann. Hier werden neue Verhaltensweisen konkretisiert und eingeübt, das Suchtverhalten reflektiert. Bei der psychoanalytisch/tiefenpsychologisch fundierten Therapie wird die Sucht als Abwehrverhalten verstanden. Unbewusste Konflikte und Defizite werden analysiert, sodass Auslöser und Hintergründe der Sucht identifiziert und ihnen entsprechend entgegengewirkt werden kann. Weiterer Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung kann die Paar- und Familientherapie sein. Hier werden Angehörige unmittelbar

miteinbezogen, um auch eine mögliche Co-Abhängigkeit zu behandeln. Außerdem schafft die Einbindung des persönlichen Umfeldes des Suchtmittelkonsumenten eine gewisse Verbindlichkeit und Hilfe zur dauerhaften Abstinenz. Eine Musik-/Kunst- oder Bewegungstherapie sind weitere Möglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung. Auch Einzelmaßnahmen helfen im psychischen und sozialen Entwöhnungsprozess. Dazu zählen Verfahren zum Aufbau der persönlichen Selbstkontrolle, soziale Kompetenz- und Stressbewältigungstrainings sowie Reizexpositionsverfahren. Mit diesen Maßnahmen wird ein Reaktionsverhalten für Situationen trainiert, in denen der Suchtmittelkonsument mit Reizen konfrontiert wird, die einen Rückfall provozieren könnten.

Arbeitsauftrag:

Stellen Sie die zentralen Aussagen der Entwöhnungsphase zusammen. Anhand der unten genannten Fragestellungen können die Inhalte systematisch aufgeteilt werden. Halten Sie Ihre Ergebnisse auf einem Flipchart fest, um den anderen Seminarteilnehmern die Entwöhnungsphase zu präsentieren.

Was ist das Ziel der Entwöhnungsphase?

Was sind die zentralen Inhalte und Methoden der Entwöhnungsphase?

Welche Herausforderungen ergeben sich in der Entwöhnungsphase?

Therapiemöglichkeiten

Nachsorge- und Rehabilitationsphase

Nachdem der Suchtmittelkonsument körperlich entgiftet ist und die psychischen sowie sozialen Folgen des Konsums bekämpft hat, gestaltet sich das Ziel der Nachsorge- und Rehabilitationsphase in der langfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz und der Verhinderung eines Rückfalls. Im Vordergrund stehen die Rehabilitation und Reintegration, sowohl in die Gesellschaft als auch in den Arbeitsmarkt. Die Adaption als Teil der Nachsorge- und Rehabilitationsphase schließt sich unmittelbar an die Entwöhnungsphase. Hier werden die vorher im sicheren Rahmen eingeübten und erlernten Verhaltensweisen unter realen Alltagsbedingungen erprobt. Die eigenständige Lebensführung und Leistungsfähigkeit sollen wieder hergestellt werden für eine frühzeitige berufliche und soziale Wiedereingliederung. Der Zugang zu elementaren und gesellschaftlichen Bereichen muss ermöglicht und die wirtschaftliche Versorgung gesichert werden. Ein geregelter Tagesablauf und ein stabiles Umfeld fördern die Beibehaltung der Abstinenz. Nach der Überwindung der Abhängigkeit brechen möglicherweise die sozialen Kontakte zu vorher Gleichgesinnten ab. Um der Isolation und Vereinsamung vorzubeugen, helfen Selbsthilfegruppen neue Kontakte zu knüpfen. Selbsthilfegruppen stellen keinen Ersatz der professionellen Therapie dar, fungieren allerdings auch nicht nur als Ergänzung der Suchthilfe. Vielmehr sind sie als eigenständiges Unterstützungssystem zu sehen. Sie dienen als erste Ansprechpartner, auch bereits in der Motivationsphase. Selbsthilfegruppen sind eine Organisation von und für Menschen und leisten einen qualitativen und quantitativen Beitrag zur Überwindung der Sucht. Innerhalb der Gruppe werden Suchtmittelkonsumenten mit Erinnerungen konfrontiert und können durch Erfahrungen anderer ermutigt werden, die Sucht dauerhaft zu bekämpfen. Die wohl bekannteste Organisation der Selbsthilfe ist die Gruppe der „Anonymen Alkoholiker“. Im Rahmen der Selbsthilfe für den illegalen Drogen- und Medikamentenkonsum existieren ebenfalls Gruppen, allerdings weniger verbreitet. Ein weiterer Bestandteil der Nachsorge- und Rehabilitationsphase ist die Therapie von Begleiterkrankungen. Unter Umständen sind die Folgen einer Abhängigkeit so schwer, sodass die Begleiterkrankungen das Leben der Konsumenten eingeschränkt haben. Hier bedarf es der ständigen hausärztlichen Nachsorge. Eine medikamentöse Rückfallprophylaxe hilft der Beibehaltung der Abstinenz. Diese stellt allerdings nur ein Element eines fachgerechten Behandlungskonzeptes dar und geht wieder mit einer intensiven psychosozialen Begleitung einher. In schwierigen Fällen kann die Pharmakotherapie einen erneuten Verfall in die Sucht verhindern. Bei Opiatabhängigen wird zum Beispiel die Methadonsubstitution genutzt und bei einer Alkoholabhängigkeit können „Anti-Caving-Substanzen“ verschrieben werden, die das Verlangen nach Alkohol vermindern können. In Form einer Aversionstherapie wird ein Medikament verabreicht, das in Kombination mit Alkohol zu Übelkeit führt. Die Übelkeitsreaktion gilt als klassische Konditionierung und soll dem Alkoholkonsum vorbeugen.

Maßnahmen und ergänzende Integrationshilfen können bereits während einer Entwöhnung beginnen.

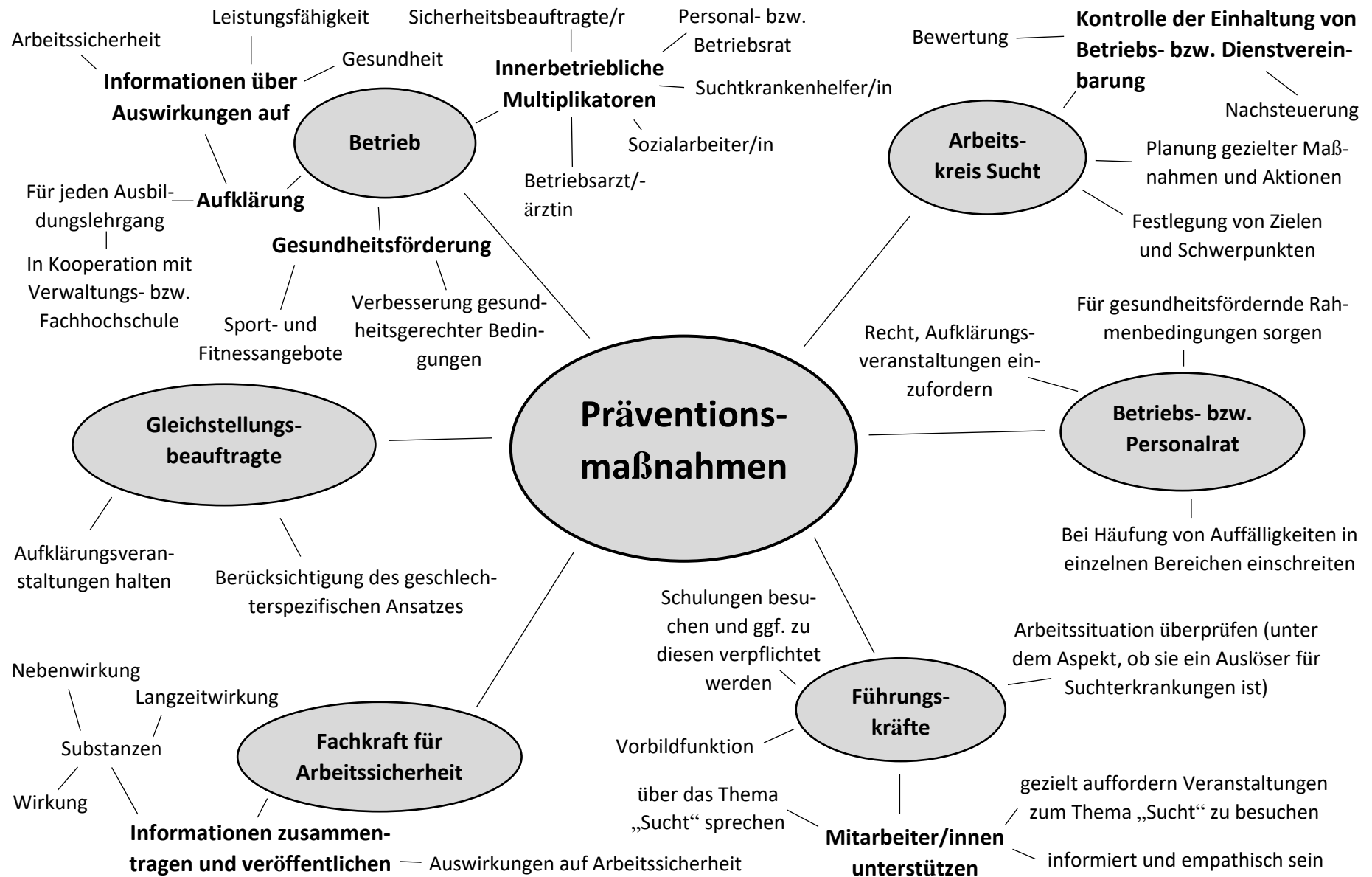
Arbeitsauftrag:

Stellen Sie die zentralen Aussagen der Nachsorge- und Rehabilitationsphase zusammen. Anhand der unten genannten Fragestellungen können die Inhalte systematisch aufgeteilt werden. Halten Sie Ihre Ergebnisse auf einem Flipchart fest, um den anderen Seminarteilnehmern die Nachsorge- und Rehabilitationsphase zu präsentieren.

Was ist das Ziel der Nachsorge- und Rehabilitationsphase?

Was sind die zentralen Inhalte und Methoden der Nachsorge- und Rehabilitationsphase?

Welche Herausforderungen ergeben sich in der Nachsorge- und Rehabilitationsphase?



Rechtliche Perspektive – Wer weiß was?

Von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten können mehrere richtig sein.

Arbeitsrecht:

1. Welche arbeitsrechtlichen Maßnahmen stehen dem Arbeitgeber im Umgang mit Suchtmittelkonsumenten grundsätzlich zur Verfügung?
 - a) ☐ Abmahnung
 - b) ☐ Herabgruppierung
 - c) ☐ Anordnung einer ärztlichen Untersuchung
 - d) ☐ Umsetzung
 - e) ☐ Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand
 - f) ☐ Kündigung

2. Sie merken, dass ein Mitarbeiter scheinbar alkoholisiert am Arbeitsplatz erscheint. Wie reagieren sie als Vorgesetzter?
 - a) ☐ Solange der Mitarbeiter seine Arbeit noch ausführen kann, soll er dies auch tun.
 - b) ☐ Der Mitarbeiter ist nach Hause zu schicken. Zudem ist für einen sicheren Heimweg Sorge zu tragen.
 - c) ☐ Der Mitarbeiter ist außerordentlich zu kündigen, da ein solches Verhalten nicht zu dulden ist.
 - d) ☐ Der Verdacht alleine reicht nicht aus. Ein Alkoholschnelltest ist notwendig, um Beweise festzuhalten oder um falschen Verdächtigungen zu vermeiden.
 - e) ☐ Der Vorfall ist zu dokumentieren.

3. Ein Mitarbeiter hat seine Suchtmittelabhängigkeit erfolgreich durch einen Entzug überstanden, erleidet aber wenige Zeit später einen Rückfall. Wie ordnen sie diesen Rückfall ein?
 - a) ☐ Der Rückfall zeigt, dass der Mitarbeiter die Abhängigkeit auch künftig nicht überwinden wird. Somit liegt eine negative Zukunftsprognose vor und er kann personenbedingt gekündigt werden.
 - b) ☐ Der Rückfall ist wie eine Ersterkrankung zu behandeln.

Dienstrecht:

1. Welche Pflichte(n) hat der Dienstherr gegenüber einem betroffenen Beamten?
 - a) ☐ keine Pflichten
 - b) ☐ Fürsorgepflicht
 - c) ☐ Wohlverhaltenspflicht
 - d) ☐ Verschwiegenheitspflicht

2. Welche Pflicht(en) könnte(n) im folgenden Sachverhalt durch den Beamten (B) verletzt worden sein?

Sachverhalt: *Beamter (B) konsumiert täglich Kokain, obwohl ihm ärztlich bestätigt wurde, dass dadurch seine körperliche und geistige Gesundheit sehr beeinträchtigt wird.*

- a) ☐ Legalitätspflicht
 - b) ☐ Drogenabstinenzpflicht
 - c) ☐ Seriositätspflicht
 - d) ☐ Gesunderhaltungspflicht
3. Welche der folgenden Maßnahmen zielen auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber dem Beamten ab?
- a) ☐ Kostenübernahme einer notwendigen Suchttherapie des Beamten.
 - b) ☐ Den Beamten bei Verdacht zur amtsärztlichen Untersuchung anzuweisen.
 - c) ☐ Alle involvierten Personen im Umfeld des sucherkrankten Beamten zum Gespräch einladen.
 - d) ☐ E-Mail-Verkehr des Betroffenen für eine gewisse Zeit überwachen.

Dienstvereinbarungen:

1. Warum existieren Dienstvereinbarungen zum Thema „Sucht“?
- a) ☐ Fürsorgepflicht
 - b) ☐ Vorbeugung
 - c) ☐ Gleichheit aller Betroffenen
2. Für welchen Personenkreis gilt eine Dienstvereinbarung?
- a) ☐ Beschäftigte
 - b) ☐ Einwohner
 - c) ☐ Beamte/innen
 - d) ☐ Auszubildende
3. Welche Ziele haben Dienstvereinbarungen zum Thema „Sucht“?
- a) ☐ Anleitung zum angemessenen Umgang mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken
 - b) ☐ Betroffene sollen direkt aus dem Dienst entfernt werden
 - c) ☐ Beitrag zur Arbeitssicherheit und zum Arbeitsfrieden

Rechtliche Perspektive - Wer weiß was?

-Lösungsblatt für den Trainer-

Arbeitsrecht:

1. Welche arbeitsrechtlichen Maßnahmen stehen dem Arbeitgeber im Umgang mit Suchtmittelkonsumenten grundsätzlich zur Verfügung?
 - a) ☒ Abmahnung
 - b) ☐ Herabgruppierung, *nur in Form eines einvernehmlichen Änderungsvertrags oder einer Änderungskündigung möglich*
 - c) ☒ Anordnung einer ärztlichen Untersuchung
 - d) ☒ Umsetzung, *nicht zu verwechseln mit einer Versetzung*
 - e) ☐ Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand, *Gedanke aus dem Beamtenrecht*
 - f) ☒ Kündigung

2. Sie merken, dass ein Mitarbeiter scheinbar alkoholisiert am Arbeitsplatz erscheint. Wie reagieren sie als Vorgesetzter?
 - a) ☐ Solange der Mitarbeiter seine Arbeit noch ausführen kann, soll er dies auch tun.
 - b) ☒ Der Mitarbeiter ist nach Hause zu schicken. Zudem ist für einen sicheren Heimweg Sorge zu tragen.
 - c) ☐ Der Mitarbeiter ist außerordentlich zu kündigen, da ein solches Verhalten nicht zu dulden ist.
 - d) ☐ Der Verdacht alleine reicht nicht aus. Ein Alkoholschnelltest ist notwendig, um Beweise festzuhalten oder um falschen Verdächtigungen zu vermeiden.
 - e) ☒ Der Vorfall ist zu dokumentieren, *mit genauer Angabe von Datum, Ort, Zeit, Beobachtungen*

3. Ein Mitarbeiter hat seine Suchtmittelabhängigkeit erfolgreich durch einen Entzug überstanden, erleidet aber wenige Zeit später einen Rückfall. Wie ordnen sie diesen Rückfall ein?
 - a) ☐ Der Rückfall zeigt, dass der Mitarbeiter die Abhängigkeit auch künftig nicht überwinden wird. Somit liegt eine negative Zukunftsprognose vor und er kann personenbedingt gekündigt werden.
 - b) ☒ Der Rückfall ist wie eine Ersterkrankung zu behandeln.

Dienstrecht:

1. Welche Pflichte(n) hat der Dienstherr gegenüber einem betroffenen Beamten?
 - a) ☐ keine Pflichten
 - b) ☒ Fürsorgepflicht
 - c) ☐ Wohlverhaltenspflicht
 - d) ☒ Verschwiegenheitspflicht

2. Welche Pflicht(en) könnte(n) im folgenden Sachverhalt durch den Beamten (B) verletzt worden sein?

Sachverhalt: *Beamter (B) konsumiert täglich Kokain, obwohl ihm ärztlich bestätigt wurde, dass dadurch seine körperliche und geistige Gesundheit sehr beeinträchtigt wird.*

- a) ☐ Legalitätspflicht
 - b) ☐ Drogenabstinenzpflicht
 - c) ☐ Seriositätspflicht
 - d) ☒ Gesunderhaltungspflicht

3. Welche der folgenden Maßnahmen zielen auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber dem Beamten ab?
 - a) ☒ Kostenübernahme einer notwendigen Suchttherapie des Beamten.
 - b) ☒ Den Beamten bei Verdacht zur amtsärztlichen Untersuchung anzuweisen.
 - c) ☐ Alle involvierten Personen im Umfeld des sucherkrankten Beamten zum Gespräch einladen.
 - d) ☐ E-Mail-Verkehr des Betroffenen für eine gewisse Zeit überwachen.

Dienstvereinbarungen:

4. Warum existieren Dienstvereinbarungen zum Thema „Sucht“?
 - a) ☒ Fürsorgepflicht
 - b) ☒ Vorbeugung
 - c) ☒ Gleichheit aller Betroffenen

5. Für welchen Personenkreis gilt eine Dienstvereinbarung?
 - a) ☒ Beschäftigte
 - b) ☐ Einwohner, *Dienstvereinbarungen entfalten Innenwirkung; Einwohner aber stehen außerhalb der Verwaltung*

- c) ☒ Beamte/innen
- d) ☒ Auszubildende

6. Welche Ziele haben Dienstvereinbarungen zum Thema „Sucht“?

- a) ☒ Anleitung zum angemessenen Umgang mit Suchtgefährdeten und Suchtkranken
- b) ☐ Betroffene sollen direkt aus dem Dienst entfernt werden
- c) ☒ Beitrag zur Arbeitssicherheit und zum Arbeitsfrieden

Je nach Wissensstand der Teilnehmer können im Anschluss an diesen Fragebogen mit Hilfe des Trainerhandbuches im verschiedene Schwerpunkte gesetzt und diese im Rahmen des darauffolgenden Vortrags bzw. des Lehrgesprächs näher erläutert werden.

Beispiel-Drehbücher für ein Rollenspiel

Gutes Gespräch

Vorgesetzter

| | |
|---|--|
| Begrüßung | Guten Tag Herr/Frau... Schön, dass Sie da sind. Nehmen Sie doch bitte Platz. |
| Vorgang liegt dem Vorgesetzten vor. | |
| Sorge bekunden, Auffälligkeiten, Fakten, Hilfeangebot | Ich mache mir Sorgen um Sie. Mir ist aufgefallen, dass Sie seit längerer Zeit unkonzentriert und angeschlagen wirken und vermehrt fehlen. Ich kenne Sie als zuverlässigen Mitarbeiter. Aktuell haben sich jedoch in Ihrem Sachgebiet Postrückstände gebildet. Gibt es aktuelle berufliche oder persönliche Probleme, über die Sie reden möchten und bei denen ich Ihnen helfen kann? |
| Konkrete Vereinbarungen | Herr/Frau ..., ich muss Sie darum bitten, dieses Verhalten zu ändern und Ihre Arbeitsleistung wieder zu verbessern. |
| Weiteren Gesprächstermin vereinbaren | Gerne würde ich mich mit Ihnen erneut in vier Wochen zusammen setzen, um nochmal ein Reflektionsgespräch zu führen. |

Mitarbeiter

| | |
|---|---|
| Begrüßung | Guten Tag ... |
| Reaktion auf Sorge bekunden, Auffälligkeiten, Fakten, Hilfeangebot | Ja, da haben Sie Recht, im Moment habe ich wirklich viel Stress zuhause, meine kleinen Kinder sind ständig krank, ich komme zu nichts, muss spät noch den Haushalt machen, schlafe wenig... |
| Konkrete Vereinbarungen | Ich werde versuchen, das wieder in den Griff zu bekommen und meinen Mann bitten, mir etwas Arbeit abzunehmen... |
| Weiterer Gesprächstermin | Den Termin können wir festhalten, ich denke aber nicht, dass der Termin benötigt wird. Ich werde versuchen meine Leistung wieder konstanter abzuliefern. |

Schlechtes Gespräch

Vorgesetzter

| | |
|---|---|
| Begrüßung | Guten Tag ... Nehmen Sie doch bitte Platz. |
| Vorgang wird im Chaos nicht gefunden | |
| Sorge bekunden, Auffälligkeiten, Fakten, Hilfeangebot | Ich habe von anderen erfahren, dass sie unpünktlich zum Dienst erscheinen, nicht konzentriert sind, ihre täglichen Fallzahlen nicht schaffen. So geht das nicht weiter.... Mir ist das schon länger aufgefallen. Kann das sein, dass Sie zu viel Alkohol konsumieren? Soll ich für die mal einen Termin bei den Anonymen Alkoholikern vereinbaren? |
| Telefon klingelt, Chef geht dran | |
| Konkrete Vereinbarungen | Sie müssen dringend Ihre Arbeit wieder erledigen, ansonsten feuere ich Sie... |
| Weiteren Gesprächstermin vereinbaren | Gehen Sie mal zu der Suchtberatung, wenn das nichts bringt, kommen Sie doch mal wieder zu einem Gespräch vorbei. |

Mitarbeiter

| | |
|--|---|
| Begrüßung | Guten Tag ... |
| Reaktion auf Sorge bekunden, Auffälligkeiten, Fakten, Hilfeangebot | Das kann ich gar nicht nachvollziehen. An den Behauptungen ist gar nichts dran. Wer hat Ihnen das erzählt? |
| Konkrete Vereinbarungen | Feuern können Sie mich schon mal gar nicht, dafür müssen Sie mir erstmal nachweisen, dass ich ein Alkoholproblem habe... Und drohen lass ich mir auch nicht... |
| Weiterer Gesprächstermin | Ok, tschüß... |

Gesprächsleitfaden

| Gesprächsablauf | Formulierungsbeispiele |
|--------------------------------------|--|
| Begrüßung | Guten Tag Herr X/Frau Y, Schön, dass Sie da sind. Nehmen Sie doch bitte Platz. |
| Sorge bekunden | Ich mache mir Sorgen um Sie... |
| Auffälligkeiten | Mir ist aufgefallen, dass Sie seit längerer Zeit unkonzentriert und angeschlagen wirken und vermehrt fehlen. |
| Fakten | Ich kenne Sie als zuverlässigen Mitarbeiter. Aktuell haben sich jedoch in Ihrem Sachgebiet Postrückstände gebildet. |
| Hilfeangebot | Gibt es aktuell persönliche oder berufliche Probleme über die Sie reden möchten und bei denen ich Ihnen helfen kann? |
| Konkrete Vereinbarungen treffen | Herr X/Frau Y ich muss Sie darum bitten dieses Verhalten zu ändern und Ihre Arbeitsleistung wieder zu verbessern. |
| Weiteren Gesprächstermin vereinbaren | Herr X/Frau Y gerne würde ich mich mit Ihnen erneut in 4 Wochen zusammen setzen um noch einmal ein Reflexionsgespräch zu führen. |

Gestuftes Verfahren

| 1. Stufe | |
|----------------------------|--|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> • Direkte/r Vorgesetzte/r • Betroffene/r |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> • Hinweise oder Anzeichen auf Suchtmittelmissbrauch |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsleistung verbessern • Fehlverhalten einstellen • Gemeinsame Absprache |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Niederschrift • Erläuterung möglicher arbeits- bzw. dienstrechtlicher Konsequenzen (Stufenplan) |
| Hilfsangebote | <ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung Arzt oder Suchtberatungsstelle aufzusuchen |

Abb. 8 – 3: 1. Stufe des gestuften Verfahrens.

Das erste Gespräch ist vertraulich und wird nur zwischen dem Vorgesetzten und dem Mitarbeiter geführt. Es hat keine personellen Konsequenzen. Die Führungskraft notiert lediglich das Datum und das Ergebnis des Gespräches. Hierbei ist wichtig, dass konkrete Fakten, Zeit, Ort, Vorfall benannt werden können und dass zum Ausdruck kommt, dass der Vorgesetzte sich Sorgen macht (BARMER/DHS, 2014, S. 18).

| 2. Stufe | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|---|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> • Direkte/r Vorgesetzte/r • Betroffene/r • Vertreter/in der Personalabteilung • Auf Wunsch Personalvertreter/in |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> • nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsleistung verbessern • Fehlverhalten einstellen • Gemeinsame Absprache <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} Ermahnung</div> |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Aktennotiz • Anhörung/Entwurf Belehrung • Aufklärung möglicher arbeits- bzw. dienstrechtlicher Konsequenzen <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">} Personal-akte</div> |
| Hilfsangebote | <ul style="list-style-type: none"> • Hinweis auf Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Fachkliniken (Adressen und Infomaterial) |

Abb. 8 – 4: 2. Stufe des gestuften Verfahrens.

In dem zweiten Gespräch nehmen mehr Teilnehmer an dem Gespräch teil. Auch das soll den Leidensdruck erhöhen. Neue Fakten werden benannt und ein Zusammenhang zu Suchtmittelgebrauch oder suchtbedingtem Verhalten wird erneut aufgezeigt. Es werden weitere Konsequenzen aufgezeigt und das Gespräch wird als Ermahnung schriftlich festgehalten und die Gesprächsnotiz der Personalabteilung zugeleitet (BARMER/DHS, 2014, S. 18).

| 3. Stufe | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|---|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> Wie im zweiten Gespräch |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> Auseinandersetzung und Durchführung einer therapeutischen Maßnahme Anschluss einer Selbsthilfegruppe |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Abmahnung/Rüge Androhung weiterer dienst- bzw. arbeitsrechtlicher Maßnahmen |

Abb. 8 – 5: 3. Stufe des gestuften Verfahrens.

Bei dem dritten Gespräch wird eine dringende Empfehlung ausgesprochen, eine Beratungsstelle aufzusuchen. „Sofern arbeitsrechtlich die Voraussetzungen dafür vorliegen, wird bei Tarifbeschäftigten eine Abmahnung aus verhaltensbedingten Gründen ausgesprochen. Die schriftliche Abmahnung wird aufgrund des Fehlverhaltens bzw. der Schlechtleistung erteilt“ ((BARMER/DHS, 2014, S. 18). Wenn aus Sicht des Beschäftigten weder eine Suchtgefährdung noch eine -krankheit vorliegt, wird deutlich gemacht, dass weitere Verletzungen arbeitsvertraglicher Pflichten am Arbeitsplatz zur Kündigung bzw. disziplinarischen Konsequenzen führen können. Legt der Beschäftigte allerdings dar, dass das Fehlverhalten auf einer Suchtproblematik beruhen könnte, wird er aufgefordert, sich in eine Suchtberatung bzw. -therapie zu begeben. Ihm wird Unterstützung zugesichert (BARMER/DHS, 2014, S. 18).

| 4. Stufe | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|--|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> Wie im zweiten Gespräch |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Aufforderung eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Klarstellung, dass Arbeitgeber nicht länger bereit ist, Fehlverhalten hinzunehmen Hinweis auf weitere dienst- oder arbeitsrechtliche Maßnahmen (krankheitsbedingte Kündigung) Liegt nach Auskunft des Beschäftigten keine Suchterkrankung vor → 2. Abmahnung |

Abb. 8 – 6: 4. Stufe des gestuften Verfahrens.

In dem vierten Gespräch erfolgt schriftlich die dringende Empfehlung/Aufforderung, eine Beratungsstelle aufzusuchen und sich unmittelbar in Beratung oder Therapie zu begeben, sofern der Beschäftigte die angebotenen Hilfen nicht (mehr) in Anspruch nimmt. Eine Suchtgefährdung kann nicht mehr ausgeschlossen werden. „Der Beschäftigte wird noch einmal darauf hingewiesen, dass der Arbeitgeber nicht länger bereit ist, das Fehlverhalten und/oder die Minderleistung hinzunehmen und dass im Falle einer Suchterkrankung die Prognose des Krankheitsverlaufs ohne Therapie ungünstig ist und u.U. eine krankheitsbedingte Kündigung erfolgen kann“ (BARMER/DHS, 2014, S. 19). Es können weitere personelle Konsequenzen in Form von besonderen Auflagen vereinbart werden, wie z.B. die Meldung beim Vorgesetzten bei Arbeitsantritt. Außerdem können die Voraussetzungen für eine Umsetzung und Änderungskündigung mit Herabgruppierung geprüft werden (BARMER/DHS, 2014, S. 19).

| 5. Stufe | ...wenn keine Besserung eingetreten ist |
|----------------------------|--|
| Wer | <ul style="list-style-type: none"> Wie im zweiten Gespräch |
| Wann | <ul style="list-style-type: none"> nach 6 – 8 Wochen |
| Vereinbarungen | <ul style="list-style-type: none"> Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie können im Einzelfall getroffen werden |
| Disziplinarische Maßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> Personalabteilung leitet das Kündigungsverfahren ein |

Abb. 8 – 7: 5. Stufe des gestuften Verfahrens.

Im fünften Gespräch leitet die Personalabteilung das Kündigungsverfahren ein, wenn die angebotenen Hilfen nicht in Anspruch genommen werden. Im Einzelfall können Absprachen zur Wiedereinstellung nach erfolgreicher Therapie getroffen werden (BARMER/DHS, 2014, S. 19).

Bei positiver Verhaltensänderung nach einem Stufengespräch und keinen weiteren Auffälligkeiten kann nach jeder Stufe ein Rückmeldegespräch stattfinden. Es sind keine arbeitsrechtlichen Folgen mehr zu erwarten. Das Rückmeldegespräch wird je nach Lage des Einzelfalls in einem sinnvollen Abstand zum Stufengespräch angesetzt und ggf. vierteljährlich bis zum Ablauf eines Jahres durchgeführt, um eine erneute Krankheit/Abhängigkeit ausschließen zu können. „Ziel dieses Gespräches ist es, eine Rückmeldung über die Einhaltung der Absprachen sowie über die als positiv wahrgenommenen Veränderungen zu geben. Bei erneuter Auffälligkeit wird dagegen das nächste Stufengespräch eingeleitet (BARMER/DHS, 2014, S. 19).

Rollenspiel: Verhalten der Führungskraft bei Sucht

Fallbeispiel 1:

Sie sind Führungskraft von einem Team von 18 Personen. Sie haben zu den meisten ihrer Mitarbeiter einen guten Kontakt. Aufgrund der Größe und der räumlichen Anordnung des Teams bekommen Sie aber auch nicht immer alles mit. Daher waren Sie auch etwas überrascht, als eine Mitarbeiterin von Ihnen Ihr Büro aufsuchte und Ihnen mitteilte, dass Sie vermute, dass ein Kollege (Herr X) wohl ein Alkoholproblem hätte. Dies hätte zur Folge, dass der Kollege wohl öfter mal danach rieche und auch etwas nervös, unkonzentriert und manchmal aggressiv sei. Dieser Kollege ist schon lange im Amt. Privat gab es wohl bei ihm einige Veränderungen. Eine Krise in der Ehe hatten Sie am Rande mitbekommen. Von den Leistungen liegt dieser Mitarbeiter im Durchschnitt, allerdings kommt es in letzter Zeit gehäuft zu Kurzfehlzeiten. Insgesamt haben Sie ihn eher als unauffällig wahrgenommen. Sie überlegen nun, wie Sie damit umgehen sollen. Sie haben auch Angst, etwas Falsches zu sagen.

Fallbeispiel 2:

Sie sind Führungskraft von einem Team von 10 Personen. Bei einer Ihrer Mitarbeiterinnen (Frau Y) sind Ihnen schon mehrfach leere Medikamentenschachteln im Mülleimer aufgefallen. In Ihrem Sachgebiet ist es ebenfalls in letzter Zeit gehäuft zu Fehlern und Fehlentscheidungen gekommen. In Teamgesprächen wirkt Frau Y geistesabwesend und unkonzentriert. Daher sind Sie besorgt und haben den Verdacht, dass die Mitarbeiterin eine ernsthafte Krankheit oder eine Medikamentenabhängigkeit haben könnte. Sie laden die Mitarbeiterin zu einem persönlichen Gespräch ein und überlegen zugleich, wie Sie sie darauf ansprechen können.

Wenn Sie bereits eigene Erfahrungen im Umgang mit Suchtmittelabhängigen haben, können Sie auch dieses Beispiel anonymisiert als Rollenspiel benutzen.

Erarbeiten Sie in einer Dreier-Gruppe (Führungskraft, Mitarbeiter und Beobachter) einen Gesprächsablauf nach dem bereits vorgestellten gestuften Verfahren. Bitte rotieren Sie innerhalb der Gruppe.

Bitte benutzen Sie hierbei den vorgefertigten Beobachtungsbogen.

| <u>Beobachtungsbogen für das Rollenspiel</u> | |
|---|--|
| Einstiegsphase | |
| Hat eine den Umständen entsprechende Begrüßung stattgefunden? | |
| Ist klar erkennbar, aus welchem Grund das Gespräch angesetzt wurde? (Wurde die Sorge bekundet?) | |
| Besonderheiten? | |
| Hauptphase | |
| Wurden Auffälligkeiten, Fakten etc. benannt? | |
| Wurde Hilfe angeboten? Infomaterial/Kontaktadressen ausgehändigt? | |
| Besonderheiten? | |
| Schlussphase | |
| Wurden konkrete Vereinbarungen getroffen und auf die arbeitsrechtlichen Konsequenzen hingewiesen? | |
| Wurde ein weiterer Gesprächstermin vereinbart? | |
| Besonderheiten? | |