



Pittrich W., Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.)

Betriebliche Suchtprävention

– 18. Jahrestagung –

19. November 1998
Münster

Forum Sucht
Band 23

GESUNDHEITSABTEILUNG



**Landschaftsverband
Westfalen-Lippe**

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Hörsterplatz 4
48133 Münster
E-Mail: ksdf@lwl.org
Internet: www.lwl.org/ksdf

Redaktion: Doris Sarrazin
Bearbeitung: Elisabeth Rocklage

1. Auflage
1. – 2.500

Münster 1999

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe

*Betriebliche
Suchtprävention*

– 18. Jahrestagung –

**19. November 1998
Münster**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Ein Blick über den Horizont	7
Betriebliche Suchtproblematik und -prävention in europäischer Dimension Cor Struik, Enschede, Niederlande	
Betriebliche Suchtprävention	14
und deren konkrete Umsetzung Horst Gerdau, Leverkusen	
Betriebliche Suchtprävention in der Verwaltung	24
Sabine Klemm-Vetterlein, Köln Eva Bilstein, Köln Bernd Röber-Schmidt, Köln	
Wenn Frauen unter'n Tisch fallen	33
Anstiftung gegen die Ausgrenzung süchtiger Frauen im Betrieb Jutta Plaggenborg, Kassel	
Anlage	43
Dienstvereinbarung Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe	

Vorwort

In der Öffentlichkeit wurden in den zurückliegenden Monaten überwiegend Themen diskutiert, die mit der Abhängigkeit von illegalen Drogen zusammenhängen. Auch die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung beinhaltet schwerpunktmäßig Aussagen zu diesem Bereich der Suchthilfe (z. B. „Konsumräume“).

Damit ist das Blickfeld auf die Suchtgefährdungen unserer Gesellschaft und die heute verfügbaren wirksamen Hilfen ganz erheblich eingeschränkt.

Nach Tabak kommt aber dem Alkohol als Alltagsdroge Nummer zwei nach wie vor eine große Bedeutung zu. Von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen sind in diesem traditionellen Arbeitsfeld der Suchthilfe in den zurückliegenden Jahren viele neue Ansätze in der Prävention, Früherkennung, Behandlung und Nachsorge entwickelt worden. Die offene Auseinandersetzung mit Suchtproblemen in unserer Gesellschaft eröffnet, ihrem Gewicht entsprechend, neue Handlungsmöglichkeiten. Auf unserer Fachtagung „Aktuelle Entwicklungen in der Behandlung Alkoholabhängiger“ wollten wir deshalb die Neuorientierung in der Suchtkrankenhilfe herausstellen

und damit verbundene diagnostische und therapeutische Handwerkzeuge exemplarisch vorstellen.

Eine aktuelle – und rasante – Entwicklung im Arbeitsalltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Suchtberatungsstellen wird zudem durch den Einsatz der EDV eingeleitet. Eng hiermit verbunden ist die Auseinandersetzung um Dokumentation und Qualitätsmanagement. Dieser Aspekt wurde auf der Fachtagung differenziert dargestellt und diskutiert.

Die lebendige Diskussion zu den einzelnen Beiträgen selbst kann diese Dokumentation nicht wiedergeben. Wir wünschen uns jedoch, dass Sie beim Lesen der Referate Anregungen finden, die Ihren Arbeitsalltag bereichern und Neuorientierungen den Weg bereiten können.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Referatsleiter

Doris Sarrazin
Fort- und Weiterbildung

Ein Blick über den Horizont Betriebliche Suchtproblematik und -prävention in europäischer Dimension

Cor Struik

TACTUS

Postbus 417

7500 AK Enschede

Niederlande

Inhalt

I. Einleitung

II. EMCDDA-Projekt

1. Zweck

2. Arbeitsweise

3. Die wichtigsten Schlußfolgerungen

III. Alkohol und Drogen am Arbeitsplatz, Einstellung, Politik und Programme in der Europäischen Gemeinschaft – Report of the International Labour Office in collaboration with the Health and Safety Directorate Commission of the European Community – 1993 und die Ergebnisse einer Aktualisierung 1998

1. Erfolge

2. Gesetzgebung

3. Kosten

4. Tests

5. Information

I. Einleitung: Ein Blick über den Horizont

Warum „Ein Blick“:

Ich hoffe, dass mein Referat mehr Einblick in Betriebliche Suchtproblematik und Suchtprävention geben wird, doch zugleich ist es nur ein „Ein-Blick“. Dabei handelt es sich um einen Einblick von Rik Bijl und mir.

Warum „über den Horizont“:

Nicht wegen des niederländischen Sprichwortes, das sagt: „Das Gras auf der Wiese des Nachbarn ist immer grüner und leckerer“. Das ist zu einfach. Aber schon wegen des Gedankens, dass der Suchtmittelkonsum im Betrieb nicht nur im eigenen Land ein Problem ist, sondern es ist ein universelles Problem.

Weil ich nicht weiß, welche Teile des Referates nützlich für Sie sein könnten, gebe ich einen Einblick und Sie wählen dasjenige daraus, das Sie brauchen. Mit anderen Worten: „Koste alles und schluck herunter, was Dir schmeckt!“

Ich benutze zwei Quellen:

Die erste ist ein Untersuchungsprojekt, ausgeführt von ALCON und Jellinek Consultancy, im Auftrag vom 'European Monitoring Centre for Drugs and Drug-abuse' (=EMCDDA). Kurz beschrieben beschäftigt es sich mit der Sammlung und Verbreitung von Informationen über neue Entwicklungen rund um Betriebliche Drogenproblematik.

Die zweite Quelle ist das Projekt des 'ILO' und der Europäischen Kommission (Alcohol and Drugs in the Workplace: Attitudes, Policies and Programmes in the European Community). Das Projekt begann 1992 und endete 1993. 1998 gab es eine Fortsetzung. In 1992

und 1993 sind 12 Länderuntersuchungen durchgeführt worden; in den Niederlanden von Rik Bijl und in Deutschland von Christa Appel. 1998 gab es eine Aktualisierung; für die drei neuen Länder Schweden, Finnland und Österreich sind die ersten Berichte geschrieben.

II. EMCDDA-Projekt

1. Zweck

Der Zweck des Projektes ist, in Europa Informationen zu sammeln und zu verbreiten; Informationen über neue Arbeitsweisen (in Bezug auf Health Promotion) rund um die Drogenproblematik in Betrieben. Mit diesen Informationen lassen sich erstens die Ursachen und die Folgen von Drogenkonsum besser verdeutlichen und zweitens eine klarere Einsicht in das tatsächliche Ausmaß des Problems gewinnen. Die sogenannten 'klassischen' Methoden wie EAP (Employee Assistance Programme) und auch Tests sind aufgenommen.

Bei der Ordnung der Daten ist versucht worden, Anschluß zu finden an eine Entwicklung, die namentlich in der deutschsprachigen Literatur zu finden ist, und die davon ausgeht, dass Organisationsentwicklungen zugleich auch als präventive Gesundheitsinstrumente benutzt werden können. Z. B. ist in der letzten Zeit das Thema 'Qualität' ein Kernbegriff in Organisationsentwicklungen geworden. Dies bedeutet auf betriebliche Suchtprävention bezogen, dass nur der Mitarbeiter und/oder die Mitarbeiterin qualifizierte Arbeit leisten kann, der/die keinen verkommenen Eindruck macht, dass er oder sie keinen Alkohol-Atemkegel hat und sicher hinter dem Lenkrad eines Gabelstaplers sitzt.

2. Arbeitsweise

In dem EMCDDA-Projekt wurde mit Hilfe eines Fragebogens eine Literaturstudie zu Untersuchungen und Programmen durchgeführt. Dieser Bogen ist an 120 Experten versandt worden, damit die neueste Sachlage beschrieben werden konnte.

Von diesen 120 Experten wurden 23 mittels eines zweiten Fragebogens über die zukünftigen Entwicklungen im Bereich von 'Drug Demand Reduction', d. h. Verringerung der Nachfrage in der Arbeitsstelle befragt. Dies alles fand im Rahmen von 'Health Promotion' statt. Das bedeutet, dass der Juridische und der Sicherheitsaspekt usw. außer Betracht gelassen wurden.

13 von den 23 Experten haben 1998 an einem Workshop in Lissabon teilgenommen.

3. Die wichtigsten Schlußfolgerungen

a) Die Workplace Drug Demand Reduction ist unterentwickelt. Dies ist eigentlich bemerkenswert, da der Arbeitsplatz als Stelle für Gesundheitsinterventionen sehr geeignet ist. Es gibt namentlich eine Gewaltrelation und die Beteiligten sind ungefähr 8 Stunden pro Tag anwesend.

Die wichtigsten Gründe für die Unterentwicklung sind:

1. dass die Grundlage der Arbeit in Betrieben und Anstalten die Kontinuität, Produktivität und Qualität sein muss. Daneben sollen auch noch Gewinne erwirtschaftet wer-

den; ein Auftrag, der zunächst einmal nichts mit Gesundheit und Wohlbefinden zu tun hat.

2. Gesundheit ist ein 'Minor Issue' für Unternehmer, d.h. sie ist nicht primär wichtig.

3. Illegale Drogen sind ein belastetes Thema und es wird kontrovers diskutiert. Es fordert Angst und andere Emotionen heraus. Es ist zu viel, zu erwarten, dass Prävention passende Antworten auf diese Probleme hat und eine effektive Auswirkung an dem Arbeitsplatz. Außerdem ist das Problem so gering, dass Unternehmer die Gedanken haben könnten, dass das Problem nicht besteht.

b) Was sich in der Praxis ergibt, ist eine reaktive und keine aktive Vorgehensweise. Wenn es Probleme gibt, dann wird für die bestimmte Person Hilfe und Rehabilitation gesucht (Employee Aid Project = EAP). Die Entwicklung von Präventionspolitik, Programme zur Bewusstmachung, Verbreitung von Informationen und Trainings sind nicht gefragt.

c) Enttäuschend war, dass die Ansicht, dass der Arbeitsplatz, die Arbeitsumstände und die Organisation als Setting mitbestimmende Faktoren für Drogen und Drogenprobleme sein können, nur in der Theorie vorhanden sind. Sie sollten aber vice versa als Präventionsinstrumente wirksam sein.

d) Im vorher genannten Workshop waren die Schlussfolgerungen über 'the substance demand reduction programme' – oder Programme zur

Reduzierung der Sucht nach Betäubungsmitteln folgende:

- Die Programme, deren Ziel die Entwicklung einer Präventionspolitik ist, müssen problemorientiert sein und gegründet auf reelle Bedürfnisse.
- Diese Programme müssen in der Gesundheitspolitik verankert sein.
- Sie sind am besten im jeweiligen Betrieb an die konkrete Situation und Wünsche anzupassen.
- Programme müssen von allen wichtigen Teilnehmern und Betroffenen insgesamt zugleich veranstaltet werden. Daneben, so die Ansicht der Experten, muss die Evaluation in diese Programme integriert werden.
- Es wurde klar, dass ein überdeutliches Bedürfnis nach mehr Kenntnis und Information im Bereich von Gebrauchsmustern, von Konsequenzen für Arbeitsplätze, effektiven Vorgehensweisen bezüglich Prävention und Begleitung entstanden war. Es wurde mehr Forschung gewünscht. Aber nicht nur mehr Forschung, sondern auch mehr Struktur und Energie und Einsatz, wenn die Erfolge der Forschung verbreitet werden müssen.

Nur nebenbei: Innerhalb der nächsten Wochen veröffentlicht ALCON die Ergebnisse einer Studie über Gebrauch und Problematik in bezug auf Drogen und Medikamente in den Niederlanden.

III. Alkohol und Drogen am Arbeitsplatz, Einstellung, Politik und Programme in der Europäischen Gemeinschaft

– Report of the International Labour Office in collaboration with the Health and Safety Directorate Commission of the European Community – 1993 und die Ergebnisse einer Aktualisierung 1998

1. Erfolge

Die ILO hatte zwei Fragebögen entwickelt und ein Interview. Die Fragebögen sind von Betrieben, Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften ausgefüllt worden. Zugleich sind Interviews mit Personen aus diesen Organisationen geführt worden. Die folgenden Ergebnisse wurden herausgefunden:

- a) Es gibt Schätzungen über die Größe der Alkoholproblematik unter den Berufstätigen von zwischen drei und zehn Prozent.
- b) Wenn Probleme definiert sind, dann sind sie in allen Ländern überwiegend definiert als negative Verhaltenskonsequenzen des Trinkens für das Funktionieren bei der Arbeit. Genannt wurden: Versäumnis, Unfälle, Qualitäts- und Produktivitätsverlust, negative Arbeitsatmosphäre usw.

- c) Alkohol ist Problem Nummer eins. Medikamente liegen an zweiter Stelle und weit dahinter kommen illegale Drogen.
- d) Dass jemand trinkt, liegt wahrscheinlich daran, dass Alkohol Genuß gibt. Das weist auf einen ursächlichen Zusammenhang hin. Aber es gibt noch andere Elemente, die zum Alkoholgebrauch führen. Das sind die sogenannten Contributing Factors. Man findet sie in jedem Land oder Region, eben in spezifischen Arbeitsbereichen und individuellen Betrieben. Sie sind für die unterschiedlichen Länder meistens verschieden. Andere sind mehr allgemein verbreitet, z. B. die Verfügbarkeit von Alkohol am Arbeitsplatz.
- e) Es entwickelt sich eine Tendenz, dass in zunehmendem Maße der Arbeitsplatz „trocken“ wird. Faktoren, die diese Entwicklung in Bewegung gesetzt haben, sind u. a. kulturelle Änderungen bezüglich der Werte und Normen in Zusammenhang mit Alkohol. Wenn man z. B. noch fahren muß, trinkt man nicht, oder nur zwei Gläser; Änderungen beim Arbeitsdruck, höhere Qualitätsforderungen usw.
- f) In einem deutschen Bericht wurde auf eine Verbindung hingewiesen zwischen wirtschaftlicher Depression und der Tatsache, dass es schwieriger ist, über die Rückkehr nach einer Behandlung und/oder über Behandlung am Arbeitsplatz zu reden.
- g) Im Allgemeinen ist es wichtig, wenn man über problematisches Verhalten spricht, dass man das Verhalten

immer im arbeitsgebundenen Kontext betrachtet und nicht als einzelnes Problem.

- h) Alkohol ist ein männliches Problem und Medikamentengebrauch ein weibliches. Drogen dagegen findet man bei Jüngeren, aber die Grenzen werden in zunehmendem Maße diffus.
- i) Wichtig bei der Entwicklung von Problemen im Zusammenhang mit Rauschmitteln ist das Vorbildverhalten von Managern und Spitzenmanagern; im negativen wie im positiven Sinn.

2. Gesetzgebung

Auch hierzug hat man Forschungen angestellt, doch die Befunde sind nicht spektakulär. D. h. was man an Gesetzgebung gefunden hat, ist nicht schlecht, aber wenig.

- a) Die Gesetzgebung in den meisten Ländern ist beschränkt auf den Sektor Transport; sowohl auf der Straße, als auch auf dem Wasser und in der Luft.
- b) Es gibt in Europa keine oder kaum spezielle Alkohol- und Drogen-gesetze in Bezug auf die Arbeit. Die Arbeitgeber drängen nicht, das zu ändern. Mein Eindruck ist, dass die Arbeitgeber nur die Kosten in Betracht ziehen und nicht den Gewinn. Behörden sind etwas mehr begeistert, aber es ist auch nicht berauschend. Die Einstellung der Gewerkschaften ist noch am ehesten positiv in Bezug auf Gesetz- und Regelgebung in diesem Bereich.

c) Manchmal ist etwas festgelegt über Trunkenheit am Arbeitsplatz. In einem einzelnen Fall – Frankreich – gibt es die Möglichkeit, das Annoncieren von Alkohol-Werbung und die Alkoholverkaufsförderung einzuschränken.

d) Im Allgemeinen: Aus der Forschung kam zutage, dass nur sehr wenige Befragte in die Gesetzgebung als effektives Präventioninstrument Vertrauen haben.

3. Kosten

Die Befunde in diesem Bereich sind noch weniger spektakulär als bei der Gesetzgebung.

Kurz gesagt: Es gab sehr wenig Ergebnisse, weil aufgrund der Kosten nur wenige Untersuchungen durchgeführt worden sind. Es hat keine hohe Priorität, obwohl ein deutscher Bericht meldet, dass Alkohol nach Schätzung 17–35 Millionen DM Schaden in der Industrie pro Jahr verursacht.

Die Kosten des Schadens sind ebenso unbekannt wie die Kosten und die Effektivität von Hilfeleistung und Prävention.

Dass man die Kosten für die Hilfeleistung nicht weiß, schafft keine schlaflosen Nächte. Denn in allen Ländern gibt's ziemlich umfangreiche Anstalten, die mit staatlichem Geld bezahlt werden.

4. Tests

Immer gut für scharfe Diskussion ist die Durchführung von Tests am Arbeitsplatz. Aber alle Diskussionen haben noch nicht viel verändert. Wie war und wie ist die Situation noch immer?

a) Tests werden nur selten durchgeführt. Sie werden in vielen Ländern nicht hoch geschätzt. Vor allem das sogenannte ad random und for cause Testen. In manchen Ländern, wie in den Niederlanden, Belgien und Schweden, sind viele Debatten gewesen und sie werden noch immer geführt. Ich erwarte, dass das in 5 Jahren noch immer so ist.

b) Am meisten verbreitet ist die Haltung: Sei vorsichtig und zurückhaltend mit Tests!

c) In allen Ländern war, ist und bleibt Testen ein Thema, das kontrovers diskutiert wird, namentlich, wenn man die Rechte des Individuums auf eine Intimsphäre und auf Schutz von körperlicher Integrität in Betracht zieht.

d) Wann man testet, dann geschieht das noch am meisten mit Bewerbern.

5. Information

Information wird gebraucht, aber sie ist kaum da. Information über Forschungen und Verbreitung der Ergebnisse ist eine wichtige Aufgabe für internationale Organisationen wie:

United Nations Drug Control Programm (UNDCP), Internationaler Labour Organisation (ILO), World Health Organisation (WHO), EU-Kommission, das Euro-

pean Monitoring Centre for Drugs and Drugabuse (EMCDDA).

Eine subjektive Einschätzung zum Schluss: Bin ich unzufrieden? Wenn ich in Augenschein nehme, was noch geschehen soll, dann verliere ich den Mut. Wenn ich sehe, was schon erreicht ist,

dann bleibe ich Optimist. Diese Frage kann ich, wenn ich an das Thema denke, folgendermaßen beantworten. Wenn ich Pessimist wäre, würde ich sagen: „Die Flasche ist halb leer“. Ich bin aber optimistisch und sehe eine halb volle Flasche.

Danke.



Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich bei der Begrüßung der Teilnehmer/innen



Interessierte Zuhörer während der Diskussion im Plenum.

Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Suchtprävention und deren konkrete Umsetzung

Horst Gerdau

Bayer AG
WD-Ärztliche Dienste
51368 Leverkusen

Inhalt

I. Statement

II. Historie

III. Erfolgreiche Therapie ist abhängig von Aufklärung

IV. Verstehen der Sucht ermöglicht richtiges Handeln

I. Statement

Ich habe die leidvolle Erfahrung im Umgang mit Alkohol über viele Jahre durchleben müssen. Dankbar bin ich, dass ich mit Hilfe meiner Frau und der Gemeinschaft der Anonymen Alkoholiker diese Abhängigkeitserkrankung damals überleben konnte. Dankbar bin ich auch, dass ich all diese Hilfen, die unendlichen Auseinandersetzungen in den Gruppen – auch und besonders, wenn sie schmerzhaft waren – als Hilfe begreifen konnte und Schlupf- und Fluchtwege verschloss. So und nicht anders konnte ich trocken, später dann nüchtern werden und bis heute auch rückfallfrei bleiben.

Drei Begriffe, die Süchtige oft kennzeichnen:

Labilität

Intensität

Perfektionismus

waren auch mir nicht fremd, in Sonderheit „Intensität“; denn intensiv betrieb ich meine Genesung. Mich zu begreifen war zwar schmerzhaft, aber auch spannend. So erklärte sich auch mein Bedürfnis nach beruflicher Veränderung. Was lag näher, als nun anderen helfen zu wollen? Das kennt jeder, gerade trocken gewordene Alkoholranke.

Da ich Bayer-Mitarbeiter war, war ich auch in unserer Ärztlichen Abteilung kein unbeschriebenes Blatt. Man kannte meine Alkohol-Probleme, aber man registrierte auch meine Genesung und meine Aktivitäten, worüber man sehr erfreut war. So fand ich auch bei meiner Firma große Unterstützung, auch in Bezug auf Arbeitsplatzhaltung.

Es schien kein Zufall, dass die Firma bzw. die Ärztliche Abteilung gerade mich fragte, ob ich mir die Mitarbeit in

der damals noch jungen Suchtkrankenhilfe (im folgenden SKH) vorstellen könne. Diese Frage, dieses Angebot erlebte ich als Geschenk des Himmels. Ich wurde 1975 von der Ärztlichen Abteilung übernommen.

Unsere SKH existiert seit 1973 und war ein Novum in Deutschland, Vorreiter für viele andere Firmen. Gründer dieser SKH war ein Alkoholiker, den ich 1972 in einer Gruppe kennenlernte. Wir wurden Freunde. So war ich am Aufbau dieser SKH seit 1973 maßgeblich mitbeteiligt und habe sie mitgestalten können. Zunächst haben wir die SKH nach den Prinzipien der Anonymen Alkoholiker aufgebaut. In Einzel- und Gruppengesprächen boten wir unseren betroffenen Mitarbeitern die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit ihrer Suchtproblematik. Auch heute noch ist die Einzel- und Gruppengesprächstherapie Mittelpunkt unseres Wirkens. Durch entsprechende Zusatzausbildung zum Sozialtherapeuten sind wir berechtigt, ambulante Therapie durchzuführen. Dies tun wir nun seit vielen Jahren auch mit großem Erfolg. 1980 wurde mir die Leitung der SKH übertragen.

II. Historie

Schon in den Anfängen der SKH war klar, dass „helfen wollen“ alleine nicht ausreicht, dass man eine Schar von „Mithelfenden“ braucht. Betrachtet man ein solch großes Werk wie Bayer in Leverkusen, 1973 waren es ca. 40.000 Mitarbeiter, so wurde klar, wir müssen uns bekanntmachen und zwar:

- in den Betrieben
- in den Verwaltungen (Personalbereich)

- beim Betriebsrat
- beim Werkschutz/Arbeitssicherheit
- in der Sozialabteilung
- im eigenen Haus (Ärztliche Abteilung)

also überall dort, wo Mitarbeiter/innen auch auffällig werden können bzw. wo die Abteilungen Einfluss nehmen können.

Wir haben unser Modell, unser Konzept, dort bekanntgemacht und vorgestellt mit dem Erfolg, dass bereits nach einem Jahr viele auffällig gewordene Mitarbeiter/innen (Alkoholranke) in die SKH vermittelt werden konnten, trocken wurden, sich einer Gruppe anschlossen und dem Betrieb wieder zur Verfügung standen. Man hatte der SKH ein Probejahr eingeräumt. Nach diesem ersten Jahr zog man Bilanz: 59 trockene Alkoholranke. Zahlen über Kosten, die ein trinkender Alkoholkranker verursacht, lagen schon damals von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) vor: DM 100.000,- pro Jahr. Diese Summe legte auch unsere Firma zugrunde. So wurde die SKH 1974 fester Bestandteil der Ärztlichen Abteilung der Bayer AG in Leverkusen.

In den letzten 25 Jahren hat sich in Sachen Sucht viel getan. Auch hat sich vieles verändert, in der Gesellschaft, bei und in uns, in den Betrieben, auch in der Sucht. Wir beobachten, dass sich gerade auch an den Arbeitsplätzen einiges verschoben hat. Viele Mitarbeiter/innen haben Probleme auch jenseits von Sucht. Mobbing ist z.B. ein solches Problem.

Ein weiteres Problem ist „Bossing“, ein neuer Begriff, der den Druck von oben nach unten – Vorgesetzter > Mitarbeiter/in – beschreibt. Viele Mitarbeiter/

innen fühlen sich durch diesen Druck erdrückt, werden krank, psychisch krank, flüchten sich teilweise auch in Süchte.

Die Ängste vor Arbeitsplatzverlust oder innerbetrieblichen Versetzungen sind Thema. Viele Betriebe sind und werden geschlossen, Produktionen eingestellt oder ins Ausland verlagert, Mitarbeiter/-innen arbeiten nicht mehr in ihren erlernten Berufen an ihren Plätzen. Probleme also, mit denen viele Mitarbeiter/innen nicht klarkommen, Probleme die krank machen. Ein weites Problemfeld also. Betrachtet man hierbei die Süchte, so spricht man längst nicht mehr, wie vielleicht noch vor zehn Jahren, von den klassischen Süchten wie:

Alkohol – Medikamente
– Drogen – (Nikotin),

die zu den stoffgebundenen Süchten gehören, sondern in Erweiterung auch von den nicht-Stoff-gebundenen Süchten, allen voran die Essstörungen

Bulimie – Magersucht – Esssucht,

an denen überwiegend Frauen (Mädchen) erkranken.

Hinzu kommen

Spielsucht – Arbeitssucht – u.v.m.

(s. Grafik 1)

Auch die nicht-Stoff-gebundenen Süchte entwickeln sich dramatisch und zerstören den Menschen, wenn sie unbehandelt bleiben. Die verhaltensbedingten Süchte haben mit den klassischen Süchten eines gemeinsam: den Wiederholungszwang, ein Merkmal der Abhängigkeitserkrankung. Vor Jahren hieß das Thema in den Betrieben: „Alkohol am Arbeitsplatz“; heute sprechen wir von „Sucht am Arbeitsplatz“.

Grafik 1



Die Dimensionen der Süchte in Deutschland machen auch diese Zahlen der DHS deutlich:

ca. 2,5 Millionen Menschen sind behandlungsbedürftig alkoholabhängig,
ca. 10 % sind Jugendliche oder junge Erwachsene,
ein Drittel der Betroffenen sind Frauen.

Laut einer Untersuchung des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen sind etwa 1,4 Millionen Menschen in Deutschland abhängig von ärztlich verordneten Medikamenten.

Nach polizeilichen Berechnungen sind etwa 120.000 Menschen abhängig von illegalen Drogen, ca. 20 % der Drogenabhängigen werden HIV-positiv ge-

schätzt. Es gibt ca. 18 Millionen Raucher, wovon 6 Millionen als nikotinsüchtig und behandlungsbedürftig gelten. Die Zahl der Essgestörten ist nicht genau zu erfassen, etwa 25.000–70.000 Menschen. Hier gibt es lediglich Erfahrungswerte der Geschlechterrelation: 9 (w.) zu 1 (m.).

Auch zur Spielsucht gibt es keine Zahlen. Geschlechterrelation: 1 (w.) zu 9 (m.).

Insgesamt geht man von mehreren Millionen Suchtmittelabhängigen und Menschen mit problematischem süchtigen Verhalten aus. Hinzu kommt noch eine große Schar, die sich im Schlepptau der Betroffenen befindet.

Täglich sterben in Deutschland Menschen an der Sucht:

5 Menschen
sterben durch Drogen

55–60 Menschen
sterben durch Alkohol

300 Menschen sterben
durch Nikotin.

Detaillierte Angaben und Zahlen zu den einzelnen Süchten, sowie die Aufwendungen der Rentenversicherungsträger kann man den Veröffentlichungen der DHS entnehmen.

Wie stellt sich die gesamte Problematik in der Arbeitswelt, in den Betrieben, dar?

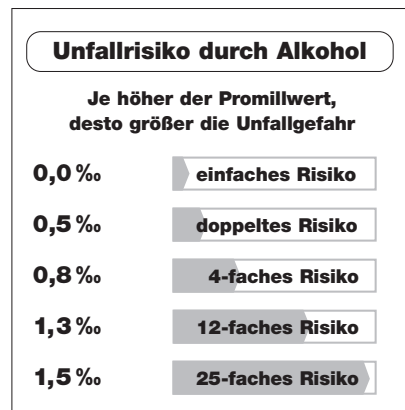
Die Auswirkungen von Suchtproblemen, allen voran das Alkoholproblem, auf den betrieblichen Bereich sind vielfältig. Zunächst wird die Gesundheit der Betroffenen erheblich geschädigt. Unter Umständen, je nach Tätigkeit, besteht auch Gefahr für den Betroffenen, für Dritte, für Maschinen, Anlagen, Produkte und Dienstleistungen.

Man hat errechnet, dass z.B. ein Alkoholkranke nur ca. 75 % seiner sonst üblichen Arbeitsleistung bringt. Der/die Alkoholkranke fehlt 16 mal häufiger, ist 2,5 mal häufiger krank, 3,5 mal häufiger in Unfälle verwickelt und fehlt 1,4 mal länger als nicht alkoholabhängige Mitarbeiter/innen.

Bei 2–3 % Alkoholkranke in Deutschland würde das auf die betriebliche Situation bezogen bedeuten: 7–10 % aller Mitarbeiter/innen sind alkoholkrank, weitere 10 % gelten als gefährdet, so die DHS.

Alein diese Zahlen belegen die Tragweite der Problematik am Arbeitsplatz. Die hierdurch entstehenden immensen Kosten veranlassen auch die Betriebe zum Handeln, ganz abgesehen davon, ist der Aktiv-Süchtige ein Sicherheitsrisiko. Somit ist auch der Arbeitgeber zum Handeln verpflichtet. (s. Grafik 2 und 3:)

Grafik 2

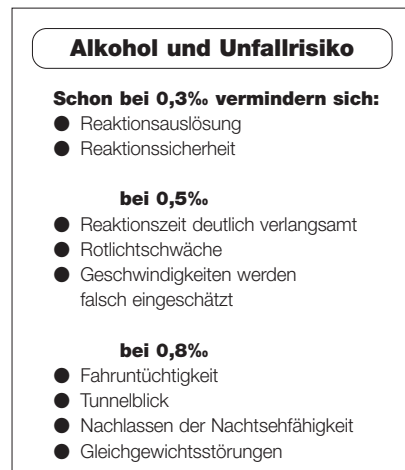


Copyright by Horst Gerdau – Bayer AG

Wir als SKH verstehen uns in erster Linie als Anwalt der Betroffenen. Um jedoch Betroffenen erfolgreich helfen zu können, sind wir, wie eingangs erwähnt, von der Mithilfe anderer abhängig. Das

sind die Partner, Eltern, Kinder und Freunde auf der Privatebene, und das sind die Vorgesetzten, Kollegen und Mitarbeiter auf der betrieblichen Ebene.

Grafik 3



III. Erfolgreiche Therapie ist abhängig von Aufklärung

In einem Arbeitskreis „Alkohol“, der sich zusammensetzte aus: SKH (Ärztliche Abteilung) – Betriebsrat – Werkschutz – Arbeitssicherheit – Sozialabteilung und Personalabteilung, haben wir vor etlichen Jahren Vorgehensweisen bei Verstößen gegen die Arbeitsordnung besprochen. Eine Aktionswoche mit Info-Ständen in den Kantinenbereichen, Vorträgen und Filmen, hat viele Mitarbeiter informieren können und erreicht. Wir haben Filme gedreht zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“, die wir bei Führungseminaren und anderen Info-Veranstaltungen gezeigt und dann diskutiert haben. Wir konnten ein Jahr nach diesen Aktionen feststellen, dass

die Zahl der alkoholbedingten Auffälligkeiten und Unfälle rückläufig war.

In diesem Arbeitskreis „Alkohol am Arbeitsplatz“ sollte dann zusätzlich zu unserer Arbeitsordnung eine Betriebsvereinbarung auf den Weg gebracht werden. Mit dieser Vereinbarung sollten Vorgehensweisen bei Verstößen gegen das Alkoholverbot (verankert in der Arbeitsordnung) geregelt werden. Ebenso sollte gerade die Prävention ein Thema sein. Der Betriebsrat wollte unbedingt eine Wiedereinstellungsgarantie in dieser Betriebsvereinbarung verankern. Genau an diesem Punkt scheiterte die Betriebsvereinbarung und kam somit leider nicht zustande. Der Arbeitskreis „Alkohol am Arbeitsplatz“ löste sich auf.

Wenn sich Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter nicht einigen können, wird das nicht selten zum Nachteil der Mitarbeiter/innen, vielleicht auch besonders der Suchtkranken.

Bei der Größe einer Firma wie Bayer in Leverkusen, bei der Vielzahl von Betrieben und Verantwortlichkeiten, wird manches sehr schnell unübersichtlich. Etliche Abteilungen machen dann Ähnliches, aber keiner weiß vom anderen. Verwaltungsaufgaben sind halt manchmal abteilungsübergreifend. Auch wird die Sozialabteilung mit Suchtproblemen konfrontiert, für die eigentlich die SKH zuständig ist. Hier ist Zusammenarbeit unbedingt erforderlich. Seit einiger Zeit gibt es wieder einen Arbeitskreis „Sucht“. Das Thema „Betriebsvereinbarung“ ist wieder aktuell. Ich hoffe diesmal auf ein Gelingen. Wir wollen konzernweit eine einheitliche Vorgehensweise festlegen. Wir wollen die Prävention neu gestalten, verbindlich dann auch für die gesamte Bayer AG. Ein Vorhaben also, was uns als SKH zuversichtlich stimmt.

Unabhängig von Betriebsvereinbarung und Arbeitsordnung habe ich natürlich in der Vergangenheit Aufklärungsarbeit geleistet. So habe ich keine Möglichkeit ausgelassen, bei Betriebsversammlungen und Sicherheitsbelehrungen die SKH vorzustellen und über Sucht aufzuklären. Ich spreche Betriebsleiter an, die in ihren Abteilungen Suchtprobleme haben, natürlich immer unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht. So wird mir nicht selten Gelegenheit gegeben, vor der Belegschaft zu sprechen. Über unsere Abteilung „Aus- und Weiterbildung“ werden regelmäßig Info-Seminare für junge Vorgesetzte veranstaltet. Auch dort ist eines der Themen „Sucht am Arbeitsplatz“. Im letzten Jahr habe ich ein Pilotseminar für Vorgesetzte der mittleren und höheren Ebene durchgeführt, ein Tagesseminar. In solchen Seminaren kann man das Thema natürlich sehr vertiefen und in Rollenspielen und Mitarbeitergesprächen richtiges Verhalten üben. Diese Seminare sollten jedoch künftig nicht mehr in Abhängigkeit freiwilliger Teilnahme stattfinden, sondern Pflicht für jeden Vorgesetzten sein. Viele Vorgesetzte sind fachlich hochqualifiziert, jedoch in Punkto Menschenführung völlig überfordert. Falsches Handeln bei Alkoholmissbrauch am Arbeitsplatz kann gerade auch für Verantwortliche, also Vorgesetzte, problematisch werden. Es besteht keine rechtliche Verpflichtung für den Arbeitgeber, seine Führungskräfte zu schulen und zu informieren, sondern jeder Vorgesetzte ist verpflichtet, sich Informationen einzuholen. Für manche Vorgesetzte hat es sicher in diesem Punkt schon böse Überraschungen gegeben. Jedoch sollte man unter diesem Gesichtspunkt Prävention nicht verstehen. Aufklärung geschieht mit Blick auf alle Mitarbeiter, Aufklärung soll auch schützen. Aufklärung geschieht mit Blick

auf die Krankheit. Sucht ist Krankheit – heißt Krankheit. Hinter jeder Sucht verbirgt sich ein Mensch – eine Sehnsucht – ein Suchen. Jedoch findet der Süchtige genau das, was er nicht gesucht hat.

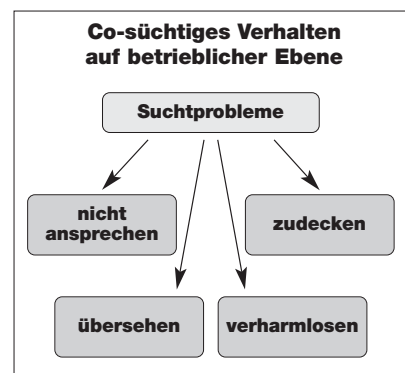
Wir klären über die Krankheit auf, dass sie als solche auch verstanden werden kann. Viele unserer Mitmenschen haben immer noch eine bestimmte Vorstellung von Alkoholkranken und begreifen sie als Willensschwache – Charakterschwache – Parkbankschläfer – Bahnhofspenner – Asoziale. Diese Vorstellung ist wenig ermutigend für Betroffene, vielleicht etwas zeitiger um Hilfe zu bitten, sich helfen zu lassen.

IV. Verstehen der Sucht ermöglicht richtiges Handeln

Auch auf betrieblicher Ebene findet Co-abhängiges Verhalten statt. Nicht selten

sind heutige Vorgesetzte ehemals Kollegen gewesen. Man kennt sich seit vielen Jahren. Das macht richtiges Vorgesetztenverhalten schwierig. Es gibt oft viele Gründe für Vorgesetzte, eher wegzuschauen oder zu verharmlosen. Dieses Vorgesetztenverhalten jedoch hilft Betroffenen krank zu bleiben, ja es kann sie unter Umständen umbringen. (s. Grafik 4 und 5)

Grafik 4



Grafik 5



Wichtig ist das Mitarbeiter/innengespräch, und zwar schon bei der ersten Auffälligkeit eines Mitarbeiters. Hier geht es nicht, davor sollte sich jeder Vorgesetzte hüten, um therapeutische Gespräche. Diese Ebene sucht der/die Betroffene, da wird er/sie auch Sieger bleiben. Vorgesetzte sollten bei ihrer Rolle, eben die des Vorgesetzten, bleiben, mit klaren Zielvorstellungen. Die arbeitsrechtlichen Konsequenzen, die aufgezeigt werden, müssen eingehalten werden. Die künftige Betriebsvereinbarung sollte abgestufte Maßnahmen beinhalten.

Wichtig: Neben allen arbeitsrechtlichen Maßnahmen steht immer das Hilfeangebot. (s. Grafik 6)

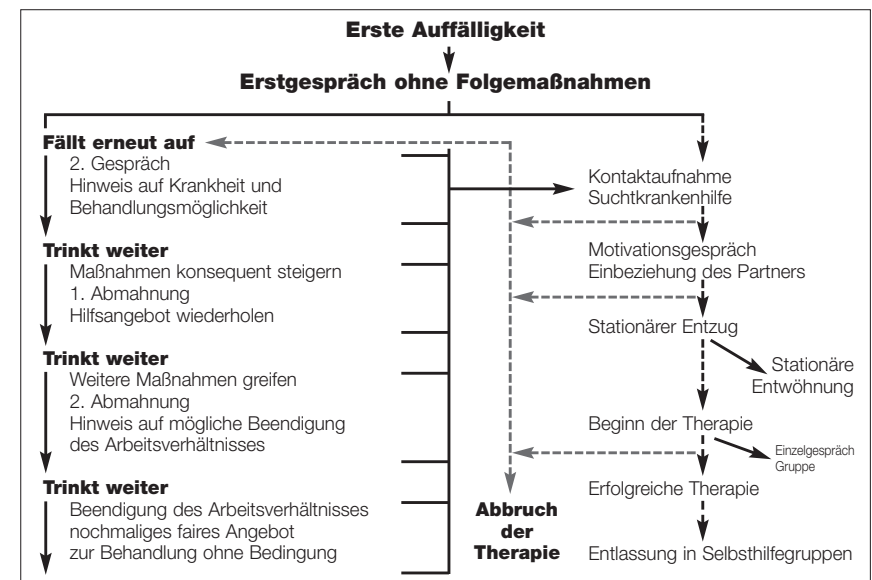
Jeder Vorgesetzte sollte auch seine Mitarbeiter informieren, dass entsprechende Auffälligkeiten nicht hingenommen werden.

Oft erkennt man die Suchtkrankheit nicht am Suchtmittel, sondern an den Auswirkungen. Am Arbeitsplatz wären das z.B.:

1. häufige Kurzerkrankungen/kurze Fehlzeiten (insbesondere montags und freitags)
2. häufiges Verlangen, nachträglich Urlaub zu gewähren
3. häufiges Zuspätkommen
4. häufiges, unentschuldigtes Fehlen
5. Alkoholfahne am Arbeitsplatz
6. häufige Abwesenheit vom Arbeitsplatz
7. unkollegiales Verhalten
8. Schlechtleistung
9. ungepflegtes Aussehen

Diese Punkte können ein Hinweis auf Sucht sein.

Grafik 6



Copyright by Horst Gerdau – Bayer AG

Vorgesetzte haben jedoch nicht die Aufgabe, Diagnosen zu stellen. Zumindest aber sollten diese Punkte Grund für ein Mitarbeiter/innengespräch sein. Über diesen Weg könnte sich durch entsprechenden Leistungsdruck, der sich zwangsläufig über richtiges Vorgesetztenverhalten entwickeln kann, der Suchtkranke dann irgendwann herauskristallisieren. Wir sprechen in diesem Fall von konstruktivem Leidensdruck. Auf diesen Leidensdruck sind auch wir als Therapeuten angewiesen, weil sich ohne diesen selten jemand helfen lässt. Man kann keinem Kranken helfen, der von sich sagt, er sei gesund (Sigmund Freud). (s. Grafik 7 und 8)

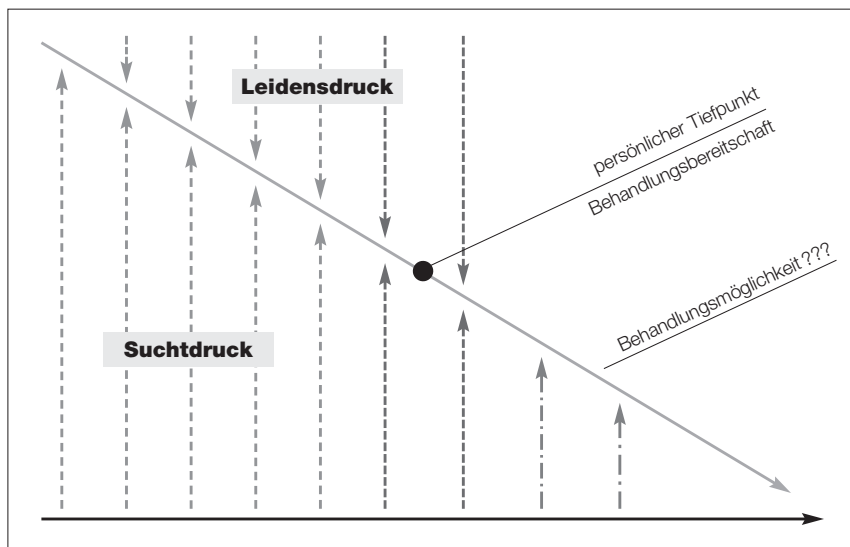
In der Fachwelt ist man sich einig, dass gerade an den Arbeitsplätzen eine große oder die größte Chance besteht, Suchtkranken zu helfen, wenn wir uns denn krankheitsgerecht verhalten.

So arbeiten wir eng mit den Betriebsbereichen zusammen. Aufgrund des

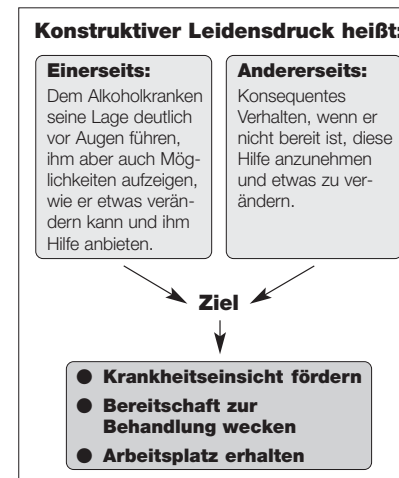
Bekanntheitsgrades der SKH werden wir oft angesprochen, um dann eine auf den einzelnen zugeschnittene Vorgehensstrategie zu besprechen. Personalentscheidungen werden mit uns abgestimmt. Wir bemühen uns, auch die Angehörigen, die Partner zu erreichen und in die Therapie mit einzubeziehen. Bei aller Wichtigkeit, die Betroffenen und die Krankheit zu verstehen, müssen wir auch die Vorgesetzten und die Partner verstehen. Gerade auch sie bedürfen unserer Hilfe und unseres Verständnisses. Wir betrachten das als eine unserer wichtigsten Aufgaben.

Wenn ich unser Klientel betrachte, so bleibt in den meisten Fällen der Arbeitsplatz erhalten, vielleicht mit ein paar Einschränkungen. Oft ist die Familie noch da, oder nahestehende Menschen. Bedingungen also, die in der Regel für eine ambulante Therapie, wie wir sie durchführen, sprechen. Sollte eine sogenannte Langzeittherapie sinnvoll sein, so erstellen wir Sozialberichte,

Grafik 7



Grafik 8

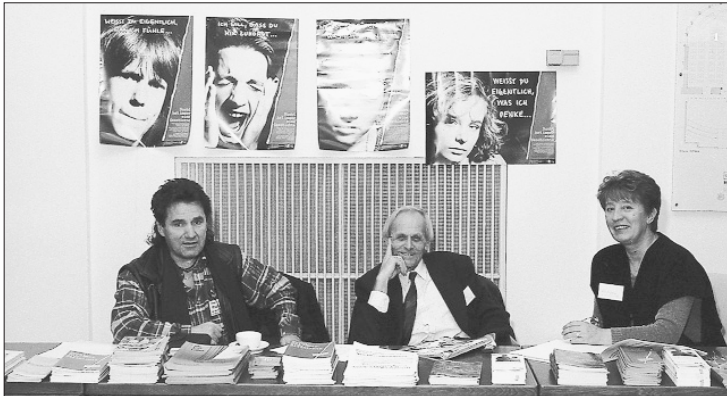


unsere Arbeitsmediziner im Hause erstellen die Suchtanamnese und führen die erforderlichen medizinischen Untersuchungen durch. So ist eine zügige Abwicklung aller Formalitäten gewährleistet. Wir begleiten den Klienten in die Fachklinik zur sog. Langzeittherapie, an die sich die Nachsorge bei uns anschließt. Wir arbeiten seit Jahren eng mit Fachkliniken zusammen, so dass die Wartezeiten gering sind.

Ein Novum ist die enge Zusammenarbeit mit der Klinik Streithof in Mülheim/Ruhr. Ein Vertrag mit dieser Klinik und unserer BKK ermöglicht eine vierwöchige Motivationsbehandlung. Dort

können wir also unsere Klienten sofort mit ärztlicher Einweisung unterbringen. In Zusammenarbeit mit der Klinik entscheiden wir dann gemeinsam mit dem Patienten, ob wir im Anschluss an die vierwöchige Behandlung eine Langzeitmaßnahme oder die ambulante Weiterbehandlung in unserer SKH anstreben. Diese Vorgehensweise hat sich nach einjähriger Praxis sehr bewährt, wobei ca. 90 % aller Klienten nach vier Wochen in unsere ambulante Obhut zurückkehren.

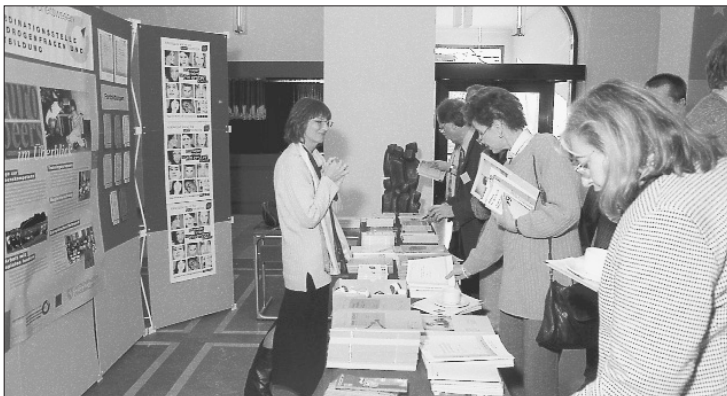
Unsere SKH ist nunmehr 26 Jahre alt. Es war richtig, eine betriebliche SKH einzurichten. Es war richtig, diese SKH in die Ärztliche Abteilung zu installieren. Es ist günstig, dass wir als Therapeuten auch Selbstbetroffene sind. In all den Jahren haben wir vielen hundert Menschen helfen können, dem Teufelskreis der Abhängigkeitserkrankung zu entkommen. Wir haben mithelfen können, dass betroffene Mitarbeiter/innen ihre Arbeitsplätze erhalten konnten, wieder zuverlässig wurden, dass Betroffene ihren Freunden wieder Freunde, ihren Partnern wieder Partner, ihren Kindern wieder Elternteil wurden. Wir haben mithelfen können, dass Betroffene wieder gemocht wurden und sich selbst mögen. Das erfüllt uns, als Helfende, mit Freude und Dankbarkeit und motiviert uns, auf genau diesem Wege weiterzumachen.



*Informationsstand der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft der Elternkreise
drogenabhängiger und -gefährdeter Kinder und Jugendlicher*



Pausenimpressionen



Betriebliche Suchtprävention in der Verwaltung

Teil 1

Sabine Klemm-Vetterlein

Landeskoordinatorin für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker/NRW
Sudermanstraße 5
50670 Köln

Teil 2

Eva Bilstein/Bernd Röber-Schmidt

Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Böckler-Straße 5
50354 Hürth-Hormülheim

Wir möchten Ihnen heute betriebliche Suchtprävention im Rahmen einer Dienstvereinbarung Sucht vorstellen, die im März 1994 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen für den nachgeordneten Bereich abgeschlossen wurde. Diese Dienstvereinbarung hebt ausdrücklich ab auf Prävention in den Dienststellen als Konstrukt einer gemeinsamen Haltung.

Mit Hilfe externer Berater wurde die DV entwickelt in einem langen Prozess. Nach dem Abschluss war lange die Frage der Finanzierung der in der DV Sucht vorgesehenen Schulungen der Beteiligten unklar. Bereits an dieser Stelle wurde das Fachreferat „Sucht- und Drogenpolitik“ des Hauses hinzugezogen, was den Vorteil hatte, dass das gesamte Know-How in die Konzeption der Umsetzung eingebracht werden konnte. Hierdurch erst wurde möglich, dass konzeptionell verankert wurde,

- ein Suchtverständnis zu vermitteln, das auch stoffgebundene Suchtformen und den Bereich illegaler Drogen beinhaltet,
- dass grundsätzlich bei Suchtproblemen geschlechtsspezifisch zu differenzieren ist – abhängigkeitskranke Frauen haben andere Einstiegs-, Gebrauchs- und Ausstiegsmuster als suchtkranke Männer – dazu hören wir später noch ein Referat,
- und dass in den Dienststellen nicht allein betroffene Mitarbeiter im Mittelpunkt stehen, sondern präventive Strategien Anwendung finden sollen mit dem Ziel, eine gemeinsame Haltung zu entwickeln. Suchtprävention in Betrieben und Verwaltungen soll aus Sicht des Landes im Rahmen von Betriebs- und Dienstvereinbarungen stattfinden.

Der Fokus anderer Betriebs- und Dienstvereinbarungen liegt immer noch stark auf dem Stoff „Alkohol“ und auf der Arbeit mit „Betroffenen“.

Das Gesundheitsministerium übernahm zunächst als Modell die Kosten der Schulungen. Die Zentralabteilung und die Abteilung Gesundheit stellten die fachliche und administrative Koordination. Die Dienststellen übernehmen die Dienstreisekosten.

Auf dieser Grundlage wurden Träger gesucht, die diesen Ansatz auch umsetzen konnten und über die nötige Flexibilität und Kenntnisse verfügten. Das Ausbildungskonzept wird umgesetzt von 2 Trägern aus NRW, die Fachstellen für Suchtprävention vorhalten, Kenntnisse über frauenspezifische Dimensionen von Sucht haben und aus dem Bereich illegaler Drogen kommen.

Beide Träger, die Drogenberatung Bielefeld e.V. für den Bereich Westfalen und die Drogenhilfe Köln e.V. für den Bereich Rheinland zeichnen sich außerdem dadurch aus, dass sie vernetzt arbeiten und bereits Modelle für das Land NRW durchgeführt haben.

Nach Informationsveranstaltungen Ende 1995, die freundlicherweise vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe durchgeführt worden sind, begannen im Juni/Juli 1996 vier Ausbildungsgruppen für bestellte Kontaktpersonen. Im Mai/Juni 1998 wurden die Abschlusszertifikate überreicht. Eine weitere Ausbildungsgruppe hat im Mai 1998 begonnen. Für alle Dienststellen hat eine Schulung der Dienstvorgesetzten stattgefunden. Schulungen für die Personalvertretungen sind in Planung.

Zur Veranschaulichung habe ich Ihnen eine Folie vorbereitet, die den nachgeordneten Bereich des ehemaligen MAGS darstellt.

Struktur Dienstvereinbarung Sucht 1994

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS)

- Sozialgerichtsbarkeit
- Arbeitsgerichtsbarkeit
- Versorgungsverwaltung
- Arbeitsschutzverwaltung
- Landesversicherungsamt
- Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und ausländische Flüchtlinge NRW
- Sozialpädagogisches Institut
- Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Medizinprodukten
- Staatsbad Oeynhausen
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Klemm-Vetterlein 11/98

Zur Größenordnung: die DV Sucht umfasst insgesamt einen Bereich von ca. 7.500 Personen. Seit der Auflösung des MAGS im Juni 1998 ist der nachgeordnete Bereich auf insgesamt drei Ministerien verteilt worden. Die fachliche Begleitung und administrative Umsetzung der Dienstvereinbarung ist der Landeskoordination für berufliche und soziale Eingliederung Suchtkranker übertragen worden.

Zum Schluss meiner Einführung gehört es zu meinen Aufgaben als Landeskoordinatorin Ihnen auch die Aspekte des Landesprogramms gegen Sucht, das nächste Woche, am 24.11.1998, im Kabinett behandelt wird, zum Bereich Arbeitswelt und Sucht zu skizzieren. Beabsichtigt ist

- Verstärkung der Abschlüsse von Betriebs- und Dienstvereinbarungen im Rahmen der **betrieblichen**

Struktur Dienstvereinbarung Sucht 1998

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG NRW)

- Landesversicherungsamt NRW
- Sozialpädagogisches Institut
- Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Medizinprodukten
- Staatsbad Oeynhausen
- Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Ministerium für Inneres und Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen (MIJN NRW)

– Fachbereich Justiz –

- Sozialgerichtsbarkeit
- Arbeitsgerichtsbarkeit

Ministerium für Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MASSKS NRW)

- Versorgungsverwaltung
- Arbeitsschutzverwaltung
- Landesstelle für Aussiedler, Zuwanderer und ausländische Flüchtlinge NRW

Klemm-Vetterlein 11/98

Gesundheitsförderung durch Beratung und Fachtagungen

- Erprobung von Modellen zur **betrieblichen Suchtvorbeugung** im Bereich von Klein- und Mittelbetrieben
- Für Klein- und Mittelbetriebe werden zur **betrieblichen Suchtkrankenhilfe** in Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe vor Ort Modelle mit den Beteiligten entwickelt und mit Landesmitteln gefördert. Eine stärkere Vernetzung der Suchtkrankenhilfe mit Betrieben und Verwaltungen wird angestrebt.

Betriebliche Suchtprävention in der Verwaltung

Inhalt (Teil 2)

I. Thesen

II. Dienstvereinbarung (DV) „Suchtgefahren am Arbeitsplatz“

III. Regelungen der DV

1. Zielsetzung
2. Verantwortung und Durchführung der DV
3. Aufgaben
4. Stellung
5. Fortbildungsverpflichtung
6. Verschwiegenheitspflicht

IV. Ziel der Schulungsmaßnahmen der Kontaktpersonen

V. Umsetzung des Ziels

1. Kognitive Ebene
2. Emotionale Ebene

VI. Suchtpräventive Arbeit der Kontaktpersonen

VII. Schulung der Dienstvorgesetzten

I. Thesen:

1. Sucht und der Umgang mit Suchtproblemen ist nach wie vor ein gesellschaftliches und somit auch ein **innerbetriebliches Tabu-Thema**.
2. Sucht ist – verglichen mit anderen „chronischen“ Leiden – gesellschaftlich nicht als „normale“ Krankheit akzeptiert.
3. Die **Konfrontation mit Suchtproblemen mobilisiert** und provoziert bei den Betroffenen **und** ihrem sozialen und beruflichen Umfeld
 - Angst
 - Ohnmacht
 - Aggression

Diese Wechselwirkung hat für beide Seiten belastende und destruktive Auswirkungen.

4. Kolleginnen und Kollegen, Personalvertretung und Vorgesetzte **reagieren** auf die massive Überforderung bei der Konfrontation mit Suchtproblemen häufig **mit Co-Verhalten**,
 - **sie schauen weg** – und reagieren nicht frühzeitig auf erste Signale und Auffälligkeiten,
 - **sie schützen und decken** die Betroffenen – und begünstigen und verlängern auf diese Weise den „schleichenden“ Krankheitsprozeß,
 - **sie bestrafen** – indem sie ausschließlich negativ sanktionieren und die gebotene Fürsorge und konstruktive Unterstützung verweigern.
5. Suchtprobleme bewirken eine **äußerst komplexe Dynamik, die sich** in der Wechselwirkung

Betroffene < > Betriebliches Umfeld
Betriebliches Umfeld < > Betroffene

belastend auf die sozialen Prozesse und Strukturen auf **allen inner- und außerbetrieblichen Ebenen auswirkt**.

6. Ein erfolgreiches Konzept zur betrieblichen Suchtprävention und Hilfe bei Suchtproblemen braucht eine **für alle Beschäftigten gleichermaßen verbindliche Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung**. Diese Vereinbarung muss
 - die **Interessen**, die **Rechte** sowie die **Aufgaben** und die **Verpflichtungen**
 - > der **Vertragspartner**
 - > und **aller Beschäftigten**,

insbesondere die der verantwortlich Beteiligten und Betroffenen

berücksichtigen und klar definieren. Sie muss

- die Zuständigkeiten und die Abläufe für den Problemfall transparent machen und verbindlich regeln.

II. Dienstvereinbarung 1

Die Regelungen der Dienstvereinbarung bilden die Grundlage für die Entwicklung und erfolgreiche Umsetzung einer von möglichst allen Beschäftigten akzeptierten und getragenen Konzeption

- zur Vorbeugung (Prävention) von Suchtproblemen
- und zum Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz.

Die Konzeption sollte beinhalten:

- Präventionsmaßnahmen (Stoff, Personen und Struktur bezogene Maßnahmen für **alle** Mitarbeiter/innen).
- Hilfsmaßnahmen (Betroffene, mittelbar und unmittelbar Beteiligte).
- Hilfe bei der Wiedereingliederung (Betroffene, mittelbar und unmittelbar Beteiligte).

II. Dienstvereinbarung (DV) „Suchtgefahren am Arbeitsplatz“ 2

Die Dienstvereinbarung regelt u. a.

- den Geltungsbereich,
- die generelle Zielsetzung,
- die Verantwortung für die Verwirklichung der Ziele und die Einleitung und Durchführung des Stufenplans,
- die Bestellung und die Aufgaben der Kontaktpersonen,
- die Stellung der Kontaktperson,
- die Verpflichtung zur Verschwiegenheit,
- die Verpflichtung zur kontinuierlichen Fortbildung,
- die Vorgehensweise bei Auffälligkeiten und akuten Suchtproblemen,
- die Vorgehensweise bei Rückfällen und Wiedereinstellung,
- dienst- und arbeitsrechtliche Fragen.

II. Dienstvereinbarung (DV) „Suchtgefahren am Arbeitsplatz“ 3

Präambel (sinngemäß):

- **Suchtmittelmissbrauch** führt zu **vorübergehenden** Leistungs- und Verhaltensmängeln am Arbeitsplatz.
- **Suchtmittelmissbrauch** führt **langfristig** zu schwerwiegenden gesundheitlichen, familiären und sozialen Problemen.
- **Sucht** ist eine **Krankheit, die alle betreffen** und tödlich verlaufen kann.
- **Süchtige** können bei **rechtzeitiger und adäquater Unterstützung und Behandlung** lernen, die negativen Auswirkungen ihres Verhaltens aufzuheben.

III. Regelungen der DV 4

§ 2 Abs. 1 – 3

1. Zielsetzung (sinngemäß):

- Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses
- Sensibilisierung
- Früherkennung und Unterstützung
- Information und Aufklärung
- Einleitung und Vermittlung von Therapiemaßnahmen
- Berücksichtigung der besonderen Schutzbedürftigkeit

III. Regelungen der DV 5

§ 3

2. Verantwortung und Durchführung der DV:

- Die Vorgesetzten, die Personalverwaltung und die Dienststellenleiter trifft **vorrangig die Verantwortung für die Verwirklichung** der in § 2 der Dienstvereinbarung genannten Ziele, sowie die **Einleitung und Durchführung** des in § 8 festgelegten Verfahrens.
- Sie arbeiten hierbei **vertrauensvoll zusammen** mit der **Kontaktperson (§ 4), den Personal- und Richterräten sowie der Schwerbehindertenvertretung**.

III. Regelungen der DV KP 6

§ 4 / Abs. 3

3. Aufgaben:

- Die Kontaktperson hat neben ihren Aufgaben im Rahmen der Regelungen nach § 8 der Dienstvereinbarung die Aufgabe,
- durch geeignete Informationen über Suchtkrankheiten für die notwendige Aufklärung aller Beschäftigten zu sorgen,
- auf externe Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten (ambulante oder stationäre Heilverfahren), sowie den Besuch von Selbsthilfe-Gruppen hinzuweisen und die Betroffenen auf Wunsch anfangs zu begleiten.

III. Regelungen der DV KP 7

§ 5 / Abs. 1 – 3

4. Stellung:

- **Die Kontaktpersonen arbeiten im Rahmen ihrer Aufgabe, unabhängig von der Dienststellung der Betroffenen, weisungsfrei.**
Sie dürfen dabei **nicht behindert** und wegen ihrer Funktion dienstlich **nicht benachteiligt** werden.

- **Soweit ihre Aufgabe es erfordert,** wird ihnen im Einzelfall **Dienstbefreiung gewährt.**

Die Kosten für ihre Tätigkeit **trägt** im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel **der Dienstherr.**

Die Kontaktpersonen können sich **bei Bedarf** nach Genehmigung durch den MAGS zum **Erfahrungsaustausch** treffen.

- Die Beteiligung der Kontaktperson **kann von den Betroffenen abgelehnt werden.**

In diesem Fall wird das Verfahren nach § 8 ohne die Beteiligung der Kontaktperson durchgeführt.

III. Regelungen der DV 8

§ 7

5. Fortbildungsverpflichtung:

- Die in § 3 bezeichneten Beteiligten* werden kontinuierlich über Suchtgefahren und -erkrankungen informiert und fortgebildet. (...)

* Beteiligte: Vorgesetzte, Personalverwaltung, Dienststellenleiter, Kontaktperson, Personal- und Richterräte, Schwerbehindertenvertretung.

§ 6

6. Verschwiegenheitspflicht:

- Alle Beteiligten haben über persönliche Verhältnisse, die ihnen bei der Durchführung der Dienstvereinbarung bekannt geworden sind, Stillschweigen zu bewahren.

IV. Ziel der Schulungsmaßnahmen KP

Die Kontaktpersonen sollen in die Lage versetzt werden, angemessene, das heißt:

- ihren eigenen Fähigkeiten und Neigungen,
- den jeweiligen Bedingungen und Erfordernissen vor Ort,
- den Bedürfnissen und Ansprüchen der mittelbar Betroffenen (Kolleginnen, Kollegen, Personalvertretung, Vorgesetzte),
- den Bedürfnissen und Ansprüchen der unmittelbar Betroffenen (Personen mit Suchtproblemen)

entsprechende Präventions- und Hilfsmaßnahmen auf der

- personenorientierten Ebene (Information, Fortbildung, Beratung)
- strukturorientierten Ebene (Regeln, Trinkkultur, Abläufe, Klima)

zu initiieren und umzusetzen.

V. Umsetzung des Ziels 1

Schwerpunkte der Schulung auf zwei Ebenen:

1. Kognitive Ebene:

- Vermittlung von Fachwissen zu den Themenbereichen, Suchtprävention und Umgang mit Suchtproblemen am Arbeitsplatz.
- Vermittlung von Kenntnissen externer Angebote der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe.
- Vermittlung juristischer und struktureller Rahmenbedingungen.
- Förderung der kognitiven und systemischen Kompetenzen.

V. Umsetzung des Ziels 2

2. Emotionale Ebene:

- Förderung der Fähigkeit zur Selbstreflexion (Schulung, Superversion).
- Unterstützung bei der Findung und Entwicklung einer klaren persönlichen Haltung.
- Förderung der beraterischen und sozialen Kompetenzen.
- Förderung bei der Klärung und Reflexion der individuellen Fähigkeiten, Neigungen und Interessen.
- Unterstützung bei der Definition und Umsetzung der neuen Rollen.

VI. Suchtpräventive Arbeit der KP

Interventionen auf der Individualebene

- Informationsveranstaltungen für Kolleg/innen und/oder Vorgesetzte
- Bereitstellung von Infomaterial zur Suchtprävention
- Aufbau einer Infothek
- Planung von Aktionstagen für die Dienststelle
- Sicherung eines Beratungsrahmens

Interventionen auf der institutionellen Ebene

- Planung und Organisation von Schulungsmaßnahmen
- Aufbau eines Arbeitskreises
- Entwicklung eines Präventionsprogramms
- Bereitstellung von Geldern

VII. Schulung der Dienstvorgesetzten

- Sensibilisierung für das Thema
- Ziel der Dienstvereinbarung
- Erläuterung der rechtlichen Aspekte bei der Umsetzung
- Erläuterung der Aufgaben, Pflichten
- Erläuterung der Rolle der Kontaktperson
- Früherkennung
- Umgang mit Suchtproblemen
- Erläuterung der Hilfsmöglichkeiten und Grenzen (Co-Verhalten)
- Reflexion der eigenen Haltung

Geplant:

- Gesprächsführung

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“ Anstiftung gegen die Ausgrenzung süchtiger Frauen im Betrieb

Jutta Plaggenborg

TRANSPARENZ

Beratungsunternehmen für Suchtprävention

Herkulesstraße 24

34119 Kassel

Inhalt

I. Ist-Analyse

1. Frauen und Sucht

1.1 Zahlen

1.2 Weibliches Suchtverhalten

2. Frauen und Erwerbstätigkeit

II. Der Stufenplan als innerbetriebliches Instrumentarium der Suchtprävention

1. Der Stufenplan

1.1 Zielgruppen, die er erreicht

1.2 Zielgruppen, die er nicht erreicht

2. Das theoretische Konstrukt der Erreichbarkeit

III. Notwendige Veränderungen der Suchtprävention im Betrieb

1. Das Phänomen der Abwertung und Ausgrenzung

2. Probleme bei der Annahme von Hilfsangeboten

3. Frauenspezifische Beratung

3.1 Betriebliche Beraterinnen

3.2 Ziele

3.3 Betriebliche Konsequenzen

IV. Die weibliche Lebensrealität als Teil einer erfolgreichen Primärprävention

1. Arbeitsbedingungen

2. Entlastungsangebote für Frauen

Ich möchte kurz eingehen auf den zahlenmäßigen Ist-Zustand der Suchtmittelabhängigkeit sowie der Erwerbstätigkeit von Frauen.

Hinterfragen und kritisch beleuchten werde ich den Stufenplan als aktuelles Instrument der betrieblichen Suchtprävention im Hinblick auf seine Anwendbarkeit auf süchtige Frauen.

Schließen möchte ich mit Anregungen zur Veränderung und Verbesserung der Situation erwerbstätiger Frauen mit Suchtproblemen.

I. Ist-Analyse

Gestatten Sie mir, zunächst einen Blick auf die Zahlenverhältnisse zu richten.

1. Frauen und Sucht

Welchen Umfang hat eigentlich die Gruppe der süchtigen Frauen?

Die Antwort basiert in erster Linie auf der Angabe von Schätzwerten und Hochrechnungen.

1.1 Zahlen

Der weiblichen Abhängigkeitsproblematik wird noch immer ein zu geringer Stellenwert eingeräumt. In vielen Statistiken werden Frauen nicht einmal gesondert erfasst. Und dennoch ergibt sich ein interessantes, unerwartetes Gesamtbild.

Wir haben

2 500 000 Alkoholabhängige,
130 000 Drogenabhängige,
1 400 000 Medikamentenabhängige.

Alein bei diesen drei Suchtmittelgruppen haben wir es mit

2 215 000 Männern und
1 818 000 Frauen zu tun.

Ergänzen wir diese Angaben um die niedrigdosisabhängigen, die essgestörten und die spielsüchtigen Frauen, haben wir in der Bundesrepublik Deutschland weitaus mehr abhängige Frauen als Männer.

Umso erstaunlicher ist es, dass frauenspezifische Suchtprävention in der fachwissenschaftlichen Diskussion noch immer zu wenig Beachtung findet, in der innerbetrieblichen Diskussion jedoch fast völlig ignoriert wird.

1.2 Weibliches Suchtverhalten

Generell ist festzustellen, dass sich weibliches Suchtverhalten von männlichem Suchtverhalten in seinen Erscheinungsformen und in der gesellschaftlichen Bewertung unterscheidet. Frauen haben ein Wissen darum, dass Abhängigkeit als nicht-adäquates Rollenverhalten gesehen und abgewertet wird. Sie versuchen deshalb, ihr Suchtverhalten möglichst unauffällig und angepasst zu gestalten.

Unauffällig in Bezug auf ihre Rolle und angepasst an die jeweilige Situation.

„Bei Frauen wird die Alkoholabhängigkeit noch immer nicht als Krankheit, sondern als moralisches Versagen gesehen und entsprechend sanktioniert. Im Vergleich zu männlichen Alkoholabhängigen weist die Alkoholabhängigkeit von Frauen folgende Besonderheiten auf:

Frauen verheimlichen ihre Sucht, sie trinken eher allein und in den eigenen vier Wänden und bleiben sozial lange

unauffällig. Dies führt dazu, dass (ein Teil der) Frauen erst sehr spät und bereits mit erheblichen Beeinträchtigungen ein Therapieangebot in Anspruch nimmt.

Hinsichtlich der Suchtdynamik ist das Trinken weniger ein soziales Trinken, es hat vielmehr häufig die Funktion der Selbstmedikation, um funktionstüchtig zu sein, z.B. bei Doppelbelastung durch Familie und Beruf oder bei traumatischen Erfahrungen wie z.B. sexueller Gewalt.

Obwohl sie vielfach trinken, um zu funktionieren, leiden sie unter starken Schuldgefühlen bezüglich ihres Versagens in der Rolle als Partnerin/Mutter/Tochter (und in ihrer Rolle als berufstätige Frau).

Alkoholabhängige Frauen erfahren wenig Unterstützung vom Partner und von ihrer Familie. Sie stehen vielmehr unter dem Druck, dass der Partner sich trennt und sie die Kinder verlieren. Gleichzeitig besteht oft eine große ökonomische und emotionale Abhängigkeit von der Familie.“

(Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS), Arbeitskreis „Frauen und Sucht“, Musterkonzeption des geschlechtsspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit, S.6).

Das über alkoholabhängige Frauen Dargestellte gilt in verstärktem Maße für medikamenten-abhängige Frauen. Diese typische Frauensucht bezieht sich vorwiegend auf Schmerz -, Schlaf- und Beruhigungsmittel.

„Die weitaus meisten Frauen weisen eine sogenannte Niedrigdosisabhängigkeit auf, bei der über Jahre und Jahrzehnte 1–3 Tabletten ohne Dosissteigerung eingenommen werden. (Diese Gruppe ist im betrieblichen Alltag nahezu völlig unauffällig und für

betriebliche Interventionsprogramme unerreichbar.)

Ein kleinerer Teil (der betroffenen Frauen) weist eine Hochdosisabhängigkeit mit Dosissteigerung auf. Betroffen sind überwiegend ältere und alte Frauen. Bei jüngeren Frauen, die eine Medikamentenabhängigkeit entwickelt haben, steht das Weiterfunktionieren im Vordergrund. Sie versuchen, die komplexen Anforderungen an Frauen in unserer Gesellschaft, Beruf und/oder Familie gut auszufüllen und ihnen gerecht zu werden. Diese Anforderungen können zu Belastungssituationen führen, auf die die Frauen mit Befindlichkeitsstörungen, Schmerzzuständen, Muskelverspannungen, Ängsten, Unruhe und Schlaflosigkeit reagieren.

Die Ärzte versäumen es häufig, nach Ursachen der Beschwerden zu forschen und reagieren typischerweise auf diese Beschwerden mit der Verordnung von Medikamenten. Diese ärztliche Verordnungspraxis bewirkt, dass die betroffenen Frauen vielfach kein Problembewusstsein haben und keine Beratung aufsuchen.“

(Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS), Arbeitskreis „Frauen und Sucht“, Musterkonzeption des geschlechtsspezifischen Ansatzes in der Suchtarbeit, S.6).

Für betriebliche Interventionen, die sich schwerpunktmäßig auf die Suchthematik beziehen, ist diese Zielgruppe nicht erreichbar. Hier werden sich Ansatzpunkte, wie beispielsweise Doppelbelastung oder somatische Symptome, als geeigneter erweisen.

2. Frauen und Erwerbstätigkeit

In der heutigen Lebensplanung von Frauen hat Erwerbstätigkeit einen hohen

Stellenwert. Im April 1995 betrug der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Erwerbstätigen beispielsweise 42 %.

„Trotz hoher Motivation und Qualifikation sowie der wachsenden Bereitschaft, neue berufliche Wege zu beschreiten und dem Beruf in der Lebensplanung einen hohen Stellenwert einzuräumen, bestehen für Frauen jedoch noch immer größere Hemmnisse als für Männer, einen Einstieg in gut bezahlte Berufe mit Aufstiegschancen zu finden. Frauen sind noch immer überwiegend auf unteren Funktionsebenen beschäftigt, in Leitungspositionen dagegen sind sie nach wie vor unterrepräsentiert. Auch verdienen sie im Durchschnitt immer noch weniger als Männer.“

(Frauen in der Bundesrepublik, Broschüre des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, März 1998, Seite 3).

Der Mikrozensus, die amtliche Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt, beschreibt die Situation für das Jahr 1997 wie folgt:

Erwerbstätig	
insgesamt sind	35 805 000 Menschen.
davon sind	20 549 000 Männer
und	15 258 000 Frauen.

Unter den ca.15 Mio. beschäftigten Frauen sind 1 410 000 geringfügig beschäftigt, d.h. unter 15 Stunde/Woche auf der Basis von DM 610,- bzw. DM 520,- im Monat.

Bei den männlichen Beschäftigten sind lediglich 463 000 geringfügig beschäftigt. 13 504 000 Frauen und 19 892 000 Männer bestreiten mit ihrer Erwerbstätigkeit ihren Lebensunterhalt.

4 958 000 teilzeitbeschäftigten Frauen stehen nur 701 000 teilzeitbeschäftigte Männer gegenüber.

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“

Die Zahlen machen mehreres deutlich:

1. dass Berufstätigkeit aus dem Leben der meisten Frauen nicht mehr wegzudenken ist. Entsprechend müssen sie auch im betrieblichen Alltag als Zielgruppe wahrgenommen werden.
2. dass Teilzeitarbeit von Frauen genutzt wird und genutzt werden muss (Doppelbelastung) und
3. dass von geringfügiger Beschäftigung auch zum Großteil Frauen betroffen sind.

II. Der Stufenplan als innerbetriebliches Instrumentarium der Suchtprävention

1. Der Stufenplan

Das Instrument, das sich weit über die Grenzen Deutschlands hinaus bewährt hat, ist der Stufenplan bzw. das schrittweise gestufte Vorgehen.

Da nahezu allen im Bereich der betrieblichen Suchtprävention Aktiven dieses Vorgehen bekannt sein dürfte, beschränke ich mich auf die Kurzdarstellung des Prinzips.

Bemerkt eine Führungskraft eine suchtmittelauffällige Mitarbeiterin oder einen suchtmittelauffälligen Mitarbeiter, führt sie ein erstes Personalgespräch, so sie denn informiert und konsequent genug ist. Auffälligkeiten meinen hier arbeitsvertragliche Pflichtverletzungen aus

den Bereichen Arbeitsleistung, Arbeitsqualität, Fehlzeiten in Verbindung mit Suchtmittelmissbrauch.

Im Rahmen des Stufenplans handelt es sich um den ersten Schritt. In diesem ersten Schritt geht es um die Konfrontation mit den wahrgenommenen Fakten, um ein Hilfsangebot und um die Darlegung der möglicherweise noch eintretenden disziplinarischen Konsequenzen.

D.h. der Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin wird vor die Entscheidung gestellt, entweder die arbeitsvertraglichen Pflichtverletzungen abzustellen und damit – auf welchem Weg auch immer – aus dem Stufenplan auszusteigen oder aber die sich in mehreren Schritten vollziehenden disziplinarischen Konsequenzen bei erneuten Auffälligkeiten in Kauf zu nehmen. Grundlage dieses Verfahrens ist bekanntlich das Prinzip des konstruktiven Leidensdruckes, das darauf basiert, dass

1. Arbeit einen hohen Stellenwert im Leben des Menschen hat;
2. die Angst vor Arbeitsplatzverlust größer ist als der Gewinn durch den Suchtmittelkonsum;
3. der Leidensdruck durch die disziplinarischen Konsequenzen so hoch ist, dass eine Motivation entwickelt werden kann.

1.1 Zielgruppen, die dieses Instrument erreicht

Sehr gute Erfahrungen mit der Umsetzung des Stufenplans sind in den vergangenen Jahren im Hinblick auf die Zielgruppe der vollzeitbeschäftigten Männer gemacht worden. Der größte Teil der im Betrieb Suchtmittelauffälligen

konnte mit Hilfe des Gesprächs der dritten Stufe sein Verhalten nachhaltig verändern, ein Therapieangebot annehmen und somit seinen Arbeitsplatz erhalten und die Suchtkarriere überschaubar gestalten.

Dieses Instrument greift auch bei Frauen, die finanziell allein auf ihre Erwerbstätigkeit angewiesen sind.

Einschränkend bleibt allerdings anzumerken, dass für Frauen Erwerbstätigkeit nicht den gleichen Stellenwert im Leben hat wie für Männer.

Von Frauen wird noch immer erwartet, dass sie sich zuerst für die Rolle als Ehefrau und Mutter entscheiden und erst dann für die Berufstätigkeit.

„Geht man davon aus, dass für Frauen die Familie noch immer der Bezugsrahmen ihres Lebens ist (NOTZ 1991), dann besteht die erste und wichtigste Lebensaufgabe der Frauen darin, eine „gute Ehe“ zu führen.“

(Frauen-Leben. Das ganz normale Chaos von Alkoholabhängigkeit und Sucht; Vortrag von Irmgard VOGT im Rahmen der Frauentagung Frauen-Plätze, Frauen-Räume, Frauen-Welten, 1992).

1.2 Zielgruppen, die dieses Instrument nicht erreicht

Frauen, die teilzeit- oder geringfügig beschäftigt sind, die also meist den klassischen Spagat zwischen Berufstätigkeit und Familienarbeit leisten, und somit in ihrer Eigen- und Fremdefinition nicht eindeutig auf ihre Rolle als berufstätige Frau festgelegt sind, werden vom traditionellen Stufenplan kaum erreicht. Und dies aus mehreren Gründen.

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“

Bei durchschnittlich geringerem Einkommen von weiblichen Beschäftigten ist das Einkommen von Teilzeit arbeitenden Frauen entsprechend noch geringer. Es ist folglich, bis auf wenige Ausnahmen, für eine eigene Existenzsicherung nicht ausreichend und wird deshalb oft als „Zubrot“ oder „Mitverdienst“ bezeichnet. Meist ist der Ehemann oder Partner der existenzsichernde und familiernährende Hauptverdiener.

Die im Stufenplan enthaltene Konsequenz des Verlusts des Arbeitsplatzes als letzte Sanktion geht, wie bereits dargestellt, implizit davon aus, dass der Verlust des Arbeitsplatzes für die Betroffenen den Verlust ihrer Existenzsicherung bedeutet. Für Teilzeit arbeitende Frauen ist dies jedoch meist nicht der Fall. Bei ihnen verwandelt sich der konstruktive Druck des Stufenplans eher in einen destruktiven Druck: d. h. sie lassen es entweder auf eine Kündigung ankommen oder kündigen bereits im Vorfeld selbst. Auf diese Weise entziehen sie sich gleichzeitig dem von ihnen als überaus Scham besetzt wahrgenommenen Prozess der innerbetrieblichen Auseinandersetzung um ihre Suchtproblematik.

Zum Zweiten ist davon auszugehen, dass aufgrund des stillen und unauffälligeren Suchtverhaltens von Frauen diese als Teilzeitarbeitskräfte mit einer meist täglich kürzeren Anwesenheit am Arbeitsplatz noch weniger auffällig werden und somit mit dem Instrument des Stufenplans nicht erreicht werden.

Zum Dritten ist zu vermuten, dass Teilzeitarbeitskräfte weniger Aufmerksamkeit ihrer Vorgesetzten erhalten, da sie nicht selten aufgrund ihrer reduzierten Arbeitszeit auch nur reduzierte Aufgaben wahrnehmen dürfen.

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“

(Es sei hier nur auf die Diskussion über Leistungspositionen und Teilzeit hingewiesen.)

2. Das theoretische Konstrukt der Erreichbarkeit

Der Stufenplan erreicht natürlich nur die Zielgruppen, die sich entscheiden, etwas gegen ihre arbeitsvertraglichen Pflichtverletzungen und/oder ihre Suchtmittelauffälligkeit zu tun. Ein Teil der suchtmittelauffälligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wird, so gut und angemessen die innerbetrieblichen Instrumentarien auch sein mögen, immer eine Entscheidung für die Fortsetzung ihrer Sucht bzw. gegen das Wahrnehmen der Verhaltensalternativen treffen.

III. Notwendige Veränderungen der Suchtprävention im Betrieb

1. Das Phänomen der Abwertung und Ausgrenzung

Um Frauen mit Suchtproblemen im Betrieb besser und gezielter erreichen zu können, bedarf es vielfältiger Veränderungen der präventiven Maßnahmen.

Ein wesentlicher Bereich ist dabei die oft unbewusste Haltung der Menschen, die mit Frauen mit Suchtproblemen in Kontakt treten. Mit unbewusster Haltung meine ich hier Vorannahmen, Vorurteile und Bewertungen.

„Den widerlichsten Eindruck macht ein betrunkenes, religionsloses, sittenloses,

aufgeklärtes Weib. Ihm gegenüber bewährt sich auch das lateinische Sprichwort: „Corruptio optimi pessima“: wenn etwas Edles verdorbt, wird es ganz besonders verdorben. Köstlich ist der Fisch als Speise, köstlich das Ei, wenn sie aber faulen, stinken sie gewaltig. Anmutig und holdselig ist ein sittsames Weib, ein verdorbenes, religions- und sittenloses Weib aber ist ein Scheusal und wird zur Furie.“

(Entnommen aus einem Anstandsbüchlein aus dem Jahr 1900 mit dem Abschnitt „Benehmen der Damen, Pkt. 6, zit. nach APPEL, Christa, Frauen und Sucht: Retten sie sich in Abhängigkeiten hinein? vorgelegt zum 3. Internationalen Symposium „Alkohol in Unternehmen“, Frankfurt/Main, 25.–27.05.87, S. 1 – 26, S. 4)

Für eine Frau gilt der Zustand der Trunkenheit auch heute noch als unschicklich. Das Umfeld reagiert mit Gefühlen von Peinlichkeit, Scham, Unverständnis, Erregung, verbalen und erotischen Übergriffen.

Frau APPEL hat diese Bewertungen in ihrer Teilstudie „Frauenfragen – Frauenthemen in der betrieblichen Suchtprävention und Beratungstätigkeit“ genauer untersucht.

Sie beschreibt die Reaktionen des Kollegenkreises auf eine alkoholauffällige Kollegin:

„Lass’ Dich nicht so gehen. Du bist nur willensschwach. Reiß’ Dich zusammen.

Schämst Du Dich nicht? Du bist doch nicht abhängig. Du musst nur damit aufhören wollen. (...)“

Hinter vorgehaltener Hand: „Die alte Saufräule“ (...)

Sauf’ nicht soviel, Du bist ja immer besoffen.“

(Christa APPEL; Frauenfragen – Frauenthemen in der betrieblichen Suchtprävention und Beratungstätigkeit. Abschlussbericht der Teilstudie Hannover/Niedersachsen, Dezember 1991, Seite 16).

„Auffällig gewordene Alkoholabhängigkeit widerspricht sowohl bei Kolleginnen wie bei Kollegen den Vorstellungen von der weiblichen Geschlechterrolle und dem Handlungsspielraum, der Frauen zugestanden wird. Direkt oder implizit steht zur Debatte, ob die Kollegin überhaupt eine Frau ist“.

(Christa APPEL, ebd., S. 17).

Frauen, die Medikamente missbrauchen, erfahren andere Reaktionen. Sie werden eher geduldet, die Sucht ihnen eher zugestanden. Sie entsprechen mit ihrem zurückgezogenen, unsichtbaren Verhalten eher dem ihnen zugeschriebenen akzeptierten Rollenverhalten.

Eine Ausnahme bilden Betroffene, die sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit mit Medikamenten versorgen, in einem Maß, das überhöht erscheint.

Ein Ergebnis der Studie APPELS ist das sehr unterschiedliche Verhalten der Kollegenschaft gegenüber Frauen und Männern.

Auf die Abhängigkeitsprobleme von Frauen wird mit Entsetzen, Unverständnis, Ekel, Hilflosigkeit, häufig Ablehnung reagiert. Die auffällig gewordenen Männer erleben eher Verständnis und Versuche, ihnen zu helfen.

Auf ihre Abhängigkeitsprobleme hin wird agiert.

Eine Ausnahme bilden medikamentenabhängige Männer, die eine sehr ähnliche Reaktion erfahren wie alkoholabhängige Frauen – verständnislose Distanz, Abwertung und Ausgrenzung. Ihr Verhalten wird ebenfalls als Abwei-

chung der ihnen zugewiesenen Rolle erlebt und entsprechend sanktioniert. In einer weiteren Studie APPELS kommen Beraterinnen zu Wort.

Ihre Haltung weist Aspekte auf, die die Ausweglosigkeit der Situation süchtiger Frauen deutlich machen. Sie können sich verhalten und aussehen wie sie wollen, nie sind sie richtig.

Bei geschminkten und zurechtgemachten Frauen wird von „Maske auflegen“ und „Wegpudern“ oder „Ablenken“ von der Sucht gesprochen.

Frauen, die ihr Äußeres vernachlässigen, werden als „aus-der-Rolle-fallend“ und nicht in das Bild der Institution passend wahrgenommen.

(Christa APPEL in Frauen-Plätze, Frauen-Räume, Frauen-Welten, Nicol Verlag).

Frauen haben nahezu keine Möglichkeiten, sich akzeptiert zu verhalten, wenn erst einmal ihr Suchtproblem offenkundig geworden ist.

2. Probleme bei der Annahme von Hilfsangeboten

Für Frauen ist es ausnehmend schwierig, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

An sie wurde in ihrer Sozialisation der Anspruch herangetragen, unterschiedlichen, zum Teil widersprüchlichen Rollenerwartungen gerecht zu werden. Sie sind stets auf ein Gegenüber hin sozialisiert worden, d. h. sie haben gelernt, dass vor ihren eigenen Interessen immer erst Mann, Familie, Kinder kommen. Bedürfnisse und Probleme des Gegenübers sind wichtiger zunehmend als die eigenen.

Dass diese Haltung noch heute Gültigkeit hat, belegen Untersuchungen zur Normalbiographie von Männern und Frauen.

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“

Frauen werden alles tun, um diesen Ansprüchen an sie gerecht zu werden. Um so schwieriger ist die Situation derjenigen Frauen, die diese Gratwanderung zwischen widersprüchlichen Rollenerwartungen, verminderten Chancen in Bezug auf Lebensplanung und Benachteiligung in fast allen Lebensbereichen etc. nicht geschafft haben, die abhängig geworden sind.

Ihr Nicht-Funktionieren ist offensichtlich geworden.

Neben der eigenen Entwertung, den Scham- und Schuldgefühlen, die daraus folgen, hindert viele Frauen die Angst, als unweibliche Alkoholikerin, „so eine“ abgestempelt zu werden, daran, ein Hilfsangebot anzunehmen. Für Frauen ist der Zugang in der Regel erschwert.

Sie brauchen, zumal sie viele Ausgrenzungserfahrungen durch Partner, Familie, Betrieb und das Hilfesystem erlebt haben, nichts dringender als Akzeptanz, Verständnis, Unterstützung und eine andere „Bewertung“ ihrer Situation.

3. Frauenspezifische Beratung

3.1 Betriebliche Beraterinnen

Frauenspezifische Beratung setzt bei der Beraterin ein Wissen um die Sozialisationsbedingungen und die Lebensrealitäten von Frauen voraus. Ebenso muss dieses Wissen der Verbundenheit der Entstehungsbedingungen von weiblicher Sucht Rechnung tragen. Die Haltung der Beraterin muss von Parteilichkeit und Betroffenheit geprägt sein.

„Dies meint ein Engagement für die Frau, mit der gearbeitet wird, das sich nährt aus dem Wissen über die benachteiligte Lebenssituation von Frauen

und die spezifischen Bewältigungsmechanismen, die daraus entstehen; weiter wird das Engagement in der Arbeit mit Frauen von der Gewissheit getragen, bei allem, was einer Frau passiert, potentiell selbst betroffen sein zu können und der Sichtweise, dass psychische Störungen und soziale Krisen bei Frauen durch geschlechtsspezifische Rolle und Identität beeinflusst sind, dass sie nicht individuelles Versagen bedeuten, sondern einen misslungenen, mit persönlicher Qual erkaufte Konfliktlösungsversuch darstellen.“

(Projekt: Frauenspezifische sozialtherapeutische Fortbildung, Curriculum 1983, zitiert nach: SCHEFFLER, Sabine, 1986)

Ebenso sollte die Beraterin Themen wie Solidarität, Grenzen, Konkurrenz und Macht in der professionellen Beziehung reflektieren.

3.2 Ziele

„Ziel in der Arbeit mit Frauen ist es – in Absprache mit der betroffenen Frau – einem Übermaß an Anpassungsbereitschaft das Lernen von Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüberzustellen, die Konfliktbereitschaft der Frau zu erhöhen, direkte Formen der Auseinandersetzung einzuüben, die Ich-Identität und die Grundlage eines autonomen Selbstwertgefühls zu stärken. Dies ist erforderlich, weil die Frau konfrontiert wird mit dem Schuld-Stigma der weiblichen Abhängigkeit und mit schwierigen Reaktionen des Umfeldes, wenn sie sich von der angepassten, sucht-betroffenen Frau zur selbstbewussten, autonomen Frau hin entwickelt. Die Beraterin muss immer den Auftrag und die Ziele der Klientin verdeutlichen sowie ihren eigenen Arbeitsansatz sowie ihren eigenen Arbeitsansatz transparent machen.“

(KBS,... S.5)

3.3 Betriebliche Konsequenzen

Für die betriebliche Situation heißt dies, dass dem Motivationsprozess erheblich mehr Zeit einzuräumen ist. Nur wenn es der Beraterin gelingt, ein vertrauensvolles Arbeitsverhältnis zu der betroffenen Kollegin herzustellen, bestehen Chancen, dass die Frau sich öffnet und sie die Barrieren, die bislang die Annahme von Hilfsangeboten verhindert haben, überwinden kann.

Das heißt aber auch, dass betriebliche Beraterinnen die Möglichkeit der Weiterbildung in frauenspezifischer Beratung erhalten müssen, ebenso wie ihnen Zeit und Raum für Reflexion und Supervision zugestanden werden muss.

Dies heißt weiterhin, dass der Stufenplan in der Arbeit mit abhängigen Frauen in Bezug auf seine Zeitintervalle und den Vollzug von Konsequenzen neu hinterfragt und geschlechtsspezifische Aspekte aufgenommen werden müssen.

IV. Die weibliche Lebensrealität als Teil einer erfolgreichen Primärprävention

1. Arbeitsbedingungen

Konsumrelevante Faktoren sind neben arbeitsorganisatorischen Schwierigkeiten, unterqualifizierte Tätigkeiten, unklare Selbständigkeiten. Für den Medikamentenkonsum und -missbrauch sind die fehlenden Handlungsspielräume von Frauen am Arbeitsplatz bedeutsam, für den Alkoholkonsum und -missbrauch die geringen Gratifikationswerte der Arbeit.

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“

Voraussetzung für eine erfolgreiche Veränderung ist demnach eine Auseinandersetzung mit den Arbeitsbedingungen von Frauen am Arbeitsplatz. Die Handlungsspielräume sind zu erweitern, der zeitliche Druck abzubauen, Einflussmöglichkeiten hinsichtlich des Arbeitsablaufs und der Organisation sind zu erhöhen, Belastungsfaktoren zu reduzieren, Leistungs- und Belastungsgrenzen zu berücksichtigen.

Zu überdenken ist eine Neubewertung von spezifischen Frauenqualifikationen. Gezielte betriebliche Frauenförderung hat diese Qualifikationen zu berücksichtigen und entsprechend positiv zu sanktionieren.

2. Entlastungsangebote für Frauen

Um der Gesamtsituation der suchtmittelauffälligen Frauen gerecht zu werden, sind Unterstützungsangebote notwendig:

- Betriebskindergärten
- Flexible Arbeitszeiten
- Unterstützung beim Wiedereinstieg
- Teilzeitarbeit in qualifizierten Positionen.

„Wenn Frauen unter’n Tisch fallen“

3. Frauenspezifische Primärprävention

Maßnahmen auf allen Hierarchieebenen in Form von Informations-, Schulungs- und Kursangeboten sind erforderlich, um ein Problembewusstsein für den frauenspezifischen Suchtmittelkonsum und -missbrauch zu schaffen.

Für alle Mitarbeiterinnen sind Angebote mit folgender Zielsetzung zu machen:

- Frauen müssen sich selbst mehr schützen lernen, um nicht auszubrennen
- Frauen müssen Nein-sagen lernen
- Frauen müssen delegieren lernen
- Frauen müssen lernen, Grenzen zu setzen
- Frauen müssen Mut zur Qualifikation entwickeln
- Frauen müssen sich Entlastung durch soziale Kontakte verschaffen
- Frauen müssen Oasen für Ruhe und Entspannung suchen
- Frauen müssen Aggressivität lernen.

Dienstvereinbarung Sucht vom Oktober 1997

Innerbetriebliche Suchtberatung

Wilma Aschhoff

Hans Günter Neuer

Suchtbeauftragte für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Gegenstand und Ziele

§ 2 Geltungsbereich

§ 3 Suchtmittelgebrauch vor und während des Dienstes

§ 4 LWL-Suchtberatung

§ 5 LWL-Suchtbeauftragte

§ 6 Örtliche Suchtbeauftragte

§ 7 Arbeitskreis Sucht

§ 8 Örtliche Arbeitskreise Sucht

§ 9 Vorgehensweise bei Auffälligkeiten

§ 10 Erstgespräch (Phase I)

§ 11 Zweitgespräch (Phase II)

§ 12 Drittgespräch (Phase III)

§ 13 Arbeitsbefreiung

§ 14 Kündigung/Entlassung

§ 15 Sonstige Maßnahmen

§ 16 Rückfall

§ 17 Nachsorge

§ 18 Personalrechtliche Bestimmungen

§ 19 Geltungsdauer

§ 20 Bekanntgabe

Hinweise zur Einschätzung

Adressenverzeichnis der LWL-Suchtberatung

Dienstvereinbarung

Vereinbarung über den Umgang mit abhängigkeitsgefährdeten und -erkrankten Beschäftigten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe sowie über den Umgang mit Suchtmitteln während der Dienstzeit.

Der Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und der Gesamtpersonalrat schließen aufgrund der §§ 70 Abs. 1 und 72 Abs. 4 des Personalvertretungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen folgende Vereinbarung:

Präambel

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit führen zu schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Schädigungen.

Nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entwickeln sich Abhängigkeitserkrankungen oft schleichend und sind mit Leistungs- und Verhaltensmängeln am Arbeitsplatz verbunden. Insbesondere stoffgebundene Suchterkrankungen stellen große Probleme dar, die nicht selten mit dem Vorwurf individueller Schwäche, Willenlosigkeit und Fehlverhalten verbunden sind.

Dabei ziehen Abhängigkeitserkrankungen schwere körperliche Schädigungen nach sich, wobei außerdem die Suizidhäufigkeit bei Abhängigen sehr hoch ist.

Wenn jedoch rechtzeitig und qualifiziert ge- und behandelt wird, ist die Genesungschance groß, die negativen Auswirkungen können zeitweilig oder dauerhaft aufgehoben werden.

Verwaltung und Personalvertretung sind sich darüber einig, dass die innerbetriebliche Suchtberatung einen wichtigen Beitrag leistet, um die Auswirkungen von Suchtmittelmissbräuchen im betrieblichen Rahmen so weit wie möglich zu bewältigen. Dabei kommt insbesondere Führungskräften aller Verantwortungsebenen durch ihre Fürsorge- und Aufsichtspflicht eine bedeutende Rolle zu. Personalvertretungen sind möglichst in die Beratungsschritte einzubeziehen, um ein gemeinschaftliches Vorgehen zu gewährleisten.

Diese Vereinbarung ist für alle Beschäftigten verbindlich. Bei Nichtbeachtung hat jede/r Beschäftigte mit disziplinar- bzw. arbeitsrechtlichen Maßnahmen zu rechnen.

Für die Einhaltung dieser Vereinbarung sind der/die Landesdirektor/in und die jeweiligen Dezernenten/innen verantwortlich.

§ 1 Gegenstand, Ziele

(1) Die Dienstvereinbarung regelt den Umgang mit allen suchtmittelgefährdeten und -abhängigen Beschäftigten. Sie gibt Verhaltensregeln für den Umgang mit Suchtmitteln.

(2) Ziel dieser Regelung ist es,

1. mittel- bzw. langfristige Einstellungsveränderungen hinsichtlich des Umgangs mit Suchtmitteln zu initiieren und darüber hinaus den Umgang mit abhängigkeitsgefährdeten oder -erkrankten Beschäftigten konstruktiv zur Wahrnehmung ihrer persönlichen und dienstlichen Interessen zu gestalten.

2. abhängigkeitsgefährdeten und -erkrankten Beschäftigten zu helfen und möglichst das Arbeitsverhältnis zu erhalten, wobei die verbindliche Vereinbarung der Nachsorge bzw. des Umgangs mit dem Rückfall von äußerster Wichtigkeit sind.
3. eine Gleichbehandlung aller Beschäftigten sicherzustellen.
4. einen wichtigen Beitrag zur Arbeitssicherheit zu leisten.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Die Dienstvereinbarung gilt für alle Beschäftigte des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.
- (2) Die Dienstvereinbarung bezieht sich primär auf Suchtmittel, die als psychoaktive, chemische Substanzen Rauschwirkungen nach sich ziehen. Darunter fallen
 1. Alkohol bzw. alkoholische Getränke, sowie alkoholhaltige Mixgetränke
 2. ärztlich nicht verordnete Medikamente mit Suchtpotential
 3. jegliche Art von Rauschmitteln, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen.

§ 3 Suchtmittelgebrauch vor und während des Dienstes

- (1) Die Einnahme von Suchtmitteln gem. § 2 Abs. 2 ist während der Dienstzeit innerhalb und außerhalb der Diensträume untersagt. Dieses Verbot gilt damit auch während der Arbeitspausen. Auch der Dienstantritt unter Wirkung der o.g. Suchtmittel ist nicht gestattet.

- (2) Ausnahmeregelungen gelten ausschließlich für Betriebsausflüge/ Betriebsfeste.

§ 4 LWL-Suchtberatung

Teile der LWL-Suchtberatung sind:

1. die LWL-Suchtbeauftragten
2. die örtlichen Suchtbeauftragten
3. der Arbeitskreis Sucht
4. die örtlichen Arbeitskreise Sucht

§ 5 LWL-Suchtbeauftragte

- (1) Die LWL-Suchtbeauftragten haben die Aufgabe, im Rahmen ihrer Dienstobliegenheiten und in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Sucht die Suchtberatung beim LWL zu planen und zu koordinieren.
- (2) Alle Informationen, die mit der Suchtberatung in Zusammenhang stehen, unterliegen der Schweigepflicht; in Ausnahmefällen hat eine schriftliche Entbindung von der Schweigepflicht zu erfolgen.

§ 6 Örtliche Suchtbeauftragte

- (1) Die örtlichen Suchtbeauftragten arbeiten ehrenamtlich. Sie nehmen die damit verbundenen Aufgaben im Einklang mit den Aufgaben des Hauptamtes wahr. Es obliegt der gemeinsamen Verantwortlichkeit der Dienststellenleitung und der örtlichen Suchtbeauftragten, die Aufgaben des Hauptamtes

und die Aufgaben einer/eines örtlichen Suchtbeauftragten in der Weise miteinander zu koordinieren, dass ein sachgerechtes Ergebnis erreicht wird, das mit den Zielen dieser Dienstvereinbarung wie auch mit den Zielen des Hauptamtes im Einklang steht.

Die ordnungsgemäße Wahrnehmung der mit der Funktion der örtlichen Suchtbeauftragten verbundenen Aufgaben gilt als Arbeitszeit. Damit verbundene Kosten sind von den jeweiligen örtlichen Dienststellen zu tragen.

- (2) Im Rahmen der Umsetzung des LWL-Suchthilfesystems vor Ort obliegen ihnen folgende Aufgaben:

1. Beratung insbesondere der Führungskräfte ihrer Dienststellen, der örtlichen Personalvertretung sowie die Durchführung von spezifischen Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen, wobei besonders von Führungskräften erwartet wird, dass sie an diesen Veranstaltungen teilnehmen
2. Bildung und Beratung von örtlichen Arbeitskreisen Sucht
3. Hilfe im Einzelfall für abhängigkeitsgefährdete bzw. -erkrankte Beschäftigte, einschl. der Nachsorge und der Intervention bei Rückfällen.
- (3) Örtliche Suchtbeauftragte bewerben sich bei den LWL-Suchtbeauftragten. Die LWL-Suchtbeauftragten und je ein/e Vertreter/in der Dienststelle und des örtlichen Personalrates wählen in einem persönlichen Gespräch einen geeigneten Bewerber/ eine geeignete Bewerberin aus. Nach erfolgreichem Abschluss der erforderlichen Fachausbildung ernennt

der Landesdirektor diese Person zur örtlichen Suchtbeauftragten/ zum örtlichen Suchtbeauftragten.

- (4) Die örtlichen Suchtbeauftragten üben ihre Tätigkeit im Rahmen der Vorgaben der LWL-Suchtbeauftragten und der örtlichen Arbeitskreise Sucht aus. In Konfliktsituationen zwischen den örtlichen Suchtbeauftragten und der jeweiligen Dienststelle werden die LWL-Suchtbeauftragten hinzugezogen.

- (5) Es gilt § 5 Abs. 2 entsprechend.

§ 7 Arbeitskreis Sucht

- (1) Mitglieder des Arbeitskreises Sucht sind:

der/die Dezernent/in der Abteilung Gesundheitswesen, der/die Vertreter/in der Haupt- und Personalabteilung, des Fachdienstes für suchtkranke Arbeitnehmer/innen der Hauptfürsorgestelle, der Gleichstellungsstelle sowie der/die Betriebsarzt/ärztin, der/die Vertreter/in des Gesamtpersonalrates, der Gesamtschwerbehindertenvertretung und die LWL-Suchtbeauftragten.

Bei berechtigtem Interesse kann ein Mitglied der Gesamtjugend- und Auszubildendenvertretung eingeladen werden.

- (2) Die Geschäftsführung des Arbeitskreises Sucht liegt bei den LWL-Suchtbeauftragten.
- (3) Der Arbeitskreis Sucht hat folgende Aufgaben:

1. Planung, Koordinierung, Überprüfung eines Maßnahmenprogramms im Rahmen der LWL-Suchtberatung.
2. Vorbereitung von Informationen und Schulungsprogrammen, insbesondere für Führungskräfte aller Ebenen.
3. Organisation der Einzelfallhilfe, der Rückfallregelung und des Nachsorgebereichs.
- (4) Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden in den Arbeitskreisen keine Einzelfälle ohne vorheriges schriftliches Einverständnis des/der Betroffenen besprochen.
- (5) Der Arbeitskreis Sucht trifft sich mindestens zweimal pro Jahr. Strittige Fragen bezüglich der gesamten LWL-Suchtberatung werden abschließend durch diesen Arbeitskreis Sucht entschieden.

§ 8 Örtliche Arbeitskreise Sucht

Die örtlichen Arbeitskreise Sucht haben folgende Aufgaben:

1. Vorbereitung von Informationen und Schulungsprogrammen, insbesondere für Führungskräfte aller Ebenen bzw. für Personalvertreter/Personalvertreterinnen.
2. Organisation der Einzelfallhilfe, der Rückfallregelung und des Nachsorgebereichs.

Im übrigen gilt § 7 Abs. 4 Satz 1.

§ 9 Vorgehensweise bei Auffälligkeiten

Bei Auffälligkeiten (s. dazu Anlage 1) findet das Phasenmodell Anwendung. Dieses Modell basiert auf drei Phasen, die in den nachfolgenden §§ 10–12 beschrieben sind.

§ 10 Erstgespräch (Phase 1)

- (1) Ergeben sich Anhaltspunkte (s. Anlage 1), die auf eine Abhängigkeitsgefährdung eines/r Beschäftigten schließen lassen, so ist es die Aufgabe des/r Vorgesetzten, ein erstes ausführliches Gespräch zu führen. Vorgesetzte/r ist die/der jeweils unmittelbare Fachvorgesetzte mit Führungsfunktion.
- (2) Die betreffende Person ist auf beobachtete Auffälligkeiten und Störungen am Arbeitsplatz sowie auf den vermuteten Zusammenhang mit Suchtmitteln aufmerksam zu machen. Ihr sind das Phasenmodell dieser Dienstvereinbarung sowie die Unterstützungsmöglichkeiten der LWL-Suchtberatung zu erklären.
- (3) Das Gespräch ist vertraulich, es wird kein Vermerk zur Personalakte gefertigt.
- (4) Maßnahmen, die der persönlichen und betrieblichen Sicherheit (z. B. Entzug der betrieblichen Fahrerlaubnis) dienen, müssen unabhängig von dem Gespräch unverzüglich ergriffen werden.

§ 11 Zweitgespräch (Phase 2)

- (1) Liegen nach weiterer Dienstausbildung (ca. 4–8 Wochen) bei dem/der Betroffenen nach wie vor Anhaltspunkte für eine Abhängigkeitsgefährdung vor, so findet ein zweites Gespräch statt. Teilnehmer dieses Gespräches sind der/die Fachvorgesetzte aus Phase 1, die/der nächsthöhere Vorgesetzte/r und je ein Vertreter/eine Vertreterin des Personalrates und der LWL-Suchtberatung.

Die Betroffenen müssen vorher über die Möglichkeit informiert werden, dass auf Wunsch eine Vertreterin der Gleichstellungsstelle, sowie ein/e Vertreter/in der Schwerbehindertenvertretung an dem Gespräch teilnehmen können.

- (2) In diesem Gespräch wird der/die Betroffene auf die Pflichtwidrigkeit seines/ihrer Handelns hingewiesen. Es werden nochmals Unterstützungsmöglichkeiten der LWL-Suchtberatung angeboten und Auflagen gemacht, um Fehlverhalten im Bereich der Arbeitsleistung entgegenzuwirken. Als Auflagen kommen beispielsweise in Betracht die wöchentliche Kontrolle der Zeitsummenkarte, die Kontrolle der Arbeitsergebnisse, die Verpflichtung zur Vorlage eines Attestes ab dem ersten Krankheitstag oder die Pflicht zur Krankmeldung durch die erkrankte Person selbst.

Der/die Betroffene wird darauf hingewiesen, dass alkoholbedingtes Fehlverhalten oder der Verstoß gegen die erhaltenen Auflagen personalrechtliche Konsequenzen zur Folge hat (Abmahnung, Lohn-

minderung, Kündigung, Missbilligung, Disziplinarmaßnahmen). In konkreten Ausnahmefällen, so z.B. wenn ein besonders schweres Krankheitsbild vorliegt, kann eine Erweiterung des Phasenmodells um schriftliche Ermahnungen, Hinweise oder Rügen notwendig sein.

- (3) Über das Zweitgespräch wird ein Protokoll erstellt, das von dem/der Betroffenen unterschrieben und zur Personalakte genommen wird.

§ 12 Drittgespräch (Phase 3)

- (1) Sollten sich in den nächsten ca. 4–8 Wochen die erkennbaren Auffälligkeiten bei dem/der Betroffenen nicht ändern, findet ein drittes Gespräch unter Beteiligung der personalsachbearbeitenden Dienststelle statt. Im übrigen gilt § 11 Abs. 1 Satz 2 und 3.
- (2) Eine angemessene Zeit vor und nochmals zu Beginn des Gesprächs ist der/dem Betroffenen die Bedeutung des Gesprächstermins als Anhörungstermin im arbeits- oder disziplinarrechtlichen Sinn zu erläutern. Dies und die ausdrückliche Zustimmung der/des Betroffenen zum mündlichen Anhörungsverfahren sind zu vermerken.
- (3) In dem Gespräch ist das vorwerfbare Verhalten und die daraus ableitbare personalrechtliche Konsequenz klar zu benennen. Der/dem Betroffenen ist ausreichend Überlegungszeit für ihre/seine Äußerung einzuräumen. Sie/er ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sie/er verlangen kann, sich schriftlich zu dem Sachverhalt zu äußern. In dem Ge-

sprach werden dem/der Betroffenen konkrete Hilfsangebote aufgezeigt und erörtert sowie Auflagen für das zukünftige Verhalten erteilt. Das Gespräch wird protokolliert, von der/dem Betroffenen unterschrieben und zur Personalakte genommen. Hiervon unberührt bleiben die Vorschriften der Disziplinarordnung des Landes (DO NW) bezüglich der Anordnung eines nichtförmlichen Vorermittlungsverfahrens.

- (4) Treten erneute Auffälligkeiten erst auf, nachdem die in § 11 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 genannten Zeiträume verstrichen sind, setzt das Verfahren in derselben Phase wieder ein.
- (5) Liegen zwischen dem letzten Gespräch und den erneuten Auffälligkeiten mehr als neun Monate, entscheidet der unmittelbare Fachvorgesetzte (§ 10 Abs. 1 S. 2) im Einvernehmen mit der Dienststellenleitung, der zuständigen Personalvertretung und dem/der Vertreter/in der LWL-Suchtberatung über das weitere Vorgehen.

§ 13 Arbeitsbefreiung

In fachlich begründeten Ausnahmefällen kann die personalsachbearbeitende Dienststelle dem/der Betroffenen zur Wahrnehmung von notwendigen ambulanten Therapiemaßnahmen Arbeitsbefreiung erteilen.

§ 14 Kündigung/Entlassung

- (1) Das Arbeits- bzw. Dienstverhältnis wird gelöst, wenn dem Arbeitge-

ber/Dienstherrn aus Gründen in der Person des Betroffenen oder aus Gründen im Verhalten des Betroffenen eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nicht zuzumuten ist.

Dies gilt dann, wenn die abhängigkeitsgefährdete Person nicht alles tut, um ein Abgleiten in eine zur zeitweiligen oder zur dauerhaften Dienstunfähigkeit führenden Abhängigkeitserkrankung zu verhindern (z. B. die Unterstützungsangebote der LWL-Suchtberatung nicht annimmt, Therapieabbruch).

Dies gilt ferner, wenn bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung die betroffene Person nicht die erforderlichen Schritte unternimmt, um sich aus ihrer Abhängigkeit zu lösen.

- (2) Die/Der Betroffene ist schriftlich über die Möglichkeit der Wiedereinstellung zu informieren, die an folgende Voraussetzungen geknüpft ist:
 - nach erfolgreicher ambulanter oder stationärer Behandlung eine mindestens anderthalbjährige abstinenten Lebensweise
 - regelmäßiger Kontakt zur LWL-Suchtberatung.

§ 15 Sonstige Maßnahmen

- (1) In Fällen der Nicht-, Minder- oder Schlechtleistung kommen als sonstige Maßnahmen gegenüber Arbeitern und Angestellten grundsätzlich in Betracht die Abmahnung, Lohnminderung oder Änderungskündigung. Wurden der betroffenen Person z. B. Zulagen/Zuschläge gekürzt, hat sie sich nicht im tariflichen

Bewährungszeitraum bewährt oder wurde ihr nach Änderungskündigung eine niedriger bewertete Stelle übertragen, soll der Alzustand wiederhergestellt werden, wenn eine abstinenten Lebensweise über einen angemessenen Zeitraum nachgewiesen wird. Der angemessene Zeitraum darf zwei Jahre nicht überschreiten.

- (2) In Fällen der Nicht-, Minder- oder Schlechtleistung kommen für Beamte gem. § 5 Disziplinarordnung NW folgende Disziplinarmaßnahmen in Betracht: Verwarnung, Verweis, Geldbuße, Gehaltskürzung, Versetzung in ein Amt derselben Laufbahn mit geringerem Endgrundgehalt.

Im Falle einer Gehaltskürzung oder Versetzung ist darauf zu achten, dass die Dauer dieser Maßnahmen im Verhältnis zu der bei Angestellten geltenden Regelung vergleichbar ist. Davon unberührt bleiben die Vorschriften der Disziplinarordnung NW.

- (3) Suchtmittelabhängige, die über eine ambulante oder stationäre Therapie bzw. über den regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen abstinent leben, haben Anspruch darauf, dass Hinweise auf ihre Abhängigkeit nach zwei Jahren aus der Personalakte entfernt werden. Im übrigen gelten die einschlägigen Tilgungsvorschriften.

§ 16 Rückfall

- (1) Bei einem Rückfall gilt § 12 Abs. 4 und 5.

Bei der Entscheidung über personalrechtliche Konsequenzen ist

positiv zu bewerten, wenn ein Rückfall von der/dem Betroffenen offen zugegeben wurde.

- (2) Über Maßnahmen bei Rückfällen nach einem abgeschlossenen Heilverfahren bzw. nach anderen Hilfsmaßnahmen wird individuell entschieden. Der Teilnehmerkreis bestimmt sich nach § 11 Abs. 1 Satz 2 und 3.

§ 17 Nachsorge

- (1) Während einer stationären Therapie halten in der Regel der/die Vorgesetzte und der/die örtlichen Suchtbeauftragten persönlichen Kontakt zu dem/der Betroffenen.

- (2) Bei der Wiederaufnahme der Arbeit hat ein Gespräch zwischen dem/der Betroffenen, dem/der Fachvorgesetzten, dem/der zuständigen Personalrat/rätin und dem/der örtlichen Suchtbeauftragten stattzufinden. In diesem Gespräch wird über die Art und Weise der Wiedereingliederung (z. B. Teamgespräch mit Arbeitskollegen/innen, Arbeitsaufgaben, zukünftiger Umgang mit Suchtmitteln, Rückfall etc.) gesprochen. Die Gesprächsergebnisse sind zu protokollieren.

- (3) Um die Wiederaufnahme der Arbeit sicherzustellen und aus pädagogischen Gründen (z. B. Arbeitskonflikte aufgrund des früheren Suchtmittelmissbrauchs), ist in den ersten vier Wochen nach Arbeitsaufnahme kein Urlaub zu gewähren.

§ 18 Personalvertretungsrechtliche Bestimmungen

Die Bestimmungen des Landespersonalvertretungsgesetzes – LPVG-NW – werden durch die o.g. Regelungen nicht berührt, insbesondere die Beteiligungsrechte nicht abbedungen.

§ 19 Geltungsdauer

(1) Die Dienstvereinbarung tritt am 01.10.1997 in Kraft. Sie ersetzt die Dienstvereinbarung Sucht vom 17.02.1993.

(2) Sie kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden.

Nach Kündigung der Dienstvereinbarung durch einen der Vertragspartner müssen unverzüglich Verhandlungen mit dem Ziel einer Verständigung über eine neue Dienstvereinbarung aufgenommen werden. Die Nachwirkung wird auf die Dauer von 12 Monaten begrenzt.

(3) Soweit einzelne Regelungen der Dienstvereinbarung aufgrund anderweitiger rechtlicher Regelungen un-

wirksam oder angreifbar sein sollten, wird die Wirksamkeit der Dienstvereinbarung im übrigen hierdurch nicht berührt.

(4) Für Änderungen, Vereinbarungen oder sonstige Erklärungen zu dieser Dienstvereinbarung gilt die Schriftformerfordernis.

§ 20 Bekanntgabe

Verantwortlich für die Bekanntgabe und inhaltliche Vermittlung dieser Dienstvereinbarung sind alle Führungskräfte im Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Münster, den 17. September 1997

Dr. M. Scholle
Direktor des Landschaftsverbandes

Dr. W. Pittrich
Landesrat
Abteilung Gesundheitswesen

G. Wigger
Vorsitzender Gesamtpersonalrat

Anlage 1

HINWEISE ZUR EINSCHÄTZUNG

Veränderungen im Arbeitsverhalten

- Kurzfehlzeiten, Kurzerkrankungen (1 Tag)
- Entschuldigung durch Dritte
- Leistungsstörungen: versäumte Termine, Unaufmerksamkeit
- früher Feierabend, kurzfristiges Verlassen des Arbeitsplatzes
- zunehmende Unfallhäufigkeit
- Verschlechterung der Motorik
- Arbeitsleistung lässt allgemein nach
- oft leichtsinnig

Veränderungen in der Persönlichkeit

- Stimmungsschwankungen aggressiv/depressiv
- erst immer dabei, später Rückzug
- borgt sich oft Geld
- pedantisch, rechthaberisch, kritiküberempfindlich
- Gedächtnislücken
- überangepasstes Verhalten
- Selbstüberschätzung/-unterschätzung
- Nachlässigkeit/Überbetonung Äußeres

Veränderungen durch Konsum

- „Fahne“, getarnt durch Pfefferminz etc.
- vom lustigen zum heimlichen Trinker
- Erfinden von Alibis für ständigen Konsum
- Suchen nach Trinkgelegenheiten, ist bei jeder Feier dabei
- Zittern und Schwitzen
- sichtbar körperlicher Verfall, Schweißhände, Aufgedunsenheit
- häufige Müdigkeit