

dialog: Skriptum

zum Gesprächsführungsseminar „Umgang mit Sucht am Arbeitsplatz – ein Thema wie jedes andere?“

Copyright Dialog und Institut für Suchtprävention Wien,
Februar 2020



Institut für Suchtprävention
sucht und drogen
koordination wien

StoDt+Wien

AutorInnen:

Mag. ^a Margit Bachschwöll	Institut für Suchtprävention Wien
Mag. ^a Andrea Lins-Hoffelner, MBA	Institut für Suchtprävention Wien
Mag. ^a Laura Kravanja, BA MSc	Institut für Suchtprävention Wien
Nika Schoof, BA	Verein Dialog
Mag. ^a Nadja Springer	Verein Dialog
Mag. Martin Weber	Verein Dialog
Ursula Zeisel, MAS	Verein Dialog

Fachliche Beratung (Rechtstext):

Mag. Stefan Dobias	Sucht- und Drogenkoordination Wien
--------------------	------------------------------------

Redaktion:

Mag. ^a Andrea Lins-Hoffelner, MBA	Institut für Suchtprävention Wien
Mag. Martin Weber	Verein Dialog

Lektorat:

Mag. ^a Alexandra Obermaier	Institut für Suchtprävention Wien
---------------------------------------	-----------------------------------

HerausgeberInnen:

Institut für Suchtprävention
der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
Modecenterstraße 14 / Block B / 2. OG
A-1030 Wien

Verein Dialog – Suchtprävention und Früherkennung
Hegelgasse 8/13
A-1010 Wien

Stand: Februar 2020

Inhalt

1. Was ist eine Abhängigkeitserkrankung/Sucht?	5
1.1 Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung	5
1.2 Erweiterte Definition „Abhängigkeit“	6
1.3 Suchtursachen und Suchtentstehung	7
2. Substanzen – Überblick.....	10
3. Alkohol	11
3.1 Wirkung von Alkohol im zentralen Nervensystem	11
3.2 Promille – Wirkung.....	12
3.3 Richtwerte.....	13
4. Behandlung von alkoholkranken Menschen.....	14
4.2 Entzugssymptomatik.....	14
4.2 Behandlung	14
5. Zahlen, Daten, Fakten	15
6. Alkohol am Arbeitsplatz	16
6.1 Programme der betrieblichen Suchtprävention	16
6.2 Rechtlicher Hintergrund	18
7. Methoden zur Intervention im Anlassfall	24
7.1 Fürsorge- und Klärungsgespräch.....	24
7.2 Vorgehen nach Stufenplan	24
7.3 Mögliche Anzeichen.....	25
8. Wie gehe ich bei Berauschung in der Arbeit vor?	27
8.1 Gesprächsführung	27
8.2 Kommunikationstheorien	28
8.2.1 JoHari-Fenster	28
8.2.2 Kommunikationsmodell von Virginia Satir.....	29
8.2.3 Bewusstseinssebenen	30
8.2.4 Motivierende Gesprächsführung (MI)	30
8.2.5 Das perfekte Gespräch?.....	32
9. Beratung und Hilfe bei Anlassfällen	33
Literaturverzeichnis	36

Vorwort

Mit diesem Gesprächsführungsseminar „Umgang mit Sucht am Arbeitsplatz – ein Thema wie jedes andere?“ wollen wir Sie dabei unterstützen, den Verdacht auf einen Suchtmittelkonsum bzw. eine Suchtmittelproblematik bei MitarbeiterInnen frühzeitig anzusprechen. Sie als Führungskraft oder Präventivkraft lernen praktisches Handwerkszeug für Gespräche in schwierigen Situationen kennen und üben auch deren Anwendung.

Denn der Konsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln kann spürbare Auswirkungen im Arbeitsleben haben. Als Führungskraft steht man dann vor der Herausforderung, das Gespräch zu suchen.

Zielgruppen:

Führungskräfte, PersonalmanagerInnen, BetriebsrätInnen, ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsvertrauenspersonen, ArbeitspsychologInnen und GesundheitsmanagerInnen.

Themenschwerpunkte des Seminares sind:

- Grundlagenwissen zu Sucht, Suchtentstehung, Suchtursachen, etc.
- Rechtliche Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz
- Interventionsmöglichkeiten der betrieblichen Suchtprävention
- Werkzeuge aus der Motivierenden Gesprächsführung
- Ansprechen bei Verdacht auf einen Suchtmittelkonsum / bei Verdacht auf eine Suchtproblematik (Unterschiede)
- Möglichkeiten und Grenzen von Erstgespräch sowie Folgegespräch
- Beratungs- und Hilfsangebote für Betriebe sowie Betroffene

Wir haben in vorliegendem Skriptum die wichtigsten Inhalte zum Nachschlagen für Sie zusammengefasst.

1. Was ist eine Abhängigkeitserkrankung/Sucht?

Eine Abhängigkeitserkrankung ist eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann und umgangssprachlich als „Sucht“ bezeichnet wird.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Begriff „Sucht“ 1964 durch „Abhängigkeit“ ersetzt und bezeichnet die Erkrankung im medizinischen Terminus als „Abhängigkeitssyndrom“. Das Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen¹ Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.²

Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Alkohol, Tabak, Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), oder andere (illegale) psychotrope Substanzen zu konsumieren. Der Konsum einer Substanz hat für die betroffene Person Vorrang gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden.

Die medizinische Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann nur von ausgebildeten Fachkräften aus dem medizinischen und psychologischen Bereich gestellt werden (ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen).

1.1 Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), dem Diagnoseklassifikationssystem der WHO, gestellt.

Um eine Abhängigkeitserkrankung zu diagnostizieren, müssen im vorangegangenen Jahr mindestens drei von den folgenden sechs diagnostischen Kriterien gleichzeitig erfüllt worden sein:

- ein starker Wunsch/Zwang die Substanz zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
- körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen
- anhaltender Konsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen.³

¹ Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst.

² Vgl. World Health Organization (WHO)

³ Vgl. Dilling et al., 2006

Folgende Begriffe bedürfen dabei einer näheren Betrachtung:

Psychische Abhängigkeit

Psychische Abhängigkeit bezeichnet das Verlangen, den bekannten Effekt des Suchtmittels erneut zu erfahren und den Konsum fortzusetzen. Voraussetzungen dafür sind laut Heishman und Henningfield (1992):

- Die Substanz wirkt euphorisierend oder beseitigt ängstlich-bedrückte, traurig-gereizte Stimmungslagen
- Die Substanzwirkung kann von der anderer Stoffe unterschieden werden
- Die Substanz bewirkt den Wunsch nach erneuter Einnahme (Suchtpotential)

Physische Abhängigkeit

Physische Abhängigkeit ist durch das Auftreten von Entzugerscheinungen nach Absetzen der Substanz festzustellen.

Toleranz bezeichnet die Abnahme der Sensitivität für die Wirkung einer Droge nach wiederholter Anwendung und macht eine Erhöhung der Dosis erforderlich, um dieselbe Wirkung zu erzielen („Gewöhnungseffekt“).

1.2 Erweiterte Definition „Abhängigkeit“

Die bisher genannten Definitionen konzentrieren sich auf die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, diese wird auch als „substanzgebundene Sucht“ bezeichnet. Zu den psychoaktiven Substanzen zählen z.B. Alkohol, Tabak, Cannabis oder Medikamente. Verhaltenssuchte werden nicht berücksichtigt. Da aber etwa problematischer Internetgebrauch, Spiel- oder Kaufsucht immer mehr an Bedeutung gewinnen, gibt es Bestrebungen, die Definition von Sucht weiter zu fassen.

Eine Abhängigkeit/Sucht besteht dann, wenn die Bindung einer Person an eine bestimmte Erfahrung (ein Geschehensablauf, ein Objekt, eine andere Person) so stark ist, dass die Fähigkeit und Bereitschaft der Person, sich mit anderen Dingen ihrer Umwelt auseinanderzusetzen, erheblich eingeschränkt wird.

Letztlich wird der Betroffene von dieser Erfahrung als einzige Quelle positiven Erlebens vollständig abhängig.⁴

⁴ Peele & Brodsky (1975)

1.3 Suchtursachen und Suchtentstehung

Suchtursachen

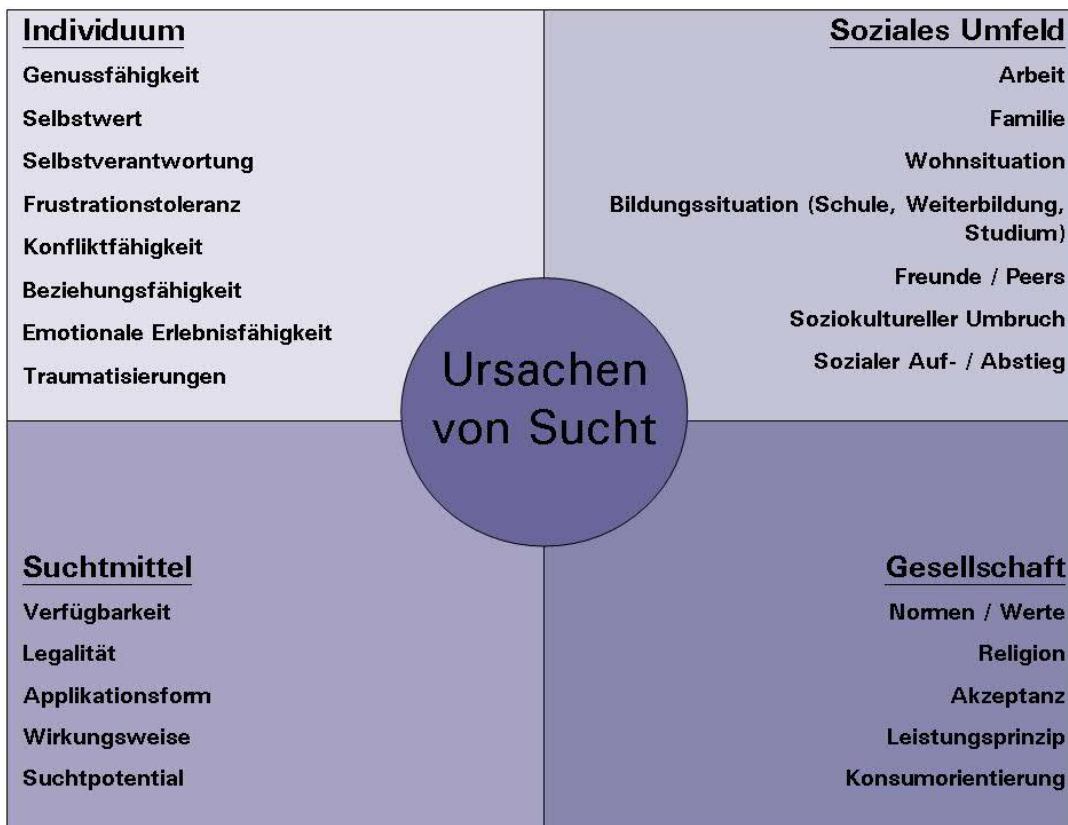


Abb. 1. Ursachen von Sucht (Verein Dialog, 2006).

Sucht hat immer mehrere Ursachen. Jeder einzelne in der Abb.1 genannte Faktor kann einen Schutz vor Sucht oder ein Risiko für die Entstehung einer Sucht darstellen z.B. kann das soziale Umfeld (Schule, Freunde, Arbeitsplatz) einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters stabilisierend wirken und trotz Verfügbarkeit von Suchtmitteln und mehrerer persönlicher krisenhafter Lebensereignisse einer Suchtentwicklung entgegensteuern.

Suchtentstehung

dialog: Korridormodell Dialog

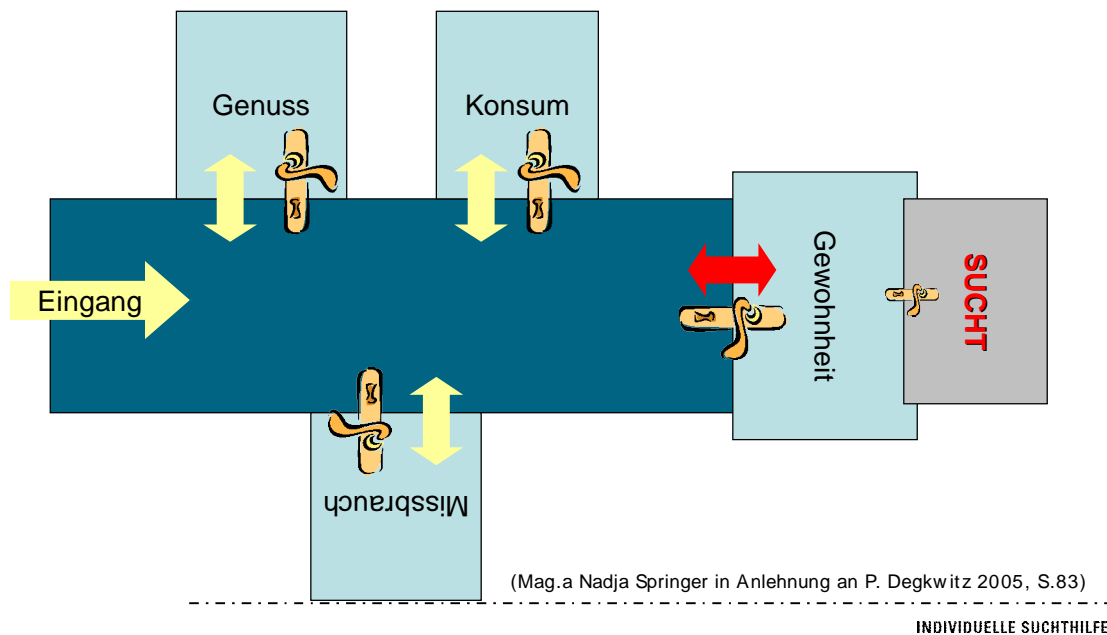


Abb. 2. Korridormodell (Verein Dialog in Anlehnung an Degkwitz, 2005, S. 83).

Degkwitz schlägt zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell“ vor. Demnach gleicht ein Sucht- bzw. Konsumprozess bildlich dem eines „langen Flurs“, der durch verschiedene Türen betreten und auch wieder verlassen werden kann. „Sucht“ bzw. „Abhängigkeit“ stellt nur eine der möglichen Folgen der Gewohnheit dar.

Zu beachten sind die Unterschiede zwischen: Genuss – Missbrauch – Gewöhnung – Sucht

- Unter **Genuss** versteht man den gelegentlichen freiwilligen Substanzkonsum oder ein ebensolches Setzen von Handlungen. Qualität und Quantität sind maßvoll, die angenehme Wirkung ist im Vordergrund (Freude, Erleichterung, Behaglichkeit, rauschhaftes Erleben o.ä.).
- Unter **Missbrauch** verstehen wir eine dem eigentlichen Zweck zuwiderlaufende Verwendung einer Sache oder einer Substanz. Der Missbrauch bestimmter Mittel oder Verhaltensweisen hat meist bestimmte Funktionen zu erfüllen (z.B. die Stimmung zu heben, von Sorgen zu befreien

usw.). Solange die missbräuchliche Verwendung keine schädlichen Folgen hat und nicht in einen dysfunktionalen oder schädlichen regelmäßigen Gebrauch übergeht, ist sie wertfrei anzunehmen.

- Wichtigstes Merkmal der **Gewöhnung** ist die Wiederholung. Es besteht eine gewisse Regelmäßigkeit des Tuns und zwar stets in der gleichen Form. Eine Veränderung des Verhaltens ist nicht mehr ohne weiteres möglich.

2. Substanzen – Überblick

Prinzipiell hat jede Substanz, die man einnimmt, einen Einfluss auf den Körper (physiologischer Effekt). Substanzen, die in geringen Mengen eine Vergiftung im Gehirn hervorrufen, bezeichnet man als Rauschmittel. Besitzen sie des Weiteren ein hohes Suchtpotenzial, so fallen sie unter den Begriff Drogen.

Nach ihrer Hauptwirkweise lassen sich Substanzen wie folgt einteilen:

Achtung: Die Wirkung jeder psychoaktiven Substanz ist von Mensch zu Mensch verschieden und hängt von mehreren Faktoren ab!

Einteilung nach Wirkungsweise:

Substanzen und ihre Wirkung		
	Substanzen	Wirkung
aktivierend	<ul style="list-style-type: none"> • Koffein (Kaffee, Tee, Energy Drinks, Guarana) • Amphetamine (z.B. Speed, Ice) • Appetithemmer • Kokain (Koks, Cola genannt) • Nikotin • Alkohol 	<p><u>geringe Dosis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • anregend • leistungssteigernd <p><u>höhere Dosis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • gesteigerter Rededrang • beschleunigte Bewegungen • Schlafunterdrückung • Euphorie • Selbstüberschätzung
Entaktogen	<ul style="list-style-type: none"> • Designer/Party – Drogen z.B.: Ecstasy (XTC) 	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Gefühle werden intensiver wahrgenommen
Bewußtseins- verändernd	<ul style="list-style-type: none"> • LSD • Pilze • Cannabis (eher bei hoher Dosierung) 	<p>sehr unterschiedliche Wirkungen: veränderte Wahrnehmung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeit • Raum und • eigener Person, tw auch Halluzinationen möglich
beruhigend, schlaffördernd	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Nikotin • Schlaf- und Beruhigungsmittel (Valium, Rohypnol, Praxiten...) • Cannabis • Opiate (Heroin, Morphinum....) 	<ul style="list-style-type: none"> • beruhigend, schlaffördernd • angstlösend • muskelentspannend • paradoxe Wirkung: Euphorie • schmerzstillend (Opiate)

Abb. 3. Substanzen und ihre Wirkung (Verein Dialog).

Substanzen lassen sich auch auf andere Art und Weise einteilen, z.B.

- nach deren Gewinnung: natürliche / synthetische
- Nach deren Beurteilung durch das Strafgesetzbuch: legal / illegal.

Neben dem Wirkstoff sind auch andere Faktoren beim Konsum ausschlaggebend, z.B.

- Einnahmeart (intravenös, oral, nasal)
- Dosis
- Setting (Ort, Rituale etc.)

Die wichtigsten legalen Substanzen in Österreich sind **Alkohol und Nikotin**, sie sind auch am weitesten verbreitet. Während die schädlichen Wirkungen des Rauchens (Nikotin) in den letzten Jahren EU-weit sehr in den Fokus der Öffentlichkeit rücken, werden die schädlichen Wirkungen des regelmäßigen Alkoholkonsums weniger beachtet. Genauere und ständig aktualisierte Informationen zu allen Substanzen finden sich auf der Homepage des Vereins Checkit! www.checkyourdrugs.at

3. Alkohol

Die Alkoholwirkung ist abhängig von der konsumierten Menge, der Persönlichkeit der KonsumentInnen, ihrer Befindlichkeit sowie von äußeren Umständen. Geringe Mengen Alkohol bewirken in der Regel ein Gefühl allgemeinen Wohlbefindens, der Entspannung, der Heiterkeit, gesteigerte Kontaktfreude, die Minderung von Ängsten, sowie den Verlust von Hemmungen. Als Aphrodisiakum wirkt Alkohol zwar enthemmend, aufgrund der dämpfenden Wirkung aber auch potenzschwächend.

3.1 Wirkung von Alkohol im zentralen Nervensystem

- Anxiolytisch (angstlösend)
- Sedierend (beruhigend)
- Hypnotisch (schlaffördernd / anstoßend)
- Erhöhung der Schmerzschwelle
- Unter 0,5 Promille überwiegen zentral erregende Wirkungen
- gestörte Aufmerksamkeit und Konzentration
- Selektive Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses
- Koordinationsstörungen, eingeschränktes Gesichtsfeld, Kopfschmerzen, Schwindel, Benommenheit, Atemdepression
- ab 0,5 Promille Stimmungsänderungen: depressiv, gereizt, weniger ängstlich, weniger freundlich, Abnahme der Aggressionshemmung, verstärkte Neigung zu riskanten Entscheidungen

3.2 Promille – Wirkung













Die Blutalkoholkonzentration ist ein Maß für die Menge von Alkohol im Blut und wird üblicherweise in Gewichtsanteilen als Promille angegeben. Sie wird verwendet, um Aussagen über die Einschränkung der psychischen und physischen Beeinträchtigungen durch Alkohol abzuleiten.

Da Alkohol unterschiedliche Auswirkungen auf Menschen hat, sind die folgenden Angaben zu Alkoholwirkungen und Promillewerten für Erwachsene lediglich als Anhaltspunkte zu betrachten. Jugendliche oder Personen, die selten oder wenig Alkohol trinken, können schon bei 0,5 Promille stark beeinträchtigt sein.

ab 0,2 Promille	ab 0,5 Promille	ab 0,8 Promille
<ul style="list-style-type: none"> • Risikobereitschaft steigt • Seh- und Hörvermögen lassen nach • Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit werden schlechter • Stimmung steigt • Selbsteinschätzung, Urteils- und Kritikfähigkeit werden schlechter 	<ul style="list-style-type: none"> • enthemmende Wirkung • Selbstüberschätzung • intensive Gefühlsabläufe (Wut, Freude, Trauer) • Reaktionsvermögen lässt nach • Sehfähigkeit eingeschränkt • Gleichgewichtsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Blickfeld verengt sich (Tunnelblick) • Reaktionszeit um 35 Prozent verlängert • Gehirn verarbeitet die Informationen nur mehr mangelhaft • psychomotorische Fähigkeiten beeinträchtigt • zunehmende Enthemmung
1 - 2 Promille Rauschstadium	2 - 3 Promille Betäubungsstadium	3 - 5 Promille Lähmungsstadium
<ul style="list-style-type: none"> • Orientierungs- und Gleichgewichtsstörungen, Gehen und Stehen fällt schwer • erste Sprachstörungen treten auf • Enthemmung nimmt weiter zu • Verlust der Selbstkontrolle • Verwirrtheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirrtheit nimmt zu • Gedächtnis- und Bewusstseinsstörungen • erste Anzeichen von Atemschwierigkeiten • Erbrechen • Alkoholvergiftung • Bewusstlosigkeit und Koma sind möglich • Muskeler schlaffung 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstlosigkeit • Gedächtnisverlust • schwache Atmung • Unterkühlung • unkontrollierte Ausscheidung • tiefe Lähmung des Nervensystems • Koma • tödlicher Atemstillstand

Abb. 4. Unmittelbare Wirkung von Alkohol (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung: <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/>).

3.3 Richtwerte

GESUNDHEITSRISIKO	MÄNNER	FRAUEN
risikoarm	 0,6 Liter Bier oder  0,3 Liter Wein bis 24 g reiner Alkohol pro Tag	 0,4 Liter Bier oder  0,2 Liter Wein bis 16 g reiner Alkohol pro Tag
problematisch	  1,5 Liter Bier oder   0,75 Liter Wein ab 60 g reiner Alkohol pro Tag	  1 Liter Bier oder   0,5 Liter Wein ab 40 g reiner Alkohol pro Tag




Abb. 5. Richtwerte für einen risikoarmen bzw. problematischen Alkoholkonsum bei gesunden Erwachsenen (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung: <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/wie-viel-ist-zu-viel/>).

Risikoarmer, problematischer und abhängiger Alkoholkonsum

Grundsätzlich gilt: Alkohol ist ein Zellgift. Es gibt keine gesunde Menge Alkohol. Risikoarm bedeutet daher nicht gesund oder risikolos, sondern, dass die Wahrscheinlichkeit für alkoholbedingte Erkrankungen geringer ist.

Abgesehen von der Menge gilt Alkoholtrinken dann als risikoarm, wenn an die jeweilige Situation angepasst getrunken wird. Dazu gehört auch in bestimmten Situationen und Lebenslagen wie im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz oder in der Schwangerschaft auf Alkoholkonsum vollständig zu verzichten.

An mindestens zwei Tagen pro Woche sollte man keinen Alkohol trinken.

Als Grenze für problematischen Konsum, ab der ein deutlich erhöhtes Gesundheitsrisiko vorliegt, wird für Männer üblicherweise ein Wert von 60 Gramm Alkohol pro Tag angegeben, für Frauen 40 Gramm. Das entspricht 1,5 bzw. 1 Liter Bier täglich. Die Mengen für den „problematischen Konsum“ dürfen aber nicht mit einer Abhängigkeitserkrankung gleichgesetzt werden.

Alkoholgebrauch in unangebrachten Situationen wird neben episodischem Rauschtrinken zu den problematischen Konsummustern gezählt. Durch die unmittelbare Wirkung des Alkohols entstehen Risiken etwa am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr, während der Schwangerschaft oder bei der gleichzeitigen Einnahme von Medikamenten. Hier stehen neben den Gefahren für die Person vor allem die Risiken für Dritte im Fokus, wie sie durch ein erhöhtes Unfallrisiko oder die Verwicklung in Gewaltsituationen bestehen.

Der Übergang von einem problematischen zu einem abhängigen Konsum ist fließend. Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit. Für die Entwicklung einer Alkoholsucht zählt nicht allein die Menge, sondern weitere, von der WHO festgelegte Diagnosekriterien (siehe Kapitel 1.2).

4. Behandlung von alkoholkranken Menschen

4.1 Entzugssymptomatik

Mit folgenden Entzugssymptomen ist zu rechnen:

- Psychomotorische Unruhe, Nervosität, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit
- Tremor der Hände (Zunge, Augenlider)
- Hyperhidrosis (übermäßig starkes Schwitzen)
- Tachykardie und Hypertonie (Herzrasen/Bluthochdruck)
- Kopfschmerzen
- Reduzierte Aufmerksamkeit
- Erhöhte Körpertemperatur
- Orientierungsstörungen
- Getrübtes Bewusstsein
- Halluzinationen
- Entzugsanfälle
- „Delir, Delirium Tremens“ (potenziell lebensbedrohende Komplikation bei einer länger bestehenden Alkoholkrankheit)

4.2 Behandlung

Mit dem Ziel, Menschen mit Suchtproblemen in das gesellschaftliche Leben zu integrieren, liegt der Schwerpunkt auf der direkten Arbeit mit den KlientInnen. Die Angebote umfassen sozialarbeiterische, medizinische und psychologische Leistungen in unterschiedlichen Settings.

Auch im Bereich Behandlung ist individuell auf die Problematik einzugehen, da es im Rahmen einer Suchterkrankung verschiedene Phasen zu bewältigen gibt und daher unterschiedliche Möglichkeiten zu einer effektiven und nachhaltigen Behandlung notwendig sind. Die Teams bestehen meist aus SozialarbeiterInnen, Klinischen- und GesundheitspsychologInnen, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für Psychiatrie/Neurologie. JuristInnen und FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde oder Kinder- und Jugendpsychiatrie sind teilweise ebenfalls anzutreffen.

Man **unterscheidet ambulante von stationären Angeboten** sowie **niedrigschwellige von höherschweligen** Einrichtungen. (siehe Anhang: Beratungs- und Hilfsangebote).

5. Zahlen, Daten, Fakten⁵

Alkohol

In Österreich sind derzeit ca. rund 370.000 Menschen (5 Prozent) alkoholkrank und weitere 9 Prozent konsumieren Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. In Summe trinken 14 Prozent der Bevölkerung, das sind rund 1 Million Menschen, in einem problematischen Ausmaß.

Die gefährdetste Altersgruppe sind die 50- bis 60-Jährigen. Eine/r von fünf Menschen dieser Altersgruppe trinkt in einem Ausmaß, das eindeutig gesundheitsgefährdend ist – also mehr als zwei 1/4 Gläser Wein (Frauen) bzw. mehr als drei 0,5 Liter Bier (Männer) pro Tag.

- Die Frequenz des Alkoholkonsums hat sich bei der Wiener Bevölkerung in den letzten zwei Jahren etwas verringert – vor allem bei Frauen. Aktuell trinken drei von zehn Personen ab 15 Jahren regelmäßig bzw. mehrmals pro Woche Alkohol. 46 Prozent konsumieren zumindest einmal wöchentlich. Ein Drittel konsumiert nur bei seltenen Anlässen; der Anteil der völlig Abstinenten beläuft sich auf rund ein Fünftel.
- Männer greifen bei allen Altersgruppen deutlich häufiger als Frauen zu alkoholischen Getränken. Knapp vier von zehn Männern trinken mehrmals in der Woche Alkohol; bei den Frauen sind das nur rund halb so viele.
- Auch die beim Trinken konsumierte Alkoholmenge ist bei Männern höher. Von ihnen gaben 12 Prozent an, in letzter Zeit zumindest zwei bis drei Mal in der Woche eine größere Alkoholmenge (z.B. mindestens drei Krügerl Bier oder drei Viertel Wein) getrunken zu haben; bei den Frauen sind das nicht einmal halb so viele (5 Prozent).

⁵ s. Bachmayer, Strizek, Hojni, & Uhl (2020); IFES (2017)

Tabak

- 27 Prozent der WienerInnen rauchen täglich und 12 Prozent sind sogenannte GelegenheitsraucherInnen. Hier setzt sich – jedoch fast nur bei den Frauen – ein rückläufiger Trend fort.

Psychopharmaka und illegale Suchtmittel

- Je ein Fünftel der Wiener Bevölkerung hat schon einmal Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen, 14 Prozent Arzneimittel gegen Depression, 10 Prozent Abmagerungs- bzw. Schlankheitstabletten und 8 Prozent Arzneimittel gegen Müdigkeit bzw. entsprechende Anregungsmittel. 6 Prozent haben schon einmal Substanzen zur körperlichen Leistungssteigerung (z.B. Anabolika) konsumiert.
- Erfahrungen mit illegalen Suchtmitteln machten mehr Männer als Frauen. Dies gilt insbesondere für Cannabis (27 versus 22 Prozent) und Ecstasy (9 versus 5 Prozent).

Sportwetten

- Erfahrungen mit Sportwetten haben 13 Prozent, rund 8 Prozent spielen gelegentlich an Spielautomaten, der Anteil der regelmäßigen SpielerInnen beträgt 1 bis 2 Prozent, davon mehr Männer als Frauen.

6. Alkohol am Arbeitsplatz⁶

Problematischer Alkohol- und Suchtmittelkonsum bis hin zur Abhängigkeit kann jeden Betrieb betreffen – unabhängig von seiner Größe oder der Branche. Die Auswirkungen für die betroffene Person, aber auch den Betrieb können gravierend sein:

- Alkoholranke sind laut der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im Durchschnitt um 25 Prozent weniger leistungsfähig. Die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter ist bei vollen Bezügen zwar „im Dienst“, aber die Arbeitsleistung ist gemindert.
- Der riskante Konsum von Suchtmitteln führt außerdem zu mehr Fehlzeiten und häufigeren Krankenständen. Riskant konsumierende MitarbeiterInnen sind bis zu 2,5-mal häufiger krank.
- Ungefähr jeder vierte Unfall bei der Arbeit und am Arbeitsweg passiert unter Mitbeteiligung von Alkohol oder anderen Suchtmitteln, wobei bereits bei geringer Alkoholisierung die Risikobereitschaft steigt.

Mit betrieblicher Suchtprävention können die oft schwerwiegenden Auswirkungen von riskantem Konsum und Abhängigkeitserkrankungen frühzeitig verhindert werden.

⁶ Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (2015); Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019).

6.1 Programme der betrieblichen Suchtprävention

Heute steht der ganze Betrieb im Zentrum der Programme, nicht mehr der Einzelfall. Zeitgemäße betriebliche Suchtprävention informiert über Auswirkungen und Risiken von Suchtmitteln. Sie richtet sich mit gesundheitsfördernden Maßnahmen an alle MitarbeiterInnen eines Unternehmens. Zu solchen Maßnahmen zählen Informationsmaterialien, Gesundheitstage und Schulungsprogramme. Studien zeigen, dass Beeinträchtigungen bei der Arbeit nicht nur bei den Abhängigen stark ausgeprägt sind, sondern auch bei den Menschen, die Suchtmittel riskant oder problematisch konsumieren. Ein wesentlicher Schritt ist der Ausbau von betrieblicher Gesundheitsförderung und Suchtprävention in Richtung eines integrierten Gesundheitsmanagements. Ein integriertes Gesundheitsmanagement bedeutet die bewusste Steuerung und Integration betrieblicher Prozesse mit dem Ziel, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern. Unterschiedliche präventive Handlungsfelder werden dabei verbunden. Dazu zählen: der Arbeits- und Gesundheitsschutz, die betriebliche Suchtprävention, die betriebliche Gesundheitsförderung und das betriebliche Eingliederungsmanagement. Die Gesundheit aller Beschäftigten und somit auch die Suchtprävention werden in Leitbild, Führungskultur, Strukturen und Prozesse des Unternehmens integriert.

Ein betriebliches Suchtpräventionsprogramm setzt auf mehreren Ebenen an, indem es:

- Leitlinien für den Umgang mit Suchtmitteln im Unternehmen definiert
- gesundheitsfördernde Maßnahmen beinhaltet
- beschreibt, wie Führungskräfte bei Hinweisen auf einen Anlassfall mit betroffenen MitarbeiterInnen vorgehen sollen.

Wissen, Hilfe statt Strafe und Entdramatisierung sind die drei Kernelemente der betrieblichen Suchtprävention.

Beim Themenbereich „Wissen“ geht es darum, dass Informationen für ein besseres Verständnis im ganzen Betrieb sorgen, um eine Auseinandersetzung mit dem Thema zu fördern. Betreffend „Hilfe statt Strafe“ lassen sich betroffene MitarbeiterInnen behandeln, um eine Kündigung zu vermeiden. Und die „Entdramatisierung“ beinhaltet, dass Abhängigkeitserkrankungen erfolgreich behandelt werden können.

Neben vorbeugenden Maßnahmen für alle MitarbeiterInnen in Betrieben gibt es Aktivitäten der Intervention für suchtauffällige KollegInnen (siehe ab Kapitel 7).

Eine Expertin der betrieblichen Suchtprävention, Elisabeth Wienemann, fasst das aktuelle Konzept eines betrieblichen Suchtpräventionsprogramms so zusammen:



Abb. 6. Konzept betrieblicher Suchtpräventionsprogramme (Wienemann & Schumann, 2011, S. 3, eigene Darstellung).

6.2 Rechtlicher Hintergrund

Ein riskanter Konsum bzw. Sucht sind Themen, die nicht nur „Privatsache“ sind, sondern sie zählen zu den Themen, denen sich moderne Führungskräfte vermehrt stellen müssen. Suchterkrankungen stellen ein Risiko für den Arbeitsplatzverlust dar. Im Gegenzug können schwierige Arbeitsbedingungen auch ein Risiko für die Suchtentstehung sein.

Die gesetzlichen Grundlagen nehmen ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen in die Pflicht (Fürsorge- und Kontrollpflicht der ArbeitgeberInnen / Treuepflicht der ArbeitnehmerInnen).

Fürsorgepflicht

ArbeitgeberInnen und Führungskräfte haben eine sogenannte Fürsorgepflicht, das heißt, sie müssen bei der Ausgestaltung des Arbeitsverhältnisses unter anderem die gesundheitlichen und persönlichen Interessen der MitarbeiterInnen schützen.

Konkreter formuliert ist etwa dafür Sorge zu tragen, dass sich MitarbeiterInnen keinen besonderen arbeitsbedingten Gefahren aussetzen.

Die Fürsorgepflicht kann sowohl zu aktiven Maßnahmen verpflichten, aber auch zu Unterlassungen seitens des Arbeitgebers. In diesem Rahmen können oder müssen

unter Umständen sogar gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen durchgeführt werden.

Geregelt ist die Fürsorgepflicht in § 1157 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) und in § 18 Angestelltengesetz (AnG): „DienstgeberInnen haben Dienstleistungen und den Betrieb so zu regeln, dass das Leben und die Gesundheit der DienstnehmerInnen geschützt wird.“

Im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) wird die Fürsorgepflicht in einem Teilbereich etwas präzisiert. § 3 Absatz 1 ASchG bestimmt: „ArbeitgeberInnen sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der ArbeitnehmerInnen in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen zu sorgen (...). ArbeitgeberInnen haben die zum Schutz des Lebens und der Gesundheit erforderlichen Maßnahmen zu treffen, einschließlich der Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gefahren, zur Information und zur Unterweisung. (...)“

Lassen also ArbeitgeberInnen wissentlich MitarbeiterInnen berauscht arbeiten, egal ob durch die Einnahme von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, verstoßen sie gegen ihre Fürsorgepflicht!

Informations- und Kontrollpflicht

Eine weitere Detailierung der Fürsorgepflicht ist die Informations- und Kontrollpflicht nach § 12 Absatz 1 ASchG: Danach sind ArbeitgeberInnen verpflichtet, für eine ausreichende Information der ArbeitnehmerInnen über die Gefahren für Sicherheit und Gesundheit sowie über die Maßnahmen zur Gefahrenverhütung zu sorgen.

§ 6 (3) ASchG verpflichtet ArbeitgeberInnen, alle ArbeitnehmerInnen, die nicht in der Lage sind, eine Arbeit ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen, mit dieser Arbeit nicht zu beschäftigen und gegebenenfalls vom Arbeitsplatz zu verweisen.

Aufgrund dieser gesetzlichen Grundlagen sind ArbeitgeberInnen verpflichtet, alle MitarbeiterInnen über Gefahren und über diesbezügliche Regeln, die im Betrieb gelten, zu informieren und deren Einhaltung sicherzustellen. Eine Kontrolle geht allerdings niemals so weit, dass etwa weitgestreute Alkohol- oder Drogentests durchgeführt werden dürfen.

Wenn den ArbeitgeberInnen Konsum von Alkohol bekannt ist und dadurch eine Gefährdung für die betreffenden MitarbeiterInnen, KollegInnen, KundInnen oder sonstige Personen oder den Betrieb (Schaden an der Vertrauenswürdigkeit etc.) entstehen kann, müssen die ArbeitgeberInnen aber reagieren und Maßnahmen setzen, die eine Gefährdung verhindern.

Treuepflicht

Das Pendant zur Fürsorgepflicht der ArbeitgeberInnen ist auf Seite der ArbeitnehmerInnen die Treuepflicht.

Darunter versteht man ganz allgemein die Pflicht, die schützenswerten Interessen der ArbeitgeberIn zu respektieren und sich ihr gegenüber korrekt und loyal zu verhalten, was auch ein angemessenes Verhalten im Umgang mit KollegInnen, KundInnen, GeschäftspartnerInnen etc. miteinschließt.

In Zusammenhang mit der Treuepflicht gibt es wieder einzelne, detailliertere gesetzliche Bestimmungen, die sich an ArbeitnehmerInnen richten.

Die Regelung und die Vorgehensweise der ArbeitgeberInnen bei Nichteinsetzbarkeit der MitarbeiterInnen nach Einnahme berauschender Mittel sind in § 15 Absatz 4 ASchG wie folgt geregelt: „ArbeitnehmerInnen dürfen sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift in einen Zustand versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden können“.

Damit wird – direkt oder indirekt – auch das Verhalten der ArbeitnehmerInnen vor Arbeitsantritt erfasst, selbstverständlich auch während der Arbeit oder in den Pausen. Ein generelles Konsumverbot ist das freilich nicht, aber letztendlich ist es Sache der ArbeitnehmerInnen, ihren Konsum so zu handhaben, dass keine negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben ist.

MitarbeiterInnen, die berauscht arbeiten und sich oder andere dadurch ernsthaft gefährden, verstoßen gegen ihre Treue- und Mitwirkungspflicht, indem sie ihre vertragliche Pflicht, nämlich die volle Arbeitsleistung zur Verfügung zu stellen sowie die ArbeitgeberInnen bei notwendigen Unfallverhütungsmaßnahmen zu unterstützen, verletzen.

Diese Richtlinie gibt der/dem Vorgesetzten einerseits konkrete Handlungs- und Ablaufanweisungen für den Bedarfsfall, andererseits wird dadurch die Arbeitssicherheit im Betrieb erhöht.

Wann muss ein Betrieb einschreiten?

Der Betrieb muss dann einschreiten, wenn die/der ArbeitnehmerIn gegen ArbeitnehmerInnenschutzvorschriften (§ 15 (4) ASchG), gegen spezielle Erfordernisse aufgrund eines spezifischen Tätigkeitsfeldes (z.B. Nüchternheitserfordernis für BusfahrerInnen) und/oder eventuell gegen betriebsinterne Ordnungsvorschriften (generelles Konsumverbot, soweit dieses überhaupt möglich ist) verstößt.

Es geht dabei immer um die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die konkrete Tätigkeit der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters.

Die Beurteilung, ob eine Gefährdung der Sicherheit am Arbeitsplatz vorliegt, erfolgt durch den/die Vorgesetzte/n. Gleichzeitig muss er/sie dafür Sorge tragen, dass MitarbeiterInnen, die ein Arbeitssicherheitsrisiko darstellen, die Weiterführung ihrer Tätigkeiten am Arbeitsplatz untersagt wird.

Die Einschätzung bzw. Beobachtung durch die jeweiligen Vorgesetzten/ ist für die Beurteilung ausschlaggebend. Es empfiehlt sich Zeugen für die Beurteilung beizuziehen. Diese können sein: BetriebsrätInnen, Personalvertretung oder nächst höhere Vorgesetzte. Die Entscheidung fällt aber der/die Vorgesetzte.

Wichtig ist auch die Klärung der eigenen Rolle: Es geht um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und weder um Diagnose noch um Therapie – diese finden in spezialisierten Einrichtungen statt.

Der/die Vorgesetzte entscheidet, welche Schritte in der Folge unternommen werden: Der/die MitarbeiterIn im Rauschzustand darf die Arbeit nicht weiter verrichten, eventuell muss für einen Transport nach Hause gesorgt werden. Es folgen ein Fürsorgegespräch, ein Klärungsgespräch sowie weitere Gespräche nach Stufenplan.

Betriebsvereinbarung

Da es im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz keine konkrete Regelung von Alkoholkonsum im Betrieb gibt, kann der Abschluss einer Betriebsvereinbarung zwischen ArbeitgeberIn und Betriebsrat sinnvoll sein, die auch die Vorgangsweise im Anlassfall und den Konsum von Alkohol und anderen berauschenden Mitteln während der Dienstzeit regelt.

Diese Vorgehensweise wird grundsätzlich empfohlen, denn auf diese Weise ist keine Festlegung im Einzelfall notwendig und jeder Anlassfall wird gleich behandelt. Ein generelles Konsumverbot ist nur für bestimmte Berufsgruppen möglich und sinnvoll - dieses kann sich auf den gesamten Arbeitstag beziehen, sowohl auf die Arbeitszeit als auch auf die Pausen (Punktnüchternheit).

Rechtliches und Lehrlinge

Bei einer offensichtlichen Arbeitsunfähigkeit eines Lehrlings entscheidet die/der Vorgesetzte, ob ein medizinischer Notfall vorliegt und allenfalls die Rettung gerufen werden muss (z.B. bei starker Berausung, bei Fremd- oder Selbstgefährdung) oder ob die Person (evtl. in Begleitung) heimgeschickt werden kann.

Bei Jugendlichen unter 18 müssen die Erziehungsberechtigten informiert werden.

In Fällen eines Drogenkonsums ist für Berufsschulen das Vorgehen durch § 13 des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt. § 13 des SMG besagt, dass etwa beim (Verdacht auf) Konsum von illegalen Substanzen in der Schule nicht die Polizei zu rufen ist, sondern stattdessen die betroffenen SchülerInnen über die Direktion an die SchulärztInnen verwiesen werden, die meistens eine Abklärung bzw. Behandlung in

einer Suchthilfeeinrichtung einleiten. Auf Grund der Amtsverschwiegenheit wird der Betrieb nicht über die Einleitung eines § 13-Verfahrens an die Schule informiert.

Für den **Handel mit Substanzen** gilt das jedoch nicht. In diesen Fällen muss die Schule die Polizei informieren.

In Betrieben wird die Entwicklung eines innerbetrieblichen Vorgehens bei Suchtmittelkonsum der MitarbeiterInnen empfohlen, das auch die Auszubildenden inkludiert. Dieses Vorgehen nach Stufenplan wird idealerweise in der bereits erwähnten Betriebsvereinbarung festgehalten.

Eine vorzeitige Auflösung des Lehrverhältnisses ist in § 15 Berufsausbildungsgesetz geregelt.

Gründe für eine vorzeitige Auflösung des Lehrverhältnisses sind unter anderem:

- Lehrling macht sich einer strafbaren Handlung schuldig, die sie/ihn des Vertrauens der/des Lehrberechtigten unwürdig macht (Anzeige/Festnahme wegen Cannabiskonsum in der Freizeit fällt in der Regel nicht darunter).
- Lehrling versucht, Betriebsangehörige zur Nichtbefolgung von betrieblichen Anordnungen, zu unordentlichem Lebenswandel oder gesetzeswidrigen Handlungen zu verleiten (z.B. Anbieten von Alkohol oder Drogen im Betrieb, Aufforderung zum Alkoholkonsum trotz notwendiger Nüchternheit).
- Lehrling wird unfähig, den zu erlernenden Beruf auszuführen und erlangt diese Fähigkeiten während der Lehrzeit wahrscheinlich nicht mehr zurück (etwa durch (schwerere) Alkohol- oder Drogenabhängigkeitserkrankung).

Wenn es um die Entgeltfortzahlung (sowohl für normale ArbeitnehmerInnen als auch Auszubildende) geht, ist die (fach-)ärztliche Beurteilung zur Nachweisung einer Suchterkrankung ausschlaggebend. Die zentrale Frage lautet, ob eine Abhängigkeitserkrankung und somit – wie bei anderen Krankheiten auch – Zahlungen auch während des Krankenstandes erfolgen.

Liegt „bloß“ ein übermäßiger Alkoholkonsum innerhalb eines beherrschbaren Konsummusters vor, dann besteht während Fehlzeiten kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung.

Alkohol- und Drogentests

Generell stellen sämtliche Tests einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte von ArbeitnehmerInnen dar.

Derartige Testungen (zum Beispiel bei Lehrlings-Untersuchungen oder Einstellungsuntersuchungen) sind an die Freiwilligkeit und die ausdrückliche Zustimmung der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers gebunden, wobei eine Ablehnung keinerlei Konsequenzen nach sich ziehen darf. Dazu kommt, dass Tests oft nicht sehr aussagekräftig sind: Ein vergangener Konsum, der noch nachweisbar ist, bedeutet nicht, dass aktuell noch eine Beeinträchtigung gegeben ist.

Damit ist auch schon das wesentliche Element angesprochen: Es geht stets um die Frage einer aktuellen Beeinträchtigung. Bei Alkohol mag das noch durch einen Atemlufttest festzustellen sein, bei Harntests auf Drogen sieht das schon ganz anders aus. Nicht übersehen werden darf dabei auch, dass Harntests auf Drogen ein medizinisches Hilfsmittel darstellen, die ausschließlich in die Hand von entsprechend qualifizierten Personen gehören. In der Regel sind das (spezialisierte) ÄrztInnen, die auch die Qualität dieser Tests kennen und um die Probleme falsch positiver Ergebnisse Bescheid wissen. Außerdem ist z.B. ein Konsum durch bestimmte Medikamente schwer zu testen, weil sie in gängigen Testserien nicht enthalten sind. Daher bleibt es letztendlich dabei, dass das Erkennen von Auffälligkeiten, die auf eine Beeinträchtigung hindeuten, wesentlich ist. Wenn eine Arbeitgeberin/ein Arbeitgeber einen Verdacht hat, wird sie/er daraufhin die betreffende Mitarbeiterin/den betreffenden Mitarbeiter/den betreffende/n MitarbeiterIn von der Verrichtung der entsprechenden Tätigkeit vorerst entbinden müssen (dasselbe gilt, wenn jemand zum Beispiel nur übermüdet, nervös oder unkonzentriert erscheint). Die Arbeitgeberin/Der Arbeitgeber kann dann lediglich eine (aktuelle) ärztliche Untersuchung verlangen.

Bei bestimmten Branchen bzw. Arbeitsplätzen (Bauwirtschaft, Transportwesen, StaplerfahrerInnen, MaschinenführerInnen etc.), wo Punktnüchternheit notwendig ist, sind Alkoholtests in den Betrieben erlaubt. Es geht darum, festzustellen, ob aktuell eine Beeinträchtigung vorliegt, wodurch bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten besondere Risiken entstehen (für die betroffenen MitarbeiterInnen, KollegInnen, KundInnen oder sonstige Personen). Im Falle des Alkoholkonsums kann das anhand von Alkoholtests ohne medizinische Vorkenntnisse leicht festgestellt werden.

7. Methoden zur Intervention im Anlassfall

Um MitarbeiterInnen Unterstützung in Verdachtsfällen von Suchtmittelmissbrauch zu bieten, bedarf es einer multiprofessionellen Kooperation, die sich unter anderem durch gut organisierte Vernetzungsarbeit auszeichnet. Aus diesem Grund soll dieses Kapitel einen Beitrag dazu leisten, gängige Interventionsmöglichkeiten transparenter zu machen.

Grundsätzliche Empfehlung ist die Regelung in eigener Betriebsvereinbarung, einem Stufenplan oder einer Interventionskette. (siehe: *Alkohol und andere Suchtmittel am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Führungskräfte* (Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2015)) Die genaue Vorgehensweise ist dann für Vorgesetzte und MitarbeiterInnen klar vorgegeben, wurde im Vorfeld kommuniziert und es ist keine Festlegung im Einzelfall notwendig.

7.1 Fürsorge- und Klärungsgespräch

ArbeitgeberInnen haben eine rechtliche Fürsorgepflicht (siehe auch Kapitel 6.2). Mit dem Fürsorgegespräch setzt eine Führungskraft ein erstes Signal, dass die Person bereits mit ihrem Verhalten auffällt und bei Bedarf unterstützt wird.

Führen Sie als Führungskraft ein **Fürsorgegespräch**,

- wenn Ihnen bei einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme auffallen
- wenn diese Probleme auf Dauer zur Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstrechtlicher Verpflichtungen führen können.

Wenn es bereits zu einer (wiederholten) Vernachlässigung arbeitsvertraglicher oder dienstlicher Pflichten und/oder Störungen im Arbeitszusammenhang gekommen ist, folgt bald darauf ein **Klärungsgespräch**: Bei diesem Gespräch kommen konkrete Fakten zur Sprache, z.B. die Besorgnis darüber, dass sich Probleme auf das Arbeits- und Leistungsverhalten auswirken oder Störungen am Arbeitsplatz verursachen.

Diese beiden Gespräche finden vertraulich statt. Stellt sich dabei heraus, dass Suchtmittelkonsum die Ursache für die Pflichtverletzung ist, können Sie als Führungskraft mit dem Stufenplan fortsetzen.

7.2 Vorgehen nach Stufenplan

Der Stufenplan ist ein etabliertes Interventionskonzept in der betrieblichen Praxis, das seit Jahren erfolgreich angewandt wird. Der Einsatz des Stufenplans beginnt immer bei Verstößen gegen Pflichten oder bei Störungen in Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol oder anderen Suchtmitteln.

Der Stufenplan gibt eine Richtlinie, wie bei Anlassfällen einheitlich vorgegangen werden soll. Eine spezielle Betriebsvereinbarung zum Thema Sucht, in der auf den Stufenplan verwiesen wird, ist empfehlenswert.

Jeder Stufenplan muss dem jeweiligen Betrieb angepasst sein. Wenn die Stufenplangespräche erfolgreich verlaufen sind, erfolgt etwa zwei Monate später ein Gespräch über den positiven Verlauf.

Einen Stufenplan finden Sie in der Broschüre *Alkohol und andere Suchtmittel am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Führungskräfte* (Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH, 2015).

Gesprächsvorbereitung und Gesprächsführung

Es sind besonders schwierige Gespräche, wenn eine Führungskraft ein Gespräch mit MitarbeiterInnen zu deren Suchtmittelkonsum führen muss. Planen Sie als Führungskraft genügend Zeit ein und schaffen Sie ein gutes Gesprächsklima.

Wichtig ist bei allen Gesprächen die Gesprächsvorbereitung. Bei der Vorbereitung der Interventionsgespräche gemäß Stufenplan kann eine Checkliste helfen.

Checkliste zur Vorbereitung

- ✓ Was ist das Ziel des Gesprächs?
- ✓ Wann ist ein geeigneter Zeitpunkt für ein Gespräch?
- ✓ Was ist meine Aufgabe als Führungskraft?
- ✓ Wie kann ich der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter positiv begegnen?
- ✓ Welche konkreten Beobachtungen habe ich gemacht?
- ✓ Welche konkreten Hilfs- und Unterstützungsangebote kann ich vorschlagen?
- ✓ Mit welchen Vereinbarungen möchte ich das Gespräch beenden?

7.3 Mögliche Anzeichen⁷

Das Wahrnehmen und Bewerten von Veränderungen bei MitarbeiterInnen braucht ein hohes Maß an Sensibilität. Auffälligkeiten können unterschiedliche Ursachen haben. Nachlassende Leistungen müssen nicht unbedingt auf ein Suchtproblem hinweisen, sondern können auch durch Lebenskrisen, psychische Beeinträchtigungen oder andere Krankheiten verursacht werden. Erst mehrere Hinweise begründen ein weiteres Vorgehen. Ob Sie als Führungskraft einschreiten oder nicht, basiert immer darauf, wie Sie die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person beurteilen:

⁷ BARMER GEK und Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010, S.16)

- Ist die Person in der Lage, die Arbeit ohne Gefahr für sich und andere zu erledigen?
- Handelt es sich um Störungen im Arbeitsablauf oder um Verletzungen arbeitsvertraglicher bzw. dienstrechtlicher Pflichten?

Es kann ratsam sein, Betriebsrat, Personalvertretung oder nächsthöhere Vorgesetzte als Zeuginnen beizuziehen.

Bei Entscheidungen der Führungskraft geht es immer um den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und nie um Diagnose oder Therapie. Diese klare Rolle als Führungskraft gilt es zu berücksichtigen, wenn die Merkmale bei Verdacht auf ein riskantes Alkoholkonsumverhalten herangezogen werden. Es sollten immer mehrere der unten beschriebenen Merkmale gleichzeitig zutreffen:

Mögliche Anzeichen einer Alkohol-Krankheit

- nach Alkohol riechen
- unpünktlich und unzuverlässig sein
- häufig und kurzfristig in der Arbeit fehlen
- sich schlecht konzentrieren können
- heimlich trinken
- das Trinken leugnen
- die Trinkmenge herunterspielen
- weniger gut durchhalten können
- zittern und schwitzen oder andere Entzugserscheinungen
- sich selbst überschätzen

Mögliche Anzeichen einer Medikamenten-Krankheit⁸

Eine Abhängigkeit von Medikamenten ist noch schwieriger zu erkennen als eine Alkoholkrankung: Betroffene ziehen sich oft zurück und verweisen auf chronische Schmerzen oder psychische Erkrankungen.

Folgende Anzeichen können auftreten:

- überkorrektes Verhalten
- Gefühlsschwankungen
- apathischer Blick
- Vergessen von wichtigen Informationen
- häufiges Wiederholen derselben Gedanken
- übertriebene Ängstlichkeit

⁸ Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (2018, S. 5).

8. Wie gehe ich bei Berausung in der Arbeit vor?

Sollte eine Mitarbeiterin/ein Mitarbeiter am Arbeitsplatz beeinträchtigt wirken, so gilt es festzustellen, ob diese Person arbeitsfähig ist. Es ist nicht Aufgabe der Führungskraft, eine Diagnose zu stellen: Aus welchem Grund jemand nicht arbeitsfähig ist, ist erst für die Konsequenzen relevant. Gegebenenfalls wird der Abzug vom Arbeitsplatz per Dienstanweisung ausgesprochen. In der Folge hat die Führungskraft dafür zu sorgen, dass die betroffene Person in ärztliche Behandlung (im Notfall) bzw. sicher nach Hause kommt. Besteht eine Vereinbarung, in Notfällen eine Vertrauensperson zu kontaktieren, kann man Betroffene von dieser Person abholen lassen. Ansonsten ist die Heimfahrt in einem Taxi empfehlenswert. Eine verschriftlichte Vorgehensweise ist in jedem Fall ratsam. Vielerorts findet sich eine konkrete Handlungsanweisung in der Betriebsvereinbarung des Betriebs.

Nicht zu empfehlen ist es, eine Kollegin/einen Kollegen zu ersuchen, die betreffende Person heimzubegleiten, auch von einem „Ausnüchtern im Nebenzimmer“ ist abzuraten. In beiden Fällen kann die übertragene Verantwortung nicht oder nur schwer übernommen werden.

8.1 Gesprächsführung

Die Besonderheit des Interventionsgesprächs zum Thema Sucht

Das Besondere am Interventionsgespräch zum Thema Sucht liegt darin, dass es um ein Thema geht, bei dem man jemanden sehr nahe tritt. Die Gefahr, in eine inadäquate Rolle zu kommen, ist groß. Zu diesen zählen:

- **die Polizistin/der Polizist:** Im Gespräch wird versucht, herauszufinden, was es mit der Suchterkrankung „wirklich“ auf sich hat. Fakten werden zur „Überführung“ gesammelt und auf den Tisch gelegt, Ziel ist ein „Geständnis“, ein „Problem“ zu haben, damit weitere Maßnahmen eingeleitet werden können.
- **die Diagnostikerin/der Diagnostiker** verfolgt ein ähnliches Ziel: durch geschicktes Fragen eine genaue Diagnose zu erhalten, das Gegenüber soll sich seines Problems bewusst werden, es soll Klarheit darüber bestehen, wie das Verhalten eingeordnet werden kann.
- **die Therapeutin/der Therapeut** möchte in erster Linie helfen und will daher erreichen, dass man ihr/ihm vertraut. Sie/Er erwartet, dass das Gegenüber die angebotene Hilfe annimmt, sich öffnet und man gemeinsam an der Suchterkrankung arbeitet.
- **die Kindergärtnerin/der Kindergärtner** versucht der betroffenen Person klar zu machen, dass sie ein Problem hat und dass sie auf ihrer Seite steht. Dies beweist sie, indem sie negative Konsequenzen ausschließt und bereits alles in die Wege geleitet hat, damit die betreffende Person in Ruhe ihr Problem bearbeiten kann.

All diese Rollen bergen Vor- und Nachteile, sind in ihrer Ausschließlichkeit jedoch wenig hilfreich. Aus Sicht der betroffenen Person wird in den meisten Fällen Verleugnung, Abwehr oder Verschleierung als Taktik gewählt werden. Dies passiert nicht aus Bosheit, sondern lässt sich gut nachvollziehen:

- Es ist fraglich, inwieweit der eigene Konsum als Problem gesehen wird.
- Auf ein Fehlverhalten oder auf Auffälligkeiten angesprochen zu werden, ist unangenehm und peinlich.
- Zudem sind die Konsequenzen häufig unklar: Wer erfährt davon? Bedeutet das das Ende des Arbeitsverhältnisses? Muss ich in Behandlung?
- Der Konsum von Alkohol oder Medikamenten wird oft tatsächlich als Privatsache angesehen, welche andere Personen nichts angeht.

Ziel aus Sicht der konsumierenden Person ist daher häufig eine Schadensminimierung bezüglich möglicher Konsequenzen und eine vorläufige Beruhigung der Situation.

8.2 Kommunikationstheorien

Im Folgenden sollen einige Kommunikationstheorien auf die spezielle Situation des Interventionsgesprächs zum Thema Sucht hin beleuchtet werden.

8.2.1 JoHari-Fenster⁹

Das JoHari-Fenster von Joe Luft und Harry Ingham ist ein Modell aus der Gruppendynamik und beschreibt den Einfluss bewusster und unbewusster Inhalte. Die vier Quadranten ergeben sich daraus, welches Wissen geteilt wird, welches nur einem Teil zur Verfügung steht und welches nicht vorhanden ist:

⁹ Luft (1971)



Abb. 7. JoHari-Fenster.

In der **Arena** ist alles, was ein Mensch von sich preisgibt, was also ihm selbst und anderen bekannt ist. Dies umfasst die Anteile der Persönlichkeit, die nach außen sichtbar gemacht werden und von anderen wahrgenommen werden. Neben äußeren Merkmalen zählen auch innere Eigenschaften wie beispielsweise Ehrgeiz oder Ängstlichkeit hinzu, soweit diese nach außen erkennbar hervortreten.

Ein **Geheimnis** ist alles, was der/die Betroffene weiß oder kennt, aber anderen nicht zugänglich macht oder aktiv vor ihnen verbirgt.

Unter dem „**blinden Fleck**“ versteht man alles, was von der/dem Betroffenen ausgesendet und vom Empfänger wahrgenommen wird, ohne dass sich die Person dessen bewusst ist.

Unbekannt ist alles, was weder dem/der Betroffenen, noch anderen bekannt ist.

Das eigene problematische Konsumverhalten wird in den meisten Fällen entweder geheim gehalten (Geheimnis) oder ist selbst als Problem nicht bewusst (blinder Fleck). Es kann aber auch durchaus sein, dass sich der Verdacht im Bereich der Phantasie bewegt. In jedem Fall kann als Ziel in diesem Modell die Überführung des Themas in den Bereich der Arena genannt werden, wobei es dazu nicht nur das Wohlwollen des Gegenübers braucht, sondern auch Zeit und Geduld.

8.2.2 Kommunikationsmodell von Virginia Satir¹⁰

Die Familientherapeutin Virginia Satir hat sich intensiv mit der Kommunikation innerhalb der Familie gewidmet. Das von ihr entwickelte Kommunikations-Modell kennt vier Kommunikationsarten, die auch auf das Thema Sucht umlegbar sind:

- Beschwichtigen
- Anklagen

¹⁰ Stangl: <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml#Satir>.

- Rationalisieren
- Ablenken

Legt man ihre Thesen auf das Thema Sucht um, so können sich diese Haltungen sowohl bei der konsumierenden Person finden, aber auch bei deren Gegenüber. Umso wichtiger ist es, in der Vorbereitung auch die eigene Rolle und Strategie im Gespräch zu überdenken. So kann ein Aufeinandertreffen von zwei „BeschwichtigerInnen“ durchaus dazu führen, dass beide Seiten froh sind, sich darauf einigen zu können, dass der beobachtete Konsum „gar nicht so schlimm“ sei. Wichtig ist aber auch zu sehen, dass jede der genannten Kommunikationsarten sowohl negative als auch positive Aspekte in sich birgt. Das Bewusstsein dafür sowie eine Entscheidung, welche Elemente hilfreich sein können, tragen zu einer gelungenen Kommunikation bei.

8.2.3 Bewusstseinssebenen

C.G. Jung unterscheidet vier Bewusstseinssebenen:

- Verstandes-Ebene: Denken
- Gefühls-Ebene: Fühlen
- Ebene der Körper-Empfindung
- Ebene der Intuition

Besonders letztere wird sehr oft vernachlässigt, da sie zu unkonkret erscheint. Zwar ist beim „Bauchgefühl“ in der Beurteilung einer Situation Vorsicht geboten, dennoch sollte es nicht außer Acht gelassen werden. Häufig ist es Ausgangspunkt dafür, eine Situation genauer zu betrachten und ein Gespräch zu suchen.

8.2.4 Motivierende Gesprächsführung (MI)

Motivierende Gesprächsführung (entwickelt von Miller und Rollnick für die Suchtberatung) zielt darauf ab, die Motivation für eine Verhaltensänderung zu erhöhen. Dabei wird die Verantwortung klar bei der betreffenden Person belassen, weshalb diese Form der Gesprächsführung nicht für jedes Setting geeignet ist.

So kann im betrieblichen Kontext die Entscheidung über eine Verhaltens- oder Konsumänderung nicht allein bei der betreffenden Mitarbeiterin/dem betreffenden Mitarbeiter liegen. Insbesondere Führungskräfte haben die Aufgabe, auch die Interessen des Betriebs sowie des Teams zu vertreten und auch auf Grund der rechtlichen Bestimmungen klar Position zu beziehen. Konsequenzen müssen benannt und gesetzt werden. Damit wird auf die Mitarbeiterin/den Mitarbeiter „sanfter Druck“ ausgeübt, der klar in Richtung einer Veränderung des bisherigen Verhaltens geht. Das muss keinesfalls als Nachteil betrachtet werden: Je klarer die

Führungskraft diese Rolle einnimmt, je transparenter mögliche weitere Schritte kommuniziert werden, desto mehr wird die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter gezwungen sein, sich dem Thema zu stellen. Wichtige Elemente der MI wie Empathie, die Erhöhung der Selbstwirksamkeit oder das Akzeptieren von Widerstand eignen sich jedoch für das Gespräch über einen problematischen Konsum oder Sucht.

Ein wichtiges Ziel von MI ist es, Diskrepanzen zu entwickeln und Ambivalenzen aufzulösen. Verständlich wird das durch das Transtheoretische Modell (TTM). Prochaska und DiClemente beschreiben darin Veränderungen als Prozess mit unterschiedlichen Stadien. Je nachdem, wo sich eine KonsumentIn befindet, bedarf es unterschiedlicher Interventionen. Dieses Modell macht deutlich, dass ein Gespräch ein motivierender Meilenstein auf dem Weg zu einer Veränderung sein kann, dass aber die Erwartung, es würde sofort zu einer Abkehr vom Konsum oder zu einer spontanen Einsicht führen, in den meisten Fällen überzogen ist.



Abb. 8. Stadien der Verhaltensänderung (in Anlehnung an das „Spiralmodell der Veränderung“ nach Prochaska, DiClemente u. a.: <https://www.move-trainings.de/move/MOVE-Konzept.aspx>).

Der Hinweis darauf, dass der Konsum einer Substanz nicht mehr mit den Anforderungen ans Arbeitsleben kompatibel ist, stellt das Aufdecken einer Diskrepanz dar. Damit wird der erste Schritt einer möglichen Veränderung gesetzt.

Gelingt es in der Folge der Führungskraft (oder einer anderen betriebsinternen Funktionsträgerin/ einem anderen betriebsinternen Funktionsträger), die betreffende Mitarbeiterin/den betreffenden Mitarbeiter in die Absichtsbildung zu bringen, so ist ein wichtiger und schwieriger Schritt getan.

8.2.5 Das perfekte Gespräch?

Das perfekte Gespräch an sich gibt es nicht. Vielmehr sollte im Vorfeld überlegt werden, wann ein Gespräch als gelungen bezeichnet werden könnte. Folgende Überlegungen können dazu herangezogen werden:

- Was ist Thema des Gesprächs? Häufig sind dies im ersten Gespräch nicht Verdächtigungen, sondern in erster Linie konkrete Beobachtungen und Fakten. Es kann jedoch auch die Sorge um jemanden sein. Zu beachten ist, dass das Thema nicht automatisch vom Gegenüber aufgegriffen oder geteilt werden muss.
- Was ist das Ziel des Gesprächs und habe ich es erreicht? Wichtig ist dabei eine realistische Zielsetzung. Diese kann bei einem ersten Gespräch durchaus „nur“ darin bestehen, eine Auffälligkeit angesprochen zu haben, um so beim Gegenüber ein Bewusstsein zu schaffen. Gerade im Fall eines problematischen Konsums kann die Botschaft: „Mir fällt etwas auf“ bereits von großer Bedeutung sein.
- Passt das Gespräch zu meinem generellen Stil oder möchte ich mich anders verkaufen, als ich bin? Authentizität ist gerade dann von Bedeutung, wenn es um ein heikles Thema geht, das Vertrauen erfordert. Ob streng oder gewährend, ob entgegenkommend oder restriktiv – wichtig sind Klarheit und eine Kompatibilität damit, wie man bis dato erlebt wurde.
- Ist das Gespräch mit meiner Rolle und meinem Auftrag im Betrieb kompatibel? Auch bei einem „privaten“ Thema bleiben die Funktionen bestehen. Gerade ein Gespräch zum Thema Sucht braucht einen definierten Rahmen und geklärte Verantwortlichkeiten. Das hilft beiden Seiten dabei, Klarheit zu schaffen, Vereinbarungen werden so erleichtert.
- Brauche ich Unterstützung? Sich mit jemandem auszutauschen oder anderweitige Unterstützung zu holen, ist legitim und durchaus professionell. Dabei geht es nicht darum, sämtliche Details über Betroffene preiszugeben, sondern die eigenen Beobachtungen und Einschätzungen zu überprüfen. Zudem kann es hilfreich sein, die gesetzten Schritte zu reflektieren und „absegnen“ zu lassen.

9. Beratung und Hilfe bei Anlassfällen

Betreuungsangebote für Betroffene:

Erste Anlaufstelle in Wien für Personen mit Alkoholproblemen ist das regionale Kompetenzzentrum:

Regionales Kompetenzzentrum der Suchthilfe Wien
Gumpendorfer Straße 157 (Anmeldung im EG), 1060 Wien
Tel.: +43 1 4000-53640
kompetenzzentrum@suchthilfe.at
www.alkohol.at
www.suchthilfe.at/regionales-kompetenzzentrum

Sonstige Beratungsangebote:

AKH Wien – Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien

Tel.: +43 1 404 00-35470

suchttherapie@meduniwien.ac.at

www.akhwien.at/default.aspx?pid=265

- Ambulanz für Essstörungen, Drogenambulanz, Ambulanz für Alkoholismusgefährdete

Ambulante Behandlungseinrichtung Spielsuchthilfe

Siebenbrunnengasse 21/DG, 1050 Wien

Tel.: +43 1 544 13 57

therapie@spielsuchthilfe.at

www.spielsuchthilfe.at

- Telefonische, persönliche oder Online-Beratung bei Glücksspielabhängigkeit und problematischem Glücksspielverhalten

Anton Proksch Institut

Gräfin-Zichy-Straße 6, 1230 Wien

Tel.: +43 1 880 10-0

info@api.or.at

<http://api.or.at/>

- Ambulante und stationäre Angebote bei Abhängigkeit von illegalen als auch legalen Substanzen und Verhaltenssüchten

checkit! der Suchthilfe Wien

Gumpendorfer Straße 8, 1060 Wien

Tel.: +43 1 4000 53650
checkit@suchthilfe.at
www.checkyourdrugs.at

- Persönliche Information, telefonische Beratung; Online-Information & Beratung: <https://checkit.beranet.info/>

Dialog – Integrative Suchtberatung Gudrunstraße

Gudrunstraße 184/EG/zwischen Stiege III und IV, 1100 Wien

Tel.: +43 1 205 55 2600

verein@dialog-on.at

www.dialog-on.at

- Psychosoziale Beratung und medizinische suchtspezifische Versorgung

Dialog – Integrative Suchtberatung Modecenterstraße

Modecenterstraße 14/Block A/4 Stock, 1030 Wien

Tel.: +43 1 205 55 2300

verein@dialog-on.at

www.dialog-on.at

- Psychosoziale Beratung und medizinische suchtspezifische Versorgung

Dialog – Integrative Suchtberatung Wassermannngasse

Wassermannngasse 7, 1210 Wien

Tel.: +43 1 256 63 63

verein@dialog-on.at

www.dialog-on.at

- Psychosoziale Beratung und medizinische suchtspezifische Versorgung

Grüner Kreis – Ambulantes Beratungs- und Betreuungszentrum Wien

Simmeringer Hauptstraße 101/6. Stock, 1110 Wien

Tel.: +43 1 526 94 89

ambulanz.wien@gruenerkreis.at

www.gruenerkreis.at/

- Stationäres, teilstationäres und ambulantes Angebot. Spezielle Angebote im stationären Bereich gibt es für Jugendliche, Familien und Frauen.

Rauchfrei Telefon

Tel.: 0800 810 013

info@rauchfrei.at

<https://rauchfrei.at/>

- Kostenlose telefonische Beratung und Unterstützung auf dem Weg zur Rauchfreiheit. Kostenlose App unter www.rauchfreiapp.at

Schweizer Haus Hadersdorf

Mauerbachstraße 34, 1140 Wien

Tel.: +43 1 979 10 83

office@shh.at
<http://shh.at/>

- Stationäres, teilstationäres und ambulantes Angebot

Verein Pass

Alser Straße 24/11A, 1090 Wien
Tel.: +43 1 714 92 18

info@pass.at
<http://www.pass.at/>

- Ambulantes therapeutisches Angebot mit medizinischer, suchtspezifischer Begleitung

Zentrum für Suchtkranke des Otto-Wagner-Spitals

Baumgartner Höhe 1, 1140 Wien
Tel.: +43 1 91060-20120

- Ambulante, stationäre und tagesklinische Leistungen für alkohol-, opiat- bzw. mehrfachabhängige PatientInnen

Beratung und Schulung Betriebliche Suchtprävention

Verein Dialog – Suchtprävention und Früherkennung

Mag.^a Lisa Wessely
Hegelgasse 8/13, 1010 Wien
Tel.: +43 1 205 552 500
lisa.wessely@dialog-on.at
www.dialog-on.at

Grüner Kreis – Prävention in Betrieben

Pool 7, Rudolfsplatz 9
1010 Wien
praevention@gruenerkreis.at
www.gruenerkreis.at

GO – Gesunde Unternehmen

Dr. Wolfgang Beiglböck
Sechshauserstr. 68-70 Top 30
1150 Wien
Tel.: +43 699 172 08 483
info@go.or.at
www.go.or.at

Institut für Suchtprävention der Sucht und Drogenkoordination Wien Betriebliche Suchtprävention

Mag.^a Andrea Lins-Hoffelner, MBA

Modecenterstrasse14/Block B/2. OG
1030 Wien
Tel.: +43 1 400087319
andrea.lins-hoffelner@sd-wien.at
www.sdw.wien

Literaturverzeichnis

Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsaville, B. (1992). Types of Alcoholics, I: Evidence for an Empirically Derived Typology Based on Indicators of Vulnerability and Severity. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 599–608.

Bachmayer, S., Strizek, J., Hojni, M., & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2019, 8. Aufl.* Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

BARMER GEK & Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.). (2010). *Alkohol am Arbeitsplatz. Eine Praxishilfe für Führungskräfte.* BARMER GEK.

Brosch, R., & Juhnke, G. (Hrsg.). (1993). *Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer.* Wien: Orac.

Cloninger C. R., Sigvardsson P. D., & Bohman M. D. (1996). Type I and Type II Alcoholism: An Update. *Alcohol Health & Research World*, 20(1), 18-23.

DAK-Gesundheit (Hrsg.). (2015). *Das blaue Wunder. Sucht am Arbeitsplatz.* Hamburg.

Degkwitz, P. (2005). „Sucht“ in einer „praxeologischen“ Sicht – Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus. In B. Dollinger & W. Schneider (Hrsg.), *Sucht als Prozess* (S. 63-88). Berlin: Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS). (2019). *Alkohol am Arbeitsplatz. Die Auswirkungen von Alkoholkonsum* (Factsheet).

Dilling, H. et al. (Hrg.). (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*, 4. überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

ginko Stiftung für Prävention. MOVE-Konzept. Abgerufen am 14. Oktober 2019 von <https://www.move-trainings.de/move/MOVE-Konzept.aspx>.

Health Education Council (HEC). (1994). *That's the Limit.* London: HEC.

Heishman S.J., & Henningfield J.E. (1992). Stimulus functions of caffeine in humans: Relation to dependence potential. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 16(3), 273-287.

Institut für Empirische Sozialforschung (IFES). (2017). *Wiener Suchtmittelmonitoring 2017 im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH*.

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. (Hrsg.). (2015). *Alkohol und andere Suchtmittel am Arbeitsplatz. Ein Leitfaden für Führungskräfte*.

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. (Hrsg.). (2018). *Sucht am Arbeitsplatz. Informationen für MitarbeiterInnen*.

Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: College and University Press.

Kogoj, D., & Lesch, O. M. (2010). Die individuelle Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen nach der Lesch-Typologie. *Der Mediziner*, 5, 34-38.

Luft, J. (1971). *Einführung in die Gruppendynamik*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. Problematischer Konsum. Abgerufen am 14. Oktober 2019 von <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/wie-viel-ist-zu-viel/>.

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung. Unmittelbare Wirkung von Alkohol. Abgerufen am 14. Oktober 2019 von <https://www.dialogwoche-alkohol.at/wissen/>.

Peele, S. (1975). *Love and addiction*. New York: Taplinger.

Schroers, A., & Hojni, M. (2015). Prämissen und Folgerungen zur Alkoholsuchtprävention. *rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 2, 83-92.

Stangl, W. Menschliche Kommunikation Psychologische Modelle. [werner stangl]s arbeitsblätter. Abgerufen am 14. Oktober 2019 von <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Kommunikation.shtml#Satir>.

Wienemann, E., & Schumann, G. (2011). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis* (2. aktualisierte und ergänzte Auflage). Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS).

Weiterführende Broschüren

Für weitere Informationen steht Ihnen unsere Website zur Verfügung:

<http://sdw.wien/de/unser-angebot/dokumente/>